

IL RITORNO DI FREUD NELLA CLINICA: IL CASO DEL CONTROTRANSFERT

Franco Baldini - Cinzia Zangari

Abstract

Freud's return in clinical practice: the case of countertransference.

After Freud's death and with the emergence of new theoretical trends, the notion of countertransference acquired ever-growing importance in psychoanalytic theory and practice. Since the 1940s, psychoanalysts have repeatedly re-defined and re-elaborated this notion. Such revisions though led away from Freud's thought and deserted the few but fundamental rules of technique he imparted in relation to clinical practice. This article examines clinical case studies of important psychoanalysts, showing how the departure from Freud can cause technical mistakes, such as *furor sanandi*, making free associations in place of the patient, early and groundless interpretation, and the defense at all costs of an unjustified cognitive supremacy over the patient.

Keywords: *countertransference, transference, projective identification, projection, negative transference, negative countertransference, erotic transference.*

L'analista nulla ha vissuto e nulla ha rimosso di ciò che è oggetto del nostro interesse; il suo compito non può essere quello di ricordare alcunché.
Sigmund Freud¹

1. Freud

Nell'opera di Freud gli accenni al problema del controtransfert sono piuttosto rari: da alcuni esegeti questo è stato interpretato come un'insufficiente considerazione del problema; noi al contrario riteniamo che egli ne abbia detto tutto quel che c'era da dire.

Per Freud il controtransfert è l'insieme delle reazioni inconscie dell'analista nei confronti del paziente, cioè il transfert dell'analista verso il paziente. Ciò significa che nella concezione freudiana il controtransfert è un capitolo del transfert;

¹ Freud S. (1937), *Costruzioni nell'analisi*, OSF vol. X, p. 542.

perciò, una volta esaurientemente spiegato quali sono le dinamiche del transfert del paziente verso l'analista, sarà possibile comprendere anche quelle del controtransfert dell'analista verso il paziente. Ecco come Freud presenta la questione in *Le prospettive future della terapia psicoanalitica*.

Abbiamo acquisito la consapevolezza della “controtraslazione” che insorge nel medico per l'influsso del paziente sui suoi sentimenti inconsci, e non siamo lungi dal pretendere che il medico debba riconoscere in sé questa controtraslazione e padroneggiarla. Da quando è aumentato il numero delle persone che esercitano la psicoanalisi e si comunicano reciprocamente le proprie esperienze, abbiamo notato che ogni psicoanalista procede esattamente fin dove glielo consentono i suoi complessi e le sue resistenze interne e pretendiamo quindi che egli inizi la sua attività con un'autoanalisi e l'approfondisca continuamente mentre compie le sue esperienze sui malati. Chi non riesca a concludere nulla in siffatta autoanalisi, può senz'altro abbandonare l'idea di essere capace di intraprendere un trattamento analitico sui malati.²

I «complessi e resistenze interne» a cui fa riferimento Freud, non sono altro che gli aspetti nevrotici dell'analista, ovvero le fantasie, i desideri, i complessi rimossi che, non essendo stati sufficientemente analizzati ed elaborati, influenzeranno il suo operato. Sappiamo che l'appello di Freud all'autoanalisi evolverà in una richiesta di analisi personale per gli analisti stessi.

Ora se, come abbiamo detto, per Freud comprendere il transfert equivale a comprendere il controtransfert, è opportuno riprendere la sua concezione del transfert così come la presenta negli scritti tecnici.

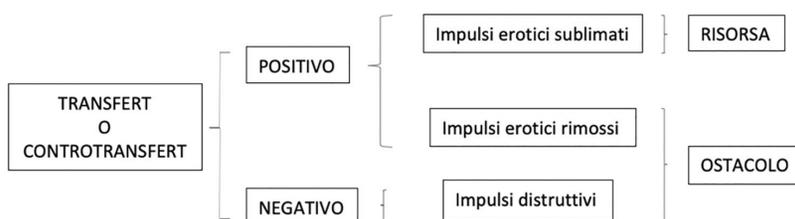
A questo proposito un testo particolarmente importante è *La dinamica della traslazione* in cui Freud, distinguendo il transfert positivo da quello negativo, afferma che bisogna considerare separatamente i due tipi di traslazione, per poi aggiungere quanto segue:

La traslazione positiva si scompone poi a sua volta in traslazione di sentimenti amichevoli o affettuosi, capaci di pervenire alla coscienza, e in traslazione delle propaggini di tali sentimenti nell'inconscio. A proposito di questi ultimi l'analisi dimostra che essi risalgono regolarmente a fonti erotiche, per cui siamo costretti ad ammettere che tutti i rapporti sentimentali di simpatia, amicizia, fiducia e simili, da cui nella nostra vita traiamo vantaggio, per quanto puri e non sensuali possano apparire alla nostra autopercezione conscia, sono geneticamente collegati con la sessualità e si sono sviluppati da brame puramente sessuali attraverso un'attenuazione della meta sessuale. Originariamente non abbiamo conosciuto che oggetti sessuali e la psicoanalisi ci dimostra che anche le persone che nella vita reale ci limitiamo a stimare o ammirare possono continuare ad essere oggetti sessuali per il nostro

² Freud S. (1910), *Le prospettive future della terapia psicoanalitica*, OSF vol. VI, pp. 200-201.

inconscio. La soluzione dell'enigma è dunque che la traslazione sul medico è idonea alla resistenza nella cura solo se si tratta di traslazione negativa o di traslazione positiva di impulsi erotici rimossi. Se "eliminiamo" la traslazione rendendola cosciente, non facciamo altro che distogliere queste due componenti dell'atto emotivo dalla persona del medico; l'altra componente, capace di giungere alla coscienza e irreprensibile, continua a sussistere ed è in psicoanalisi portatrice di successo, esattamente come in altri metodi di cura.³

La spiegazione di Freud è molto chiara: nel transfert bisogna operare una netta distinzione tra ciò che vi costituisce una risorsa per l'analisi e ciò che, invece, è un vero e proprio ostacolo al lavoro analitico. Il transfert positivo di sentimenti coscienti e amichevoli del paziente è sempre una risorsa, mentre gli elementi che costituiscono una resistenza, e che fungono da ostacolo al trattamento, sono gli impulsi erotici rimossi e il transfert negativo. Questo groviglio di impulsi distruttivi ed erotici rimossi, una volta interpretato, smette di operare a favore della resistenza consentendo di proseguire il lavoro analitico. Ne consegue che non bisogna considerare con sospetto tutte le reazioni emotive del paziente, ma solo quelle che determinano la costituzione della cosiddetta «nevrosi di transfert».



Se il controtransfert dell'analista è da intendersi negli stessi termini del transfert del paziente è facile comprendere come, nel suo caso, sia necessario fare la stessa distinzione: le sue manifestazioni emotive coscienti sono una risorsa, uno strumento che egli può utilizzare per gli scopi dell'analisi, mentre le sole che nuocciono al trattamento, e che egli deve imparare a riconoscere ed eliminare, sono quelle inconscie erotiche e distruttive.

Il problema del controtransfert, da Lei evocato, è uno dei problemi tecnicamente più difficili della psicoanalisi. Penso sia più facile risolverlo da un punto di vista teorico. Ciò che va dato al paziente non può mai essere un affetto immediato, ma deve essere sempre espresso coscientemente e in dose maggiore o minore in base alla necessità. In determinate situazioni bisogna darne parecchio, ma esso non deve mai provenire dal nostro inconscio.

³ Freud S. (1911-1912), *Tecnica della psicoanalisi*, OSF vol. VI, p. 529.

Per me la regola è questa. Bisogna ogni volta riconoscere e superare il proprio controtransfert, giacché solo allora si è liberi. Dare a qualcuno troppo poco perché lo si ama troppo significa fare un torto al malato e un errore tecnico. Tutto ciò non è affatto facile e forse richiede una maggiore esperienza.⁴

In questa lettera a Binswanger vediamo che Freud è ben lontano dal vietare o dallo scoraggiare il coinvolgimento emotivo dell'analista: richiede soltanto che tale coinvolgimento sia cosciente e volontario, e non frutto della coazione a ripetere. Il fatto che egli non consideri ostativi neppure gli impulsi erotici in quanto tali, ma soltanto quelli *rimossi*, dovrebbe far aprire gli occhi e snebbiare la mente a più di un analista.

Un punto essenziale da cogliere consiste, secondo noi, in questa doppia natura del transfert, dunque del controtransfert, che Freud espone chiaramente: esso è *tanto* una risorsa *quanto* un ostacolo.

Un secondo punto, forse ancor più importante, è che tra il transfert del paziente e il controtransfert dell'analista non c'è nessuna specularità, nessuna relazione se non occasionale, nel senso che le manifestazioni transferali del paziente possono forse costituire *l'occasione*, l'esca per l'insorgenza di un controtransfert nell'analista, ma certamente non *il motivo*: è ciò che significa il monito di Freud secondo cui l'analista nulla ha vissuto e nulla ha rimosso di ciò che riguarda il paziente.

Riesamineremo qui alcuni esempi concreti su cui si fondano le teorizzazioni relative al controtransfert di un certo numero di autori eminenti: ciò ci consentirà di valutare il reale valore analitico della loro pratica.

2. Money-Kyrle e Lacan

Consideriamo per primo un caso clinico di Roger Money-Kyrle che lui stesso presenta nell'articolo *Controtransfert normale e alcune sue deviazioni*: la sua scelta ci permetterà anche di prendere in esame quanto ne dice Lacan, che lo commentò nel suo celebre seminario sul transfert.

Nell'articolo, Money-Kyrle parte dal presupposto che il controtransfert «abbia le sue cause e il suo significato anche nel paziente e, perciò, che sia l'indizio di qualcosa che deve essere analizzato in lui»:⁵ già in questa visione dei fenomeni controtransferali si può notare la distanza con la concezione di Freud: il controtransfert non è più qualcosa che ha la sua origine nell'analista, bensì nel paziente. Per l'autore, infatti, il controtransfert normale si basa sull'atteggiamento riparativo e parentale dell'analista, ovvero su disposizioni che sono di aiuto per poter riconoscere nel paziente il proprio sé primitivo che è già stato analizzato. Questo riconoscimento avverrebbe attraverso un'identificazione parziale col paziente pri-

⁴ Freud S., Binswanger L. (2016), *Lettere (1908-1938)*, Lettera del 20.02.1913, p. 118.

⁵ Money-Kyrle R. (1998), "Controtransfert normale e alcune sue deviazioni", p. 103.

ma introiettiva e poi proiettiva: l'analista si identificherebbe introiettivamente con il paziente mentre costui parla e poi, dopo aver compreso il significato delle sue associazioni, le riproietterebbe sul paziente fornendo l'interpretazione. La fase proiettiva aiuterebbe l'analista a comprendere e ad affrontare la situazione attraverso l'interpretazione: finché ciò sarà possibile, ovvero ogni volta che l'analista sarà in grado di comprendere, vi sarà un controtransfert normale. Il problema, secondo Money-Kyrle, si presenterebbe nel momento in cui l'analista non fosse in grado di comprendere il suo paziente, cioè quando le associazioni del paziente combaciassero in modo molto stretto con alcune problematiche appartenenti all'analista. Questa situazione sfocerebbe nell'incomprensione delle associazioni prodotte, l'analista perderebbe il filo e il materiale offerto dal paziente diventerebbe oscuro producendo una tensione che verrebbe avvertita da entrambi. Per Money-Kyrle questa *impasse* sarebbe una deviazione dal controtransfert normale perché la mancata comprensione genererebbe angoscia conscia e inconscia nell'analista.

Ma vediamo nel dettaglio la descrizione del caso fatto da Money-Kyrle e il suo commento.

Dopo la fine del suo lavoro settimanale l'analista può essere consciamente preoccupato per un qualsiasi problema non risolto dei suoi pazienti; poi li dimentica, ma il periodo di preoccupazione conscia è seguito da un periodo di svogliatezza in cui l'analista si sente come svuotato degli interessi che di solito lo occupano nei suoi momenti liberi. Penso che ciò avvenga perché egli ha in fantasia proiettato parti di sé insieme a quelle dei suoi pazienti, e deve aspettare, per così dire, che queste ritornino a lui.

Quando questa perdita parziale del sé avviene durante la seduta, è spesso sperimentata come una perdita di potenza intellettuale e l'analista si sente stupido. Il paziente può aver contribuito parecchio a questo risultato. Forse frustrato per non aver ottenuto una immediata interpretazione, egli ha inconsciamente desiderato di castrare l'analista, e trattandolo come se lo fosse ha contribuito a farlo sentire castrato. Un complicato esempio, preso dalla mia esperienza, potrebbe illustrare l'operare simultaneo di tutti questi processi, perché mentre il tema dominante era la mia introiezione di un paziente che voleva proiettare la sua malattia dentro di me, io provavo anche la sensazione d'esser quasi derubato da lui delle mie facoltà mentali.

Un paziente nevrotico, in cui erano prevalenti meccanismi paranoici e schizoidi, arrivò ad una seduta assai ansioso perché non era riuscito a lavorare in ufficio. Per strada si era sentito confuso, quasi sul punto di perdersi o essere investito; si disprezzava per essere così inutile. Ricordando una situazione analoga, in cui si era sentito depersonalizzato per un week-end ed aveva sognato di aver lasciato il suo apparecchio "radar" in un negozio senza poterlo riavere prima del lunedì, pensai che aveva, in fantasia, lasciato in me una parte del "suo sé buono". Ma non ero sicuro di questo o di altre interpretazioni che avevo cominciato a dare. Da parte sua il paziente cominciò a respingerle tutte con collera crescente e, nello stesso tempo, mi rimproverò duramente perché non l'aiutavo. Verso la fine

della seduta non era più depersonalizzato, era invece arrabbiato e sprezzante ed ero io che mi sentivo inutile e confuso. Quando finalmente mi resi conto che il mio stato alla fine della seduta era simile a quello del paziente all'inizio, potei quasi sentire il sollievo della ri-proiezione. La seduta finì.⁶

Cosa ci dice dunque Money-Kyrle? Ci dice che il suo obiettivo era mitigare l'angoscia del paziente: dunque non si limita a dichiarare uno scopo eminentemente terapeutico – cosa che sarebbe già di per sé problematica⁷ – ma manifesta un'urgenza di eliminare la sofferenza del paziente. Lo sottolineiamo: egli non ha semplicemente bisogno di dissolvere l'angoscia del paziente, ma deve farlo *subito*, e in effetti ci dice di aver *tardato* a distanziarne, quindi a poterne mitigare, l'angoscia. Come non riconoscere in ciò quel *furor sanandi* da cui Freud ha tante volte messo in guardia? Tanto più che – ci dice ancora Money-Kyrle – *non era sicuro* delle interpretazioni che aveva cominciato a dare, il che pone il problema della ragione per cui ha interpretato comunque. Che alla sua *incertezza* si accompagni un'urgenza che le è direttamente proporzionale ci dice che Money-Kyrle è qui vittima di una vera e propria *coazione a interpretare* di evidente origine inconscia, che tuttavia egli non giunge affatto a problematizzare come avrebbe invece dovuto.

E va sottolineato con forza che questa posizione di ignoranza, dunque di incertezza, che Money-Kyrle non sopporta, è semplicemente la posizione fondamentale in cui si trova ogni analista, come vi si trovò in origine lo stesso Freud.

A dire il vero ciò apparve in un primo momento un'impresa senza senso e senza prospettive. Il problema era quello di venire a sapere dal malato qualche cosa che io ignoravo e che egli stesso non conosceva; potevo sperare di venirme a capo?⁸

Problema, dunque, tanto profondo da toccare lo statuto stesso dell'analista, ma del quale Money-Kyrle si libera con una facilità che rasenta la faciloneria: «*A causa dell'urgenza che provavo – ci dice – ho interpretato in base a un'i-*

⁶ *Ivi*, pp. 109-110.

⁷ Assumere il miglioramento del paziente come scopo impedisce di comprendere se esso sia dovuto a una suggestione o all'efficacia della costruzione analitica. Come Freud spiega in più occasioni, per poter discernere i due casi è necessario che all'analisi si assegni uno scopo eminentemente conoscitivo. Per questo vedi Baldini F. (1998), "Freud's line of reasoning. A note about epistemic and clinical inconsistency of Grünbaum's argument pretending to confute Freud's therapeutic approach, with reference to the thesis of Stengers on psychoanalysis", Vedi anche Baldini F. (2016), *Risposta alla Memoria sulla 'psicanalisi laica' dei proff. Dazzi e Lingardi*.

⁸ Freud S. (1909) *Cinque conferenze sulla psicoanalisi*, OSF vol. VI, p. 141.

dentificazione proiettiva,⁹ ma poi mi sono accorto di tutto questo e l'impasse si è risolta».

Ci si aspetterebbe che Lacan, nel suo commento al caso, avesse qualcosa da ridire in merito; tuttavia, pur senza entrare nei dettagli, egli avalla sostanzialmente la concezione *transitiva* del transfert propria di Money-Kyrle.

Non sto ratificando l'adeguatezza di questo modo di procedere. Mi limito a notare che, nel caso si produca per questa via un effetto simile, questo non è certamente legato a un punto privilegiato. Posso soltanto dire che, nella misura in cui questo modo di procedere dovesse avere una sua legittimità, sarebbero in ogni caso le nostre categorie a permetterci di comprenderlo. [...] Ne risulta che quanto ci viene presentato in questa occasione come controtransfert, normale o no, non ha veramente nessuna ragione di essere qualificato in questo modo. Non si tratta d'altro qui che di un effetto irriducibile della situazione di transfert, semplicemente prodotto da essa. Per il solo fatto che c'è transfert, noi siamo implicati nella posizione di colui che contiene l'*agalma*, l'oggetto fondamentale di cui si tratta nell'analisi del soggetto, in quanto legato, condizionato da quel rapporto di vacillazione del soggetto che noi caratterizziamo come ciò che costituisce il fantasma fondamentale, come ciò che instaura il luogo in cui il soggetto può fissarsi come desiderio. È un effetto legittimo del transfert. Non c'è quindi bisogno di far intervenire il controtransfert come se si trattasse di qualcosa che sarebbe la parte propria e, per di più, la parte erronea dell'analista.¹⁰

Cosa dice Lacan? Che, per spiegare quello che accade a Money-Kyrle, non c'è neppure bisogno del concetto di controtransfert come qualcosa che riguarda specificamente l'analista e che indica una sua situazione problematica. No, per Lacan si tratta di «un effetto irriducibile della situazione di transfert», come se questo non potesse riguardare soltanto il paziente ma fosse invece qualcosa che lega, appunto *transitivamente*, il paziente e l'analista: è come se i due fossero semplicemente poli di una stessa unità attraverso cui circola, in un movimento di andata e ritorno, un medesimo discorso. La funzione dell'analista sarebbe allora semplicemente quella di un «depuratore» o, meglio, di un «rettificatore» socratico del discorso del paziente. Quanto meno, questa appare essere la posizione teorica di Lacan ai tempi del suo commento a Money-Kyrle.

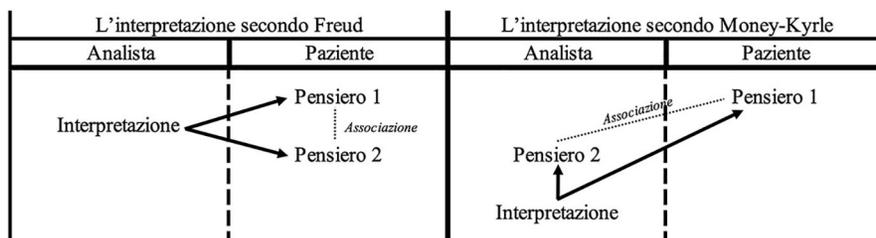
Contro questo modo di vedere le cose richiamiamo ora, e con la massima forza, la frase freudiana che abbiamo citato in esergo: l'analista nulla ha vissuto e nulla ha rimosso di quel che riguarda il paziente, dunque non ha nulla da ricordare, e se si trattasse per lui di ricordare qualcosa, ciò non riguarderebbe affatto il suo paziente. Detto in altri termini e malgrado Money-Kyrle e Lacan, per Freud *non c'è alcuna transitività* tra l'analista e il paziente: la relazione analitica è radicalmente *intransitiva*.

⁹ Qualunque cosa ciò voglia dire.

¹⁰ Lacan J. (2008), *Il seminario. Libro VIII. Il transfert (1960-1961)*, p. 212.

E dunque, per noi freudiani, la cosa non va da sé: non ci basta che Money-Kyrle ammetta di essersi identificato con il paziente perché quel che vogliamo sapere è la ragione, ossia *cosa ha causato* questa identificazione, perché non serve una grandissima esperienza analitica per sapere che un analista prova questo impulso irresistibile a interpretare quando deve comprendere qualcosa di analogo in se stesso, ossia quando c'è in lui del rimosso che preme e qualcosa nel discorso o nel comportamento del paziente lo richiama: ma è evidente che – come abbiamo già detto – questo qualcosa nel paziente costituisce soltanto *l'occasione* per il manifestarsi della coazione a interpretare dell'analista, non certo *il motivo*.

Nella condotta di Money-Kyrle, da un punto di vista freudiano, c'è poi un secondo grave problema relativo al *modo in cui interpreta*. In psicanalisi, infatti, per interpretare ci sono delle regole precise: non si tratta affatto, come molti pensano, di un'attività lasciata totalmente alla libera creatività del singolo. Ora, cosa si vede nel caso presente? Il paziente racconta una certa situazione che lo riguarda e che implica un certo malessere, dopo di che l'analista ricorda qualcosa che certamente è relativo al paziente – ossia «una situazione analoga, in cui si era sentito depersonalizzato per un week-end ed aveva sognato di aver lasciato il suo apparecchio 'radar' in un negozio» – ma che in questo contesto *viene dall'analista, è un ricordo dell'analista non del paziente*, se la differenza tra discorso diretto e indiretto conserva ancora il suo valore. Dunque Money-Kyrle *associa* al discorso del paziente un proprio ricordo e su questo imbastisce la sua interpretazione. Non abbiamo usato questo termine a caso, perché è proprio l'analista che associa: questo vuol dire che *a un certo momento l'analista si sostituisce al paziente nell'associare liberamente*. Questo è un punto su cui bisogna che ci spieghiamo bene, quindi domandiamoci: cosa avrebbe fatto Freud nella sua pratica? Possiamo dirlo perché di questa stessa abbiamo numerosissimi esempi. Di fronte al racconto del malessere da parte del paziente avrebbe atteso, o magari addirittura sollecitato, delle associazioni libere da parte sua *e soltanto dopo* avrebbe eventualmente interpretato collegando queste associazioni. *L'interpretazione, in psicanalisi, è un modo di collegare tra loro vari elementi desunti dalle associazioni libere del paziente, e ciò significa che gli elementi offerti da quest'ultimo devono essere almeno due, rispetto ai quali l'interpretazione si porrà come elemento terzo, come elemento di connessione*. Ricordiamo ancora una volta la frase di Freud messa in esergo: l'analista non ha il compito di ricordare alcunché. Il fatto di utilizzare un singolo elemento nel discorso del paziente come pretesto per metterci ad associare liberamente, per poi interpretare il nesso tra quell'elemento e il nostro ricordo, *non ha nulla a che vedere con la psicanalisi*: le associazioni deve farle il paziente, non l'analista! Si tratta – come si vede – di un errore tecnico gigantesco che compromette ogni pretesa di oggettività dell'interpretazione, e il senso di incertezza che rimane nell'analista ne è il preciso indice soggettivo.



Money-Kyrle ricorda dunque – lui, non il suo paziente! – che una volta quest’ultimo si era sentito depersonalizzato per un week-end e aveva sognato di aver lasciato il radar in un negozio chiuso, che nel week-end non poteva recuperare. Ebbene, chi *nella presente occasione* ha perso il radar? Beh, colui che ricorda, ossia Money-Kyrle stesso! È ben vero che questo glielo aveva raccontato il paziente, ma *non è il paziente in quel momento ad associarlo*. Semplicemente, Money-Kyrle ha perso il radar, infatti non è sicuro delle proprie interpretazioni, e questo gli fa appunto venire in mente il ricordo del paziente che aveva perso il radar. «*Non ci sto capendo nulla* – significa il suo ricordo – *dunque sono come lui!*». Money-Kyrle manifesta di conseguenza un’identificazione del secondo tipo, quella con un solo tratto, per la quale si può profittevolmente consultare *Psicologia delle masse e analisi dell’io*.¹¹ Questa identificazione inconscia, egli la rimuove – «*Non voglio essere come lui!*» – mediante una *formazione reattiva* manifestata nella modalità di una *coazione a interpretare*.

Money-Kyrle fornisce al paziente anche altre interpretazioni che tuttavia omette di raccontare, per cui dobbiamo accontentarci dell’unica che ci trasmette: «*Tu – dice al paziente – hai fantasticato di lasciare in me una parte del tuo sé ‘buono’*». Di questa interpretazione ci dice però di non essere soddisfatto: infatti, come abbiamo visto, non essendo costruita sulle associazioni del paziente ma sulle proprie, non riguarda il paziente ma Money-Kyrle stesso. È lui che vuole essere buono, che vuole avere in sé la «parte buona» ma, ovviamente, se fa questa fantasia di desiderio è perché, in fondo, tanto buono poi non si sente.

Cosa non accetta l’analista, cosa rimuove? Il fatto di non capire, e ciò lo rende insofferente nei confronti del paziente, dunque ostile, e qui vediamo emergere chiaramente una delle situazioni preconizzate da Freud come ostative all’analisi: il controtransfert negativo. Il paziente si sente confuso e inutile, un ‘peso morto’

¹¹ Freud S. (1921) *Psicologia delle masse e analisi dell’Io*, OSF vol. IX, p. 294. Consideriamo quello di «identificazione proiettiva» un concetto non solo superfluo ma anche spurio, che oscura le effettive dinamiche psichiche invece di chiarirle. Si vedrà più avanti il vantaggio di mantenere distinti i processi psichici di proiezione e di identificazione.

diremmo, e l'analista gli risponde mettendosi nella stessa situazione: a un transfert negativo reagisce con un controtransfert negativo. Ed ecco una situazione che sembrerebbe un esempio ideale delle teorizzazioni di Lacan: ecco qui l'identificazione immaginaria, una specularità strutturata dal fatto che ciascuno dei due avrebbe messo il proprio oggetto *a* nell'altro. Lacan stesso, nel suo commento a Money-Kyrle, non manca di alludervi con una punta di disagio.¹²

Ma, domandiamoci, la situazione è veramente simmetrica o questa simmetria ipotizzata da Lacan è soltanto un'illusione? E in più, è giustificata? È, come si esprime lui, «un effetto irriducibile della situazione di transfert», «un effetto legittimo del transfert», tanto da rendere inutile il ricorso alla nozione di controtransfert? Ecco un punto in cui si può pesare esattamente il valore clinico di una teoria. Ebbene no! *La confusione mentale e il senso di inutilità del paziente – lo abbiamo visto – non hanno niente a che spartire con la confusione mentale e il senso di inutilità dell'analista*. Se la situazione assume un'apparenza di transitività è soltanto per la rimozione, e la conseguente sintomatizzazione, di un'identificazione inconscia dell'analista, dunque per un suo controtransfert negativo: nozione, dunque, il ricorso alla quale è qui tutt'altro che pleonastico. E non ci vuole un genio per vedere che in ciò non c'è nulla di «legittimo» o «irriducibile». *L'analista – ci ricorda Freud – nulla ha vissuto e nulla ha rimosso di ciò che è oggetto del nostro interesse*.

Per far comprendere bene di che cosa si tratta, ricorreremo a un esempio tratto dal cinema. Nel film *Witness – Il testimone*, film di Peter Weir del 1985, c'è una bellissima scena in cui un bambino appartenente alla comunità *amish* si trova in una stazione con sua madre e rimane per un momento solo. Il bambino, Samuel Lapp, è ovviamente vestito in stile *amish*, con un completo nero e un cappello pure nero a tesa larga e piatta. Ora, mentre gironzola guardandosi attorno, si imbatte in un ebreo ortodosso, anche lui vestito di nero e con un cappello nero a tesa larga e piatta: per un attimo il bimbo crede di essersi imbattuto in un correligionario, in un altro *amish* come lui, e fissa negli occhi l'ebreo ortodosso con espressione interrogativa come a chiedergli conferma della sua impressione. Ma l'abito non fa l'*amish* e – lo ripetiamo ancora una volta – l'analista nulla ha vissuto e nulla ha rimosso di ciò che riguarda il paziente. Money-Kyrle – e Lacan con lui – è qui nella posizione del piccolo Samuel: crede che ciò che prova venga dal paziente, mentre invece gli giunge dal profondo di se stesso. E il difetto della sua teorizzazione del controtransfert, come d'altra parte di quella di Lacan, consiste nel fatto che descrive sì l'illusione, ma la prende per una manifestazione strutturale e nel far questo eclissa, fino a renderla inattingibile, la reale fisionomia della relazione. L'identificazione non solo non è giustificata ma non avverrebbe nemmeno, se l'analista non rimuovesse certi pensieri e non li controinvestisse mediante una formazione reattiva in cui si vede depositario della «parte buona» del paziente. È

¹² Cfr. Lacan J. (2008), p. 214.

evidente che qui l'elemento che provoca la rimozione è un'ostilità nutrita nei suoi confronti: «*Perché non ti fai capire, maledetto!*» Qualcosa di analogo, insomma, al «*Perché non parli?*» che si favoleggia Michelangelo abbia esclamato mentre colpiva un ginocchio del Mosè con un colpo di maglietta.

L'interpretazione di Money-Kyrle – lo ripetiamo – è tutta fatta per rigettare ciò che lo possiede inconsciamente: il fatto stesso di interpretare rigetta il suo senso di inutilità, e l'attribuirsi il «sé buono» del paziente la sua rabbia contro di lui. Per quanto fuori bersaglio, essa produce comunque degli effetti. Innanzitutto i ruoli sembrano rovesciarsi: prima, il paziente era confuso e l'analista confuso e – come abbiamo ricostruito – inconsciamente arrabbiato, poi il paziente è esplicitamente arrabbiato e l'analista ancora confuso ma stranamente sollevato: «potei quasi sentire il sollievo». Vale qui la pena che ci domandiamo di nuovo come stanno le cose: è speculare la situazione? Le posizioni si rovesciano veramente, e dobbiamo leggere questo rovesciamento nel senso di Lacan? Come vedremo tra poco, l'arrabbiatura del paziente non ha nulla a che vedere con quella dell'analista, e un primo indizio di ciò è che continua anche nella seduta seguente.

Money-Kyrle, infatti, nella seduta seguente interpreta ancora: incredibilmente non gli passa nemmeno per l'anticamera del cervello di chiedere al paziente *perché* sia arrabbiato. Non gli viene in mente *perché non può farlo*, perché chiedere delucidazioni al paziente vorrebbe dire ammettere un'ignoranza che Money-Kyrle ha rimosso in quanto non la sopporta, e dunque non gli è permesso che di insistere nell'interpretare.

Nella seduta seguente il paziente era sempre dello stesso umore, adirato e sprezzante. Allora gli dissi che aveva la sensazione di avermi ridotto in quello stato di confusione e di inutilità che egli stesso aveva provato prima e che, in tal modo, mi aveva messo “nei guai”, ponendomi domande e respingendo le risposte come faceva il padre reale. La sua replica fu sorprendente. Per la prima volta in due giorni divenne calmo e pensieroso. Disse che ciò spiegava perché si era tanto arrabbiato con me il giorno prima: aveva pensato che tutte le mie interpretazioni si riferivano alla mia malattia e non alla sua. Mi sembra che qui possiamo vedere, come in una pellicola cinematografica a rallentatore, parecchi processi distinti che in un periodo analitico ideale o “normale” dovrebbero aver luogo in modo assai rapido. Ritengo che cominciai, per così dire, ad identificarmi introiettivamente con il paziente appena si sdraiò sul lettino parlandomi della sua fortissima angoscia. Ma non riuscii subito a riconoscerla come analoga a qualcosa di già compreso in me stesso; e per questo motivo tardavo a distanziarla e ad interpretare e quindi a poter mitigare l'angoscia del paziente. Da parte sua il paziente si sentiva frustrato perché non riceveva interpretazioni efficaci e reagiva proiettando il suo senso di impotenza mentale in me; e al tempo stesso agiva come se avesse preso da me quel che sentiva di aver perduto; l'intelligenza chiara, ma aggressiva, del padre con la quale aveva attaccato il suo sé impotente, proiettato in me. A questo punto, naturalmente, era inutile cercare di raccogliere il filo dove lo avevo lasciato cadere la prima volta. Si era presentata una nuova situazione che ci aveva entrambi influenzati.

E prima che potesse essere interpretato il contributo del mio paziente nel determinarla, io dovetti fare un tratto di silenziosa auto-analisi per distinguere due cose che possono essere considerate molto simili: il mio senso di incapacità per aver perduto il “filo”, e il disprezzo del paziente per il suo sé impotente che aveva proiettato in me. Essendomi, per così dire, auto-interpretato ero finalmente in grado di comunicare al paziente quello che lo riguardava e, in tal modo, di ricostruire la situazione analitica normale.¹³

Gli dissi che aveva la sensazione: ma che ne sa Money-Kyrle delle sensazioni del paziente? È forse telepatico? Legge nel pensiero? Un approccio del genere per un freudiano è inconcepibile: è un approccio magico, animistico. Tuttavia è così che Money-Kyrle introduce la sua interpretazione, consistente in una rivendicazione mista a un rimprovero: «Tu ti comporti con me come faceva tuo padre con te: le mie interpretazioni sono giuste ma tu le respingi per il piacere di farmi sentire stupido!» Ed ecco che il paziente si calma di colpo e spiega le ragioni della sua rabbia: «È vero che ho fatto come mio padre, ma solo perché ho pensato che tutte le tue interpretazioni riguardassero te stesso e non me.»

Cosa è dunque successo? Facciamo un passo indietro per capirlo. Semplicemente, il paziente si è reso conto che le interpretazioni del suo analista non lo riguardavano e quindi le respedisce al mittente. Ma, naturalmente, questo lo fa arrabbiare perché è lui che paga il costo delle sedute. E siamo ora in grado di mostrare chiaramente quanto avevamo anticipato: la rabbia del paziente non aveva nulla a che vedere con quella dell’analista; quella di quest’ultimo riguardava la propria incapacità di capire, quella del primo il fatto che l’analista gli stava servendo dei piatti che non aveva ordinato. Nessuna specularità, dunque. Il ragionamento del paziente è semplice e lineare: «Qui ci siamo solo tu e io quindi, se non è roba mia, non può essere che tua».

Questo produce sull’analista due effetti: da un lato l’ira del paziente consente a Money-Kyrle di proiettare su di lui la propria arrabbiatura inconscia: «Non sono io a essere arrabbiato, ma tu: io sono buono»; dall’altro il rigetto dell’interpretazione da parte del paziente smaschera l’identificazione inconscia che questa interpretazione doveva coprire nell’analista e la fa venire a galla: verso la fine della seduta egli si sente inutile e confuso. Questo stato emotivo dell’analista ha questa volta la struttura di una *formazione di compromesso*: mettersi nei panni del paziente significa da un lato accettare il rimprovero – «Hai ragione, è di me che si tratta» – ma dall’altro rifiutarlo in quanto i panni del paziente sono precisamente quelli di qualcuno che non capisce: «Quello che dici è vero: sono inutile e confuso come te, ma proprio in quanto lo sono, non capisco che quello che dici è vero». Purtroppo, invece di assumere la propria incomprendenza di questa fase dell’analisi e di porsene semmai il problema, Money-Kyrle, nella nuova interpretazione che dà, la rigetta nuovamente, non ne vuole sapere, e quindi la considera come

¹³ Money-Kyrle R. (1998), pp. 110-111.

se appartenesse al paziente, la *proietta* in lui, come prima aveva proiettato la sua rabbia.

È dunque il paziente che, con il suo incollerito rigetto delle interpretazioni, fa sì che Money-Kyrle si renda conto della propria identificazione inconscia: purtroppo, il suo sforzo non giunge fino a far sì che egli si accorga della ragione per cui l'identificazione si era prodotta. Per riprendere la distinzione fatta prima: Money-Kyrle si rende conto di ciò che ha occasionato l'identificazione, ma non di ciò che la motiva. Lo sblocco del lavoro analitico è quindi – malgrado Money-Kyrle creda sia totale – soltanto parziale, il che si vede bene nell'interpretazione ultima. In effetti questa è nel medesimo stile di tutte le precedenti: in essa Money-Kyrle continua ad attribuire al paziente – «gli dissi che aveva la sensazione» – qualcosa che invece parte da lui, il che non toglie che – richiamando il comportamento del padre del paziente – centri parzialmente il bersaglio. Questa verità, seppur parziale, è sufficiente a dissipare l'ostilità del paziente che ne rilascia allora la ragione: «*Pensavo che fosse roba tua*».

A questo punto, e alla luce di tutto quanto abbiamo detto, è il momento di domandarsi chi dei due si trovi, in questa fase dell'analisi, veramente nella funzione di analista: se Money-Kyrle, tutto teso a soffocare in sé un impulso che non sopporta, o il suo paziente che finalmente lo smaschera. Non crediamo che rispondere sia poi troppo difficile.

3. Winnicott

Prendiamo ora in considerazione una vicenda clinica riportata da Winnicott nel suo *L'odio nel controtransfert*.

Recentemente mi accadde di accorgermi che già da alcuni giorni facevo un cattivo lavoro. Facevo degli errori con tutti i miei pazienti. La difficoltà risiedeva in me stesso; anche se era in parte personale, era tuttavia principalmente collegata con un massimo di tensione raggiunto nel mio rapporto con una paziente psicotica particolare (lavoro di ricerca). La difficoltà si chiarì quando ebbi quello che si chiama qualche volta un sogno «riparatore». [...] Quella volta mi resi conto del significato del sogno al momento del risveglio, o anche prima di questo. Il sogno era composto di due fasi. Nella prima, mi trovavo nel loggione di un teatro e guardavo giù le persone sedute in platea. Mi sentivo molto angosciato, come se corressi il pericolo di perdere un membro del corpo. Vi associavi la sensazione provata in cima alla Torre Eiffel che, se avessi messo la mano sull'orlo del parapetto, questa sarebbe caduta di sotto. Una comune angoscia di castrazione. Nella seconda fase del sogno, mi rendevo conto che le persone in platea guardavano uno spettacolo, e, attraverso di loro, ero ora in rapporto con ciò che avveniva sul palcoscenico. Comparve un nuovo genere di angoscia. Il mio corpo mi appariva completamente sprovvisto del lato destro. Non si trattava di un sogno di castrazione. Era la sensazione di non avere quella parte del corpo. Svegliatomi, mi resi conto di aver capito ad un livello molto profondo quale fosse la mia

difficoltà in quel particolare momento. La prima parte del sogno rappresentava le comuni ansie che possono sorgere nei confronti delle fantasie inconscie dei miei pazienti nevrotici. Rischierei di perdere la mano o le dita se questi pazienti se ne interessassero. Questo tipo di ansia mi era familiare ed era relativamente tollerabile. La seconda parte del sogno, tuttavia, alludeva alla mia relazione con la paziente psicotica. Questa paziente mi chiedeva di non avere nessun rapporto con il suo corpo, nemmeno un rapporto immaginario. Non vi era nessun corpo che potesse riconoscere come suo, e semmai essa esisteva, riusciva a sentirsi unicamente come spirito. Qualunque allusione al suo corpo suscitava delle angosce paranoide poiché affermare che essa possedeva un corpo significava perseguitarla. Ciò che voleva da me era che io avessi solo uno spirito che si rivolgesse al suo spirito. Al culmine delle mie difficoltà, la sera prima del sogno, mi ero irritato e le avevo detto che ciò che mi chiedeva era poco più che spaccare un capello in quattro. Ciò aveva avuto un effetto disastroso, e ci vollero molte settimane di analisi per neutralizzare il mio errore. La cosa essenziale, tuttavia, era per me capire la mia propria angoscia, ciò che era rappresentato nel sogno dall'assenza del lato destro del mio corpo quando cercavo di entrare in rapporto con lo spettacolo che la gente della platea guardava. Il lato destro del mio corpo era quello in rapporto con questa paziente particolare, ed era quindi affetto dal suo bisogno di negare nel modo più assoluto perfino una relazione immaginaria tra i nostri due corpi. Questo rifiuto produceva in me questo tipo d'angoscia psicotica, molto meno sopportabile della comune angoscia di castrazione. Quali che fossero le altre interpretazioni possibili a proposito di questo sogno, il fatto di averlo sognato e ricordato mi permise di riprendere quest'analisi ed anche di sanare il male provocato dalla mia irritazione. L'origine di tale irritazione si trovava dunque in un'angoscia reattiva adatta al mio contatto con una paziente che non aveva un corpo.¹⁴

L'interpretazione di Winnicott ci lascia tutt'altro che persuasi, e nemmeno lui doveva esserlo a sufficienza se alla fine lascia la porta aperta ad altre possibilità. *«Magari non avrò interpretato correttamente – ci dice – tuttavia l'interpretazione che ho dato mi ha permesso di proseguire il lavoro e di rimediare al male che avevo fatto al paziente»*. Tutto è bene, insomma, quel che finisce bene: si tratta di una giustificazione sempliciotta che nell'atto stesso di enunciarsi accantona un punto assolutamente cruciale della pratica analitica, ossia che *il miglioramento delle condizioni psichiche del paziente non può costituire un metro di giudizio della correttezza del lavoro analitico*. L'intervento dell'analista può infatti essere sbagliato ma tuttavia suggestivo e come tale sortire effetti terapeutici che però non testimoniano affatto della bontà del lavoro da lui svolto.¹⁵

Nei successi che subentrano troppo presto scorgiamo piuttosto ostacoli che incoraggiamenti al lavoro analitico, e distruggiamo nuovamente questi successi, dissol-

¹⁴ Winnicott D. W. (1998), "L'odio nel controtrasferimento", pp. 123-124.

¹⁵ Vedi nota 7.

vendo di continuo la traslazione sulla quale sono basati. In fondo, è quest'ultimo tratto che distingue il trattamento analitico da quello puramente suggestivo e libera i risultati analitici dal sospetto di essere successi dovuti a suggestione.¹⁶

Dove Freud vedeva un ostacolo, Winnicott vede un incoraggiamento e questo gli consente di soprassedere sul fatto che nella seconda parte del suo sogno – quella che gli preme di più – ci sono cose che la sua interpretazione è ben lungi dallo spiegare. Se ciò che è in questione è l'intero corpo della paziente, perché il sogno di Winnicott riguarda solo una metà del proprio? E perché il lato destro e non il sinistro? Come Freud ci ha insegnato, nell'interpretazione dei sogni sono i dettagli che contano mentre Winnicott si esprime nel merito in modo generico, collegando mediante una vaga analogia la metà destra del proprio corpo con una pretesa delirante della sua paziente. Ma, appunto, *la sua interpretazione non spiega nulla di essenziale* del suo sogno. Sarebbe bastato questo per fargli capire di essere andato fuori bersaglio, tuttavia egli sembra o non rendersene conto o non curarsene affatto. L'impressione generale che la sua interpretazione suscita è che debba servire all'analista piuttosto che al paziente, che sia cioè fatta non per enunciare una verità concernente la posizione soggettiva dell'analista, ma per rassicurarlo di stare comunque svolgendo un buon lavoro: nella lingua italiana c'è un termine molto preciso ed evocativo, per quanto volgare, per indicare una tale attitudine, e la parola è *paraculaggine*.

Insomma, e per scoprire del tutto le nostre carte, siamo abbastanza stupiti del fatto che Winnicott non si accorga del fatto che nella sua lingua l'espressione «*right side*»¹⁷ (lato destro), non si oppone solo a «*left side*» (lato sinistro) ma anche a «*wrong side*», «parte sbagliata», e allora significa «parte giusta, buona». Così il fatto che il suo corpo gli apparisse «completamente sprovvisto del *right side*» significa semplicemente che, nel rapporto con questa paziente, *egli pensava di non stare dalla parte giusta, dalla parte del bene*: si vede chiaramente che l'interpretazione che offriamo spiega perfettamente anche i punti che Winnicott aveva lasciato in sospeso. Abbiamo quindi ancora, come nel caso di Money-Kyrle, un'interpretazione che funziona come una *formazione reattiva* nei confronti di un'idea inconscia che l'analista non accetta, rigetta, quindi rimuove.

Finora abbiamo offerto esempi di controtransfert *negativo*: consideriamo ora l'altro caso menzionato da Freud, ovverossia il controtransfert *erotico*.

¹⁶ Freud S. (1915-1917), *Introduzione alla psicoanalisi. Lezione 28. La terapia analitica*, OSF vol. VIII, p. 601.

¹⁷ La frase in inglese è: «*What I knew was that I had no right side of my body at all*».

4. Grinberg

Per questo prenderemo in considerazione un brano clinico contenuto nel saggio di Leon Grinberg *Controtransfert e controidentificazione proiettiva*.

In un altro caso, una paziente venne alla sua prima seduta con un ritardo di quindici minuti. Si distese sul divano e rimase ferma e in silenzio per alcuni minuti. Dopo di ciò, disse che provava gli stessi sentimenti di quando doveva affrontare un esame orale (cosa che, generalmente, le provocava una forte ansia). Associò poi la seduta analitica alla sua prima notte nuziale, quando, pur sentendosi estremamente spaventata, aveva dato l'impressione, come le fu detto, di essere una statua.

Le dissi che quello che provava era di star facendo con me la stessa esperienza che aveva fatto nel corso dei suoi esami orali e della sua notte nuziale, perché temeva che io potessi deflorarla, introdurmi dentro di lei per guardare le cose ed esaminarle. Anche ora si stava comportando come una statua: la rigidità e l'immobilità che aveva mostrato all'inizio della seduta avevano lo scopo di mascherare la sua ansia, ma anche di evitare la possibilità di essere penetrata.

Anche se ero convinto che questa interpretazione della sua ansia paranoide era corretta, avevo la sensazione che qualcosa non funzionasse. Eppure non riuscivo a capire la ragione di tale sensazione. Nutrivo il sospetto che fosse stata alquanto superficiale e che i fatti che le avevo indicato fossero troppo vicini alla sua coscienza. Dovevo scoprire le motivazioni più profonde della sua intensa paura che io potessi penetrare dentro di lei.¹⁸

A differenza di Money-Kyrle, qui lo stile di interpretazione di Grinberg è corretto, infatti non aggiunge materiale proprio a quello fornito dalla paziente, tuttavia non si rende conto che la sua interpretazione non spiega un punto decisivo delle associazioni, ossia perché si tratti proprio di «*esami orali*»: ancora una volta il diavolo si nasconde nei dettagli. Grinberg si accorge benissimo che c'è in ballo un transfert erotico, tuttavia non vede che la connessione tra l'«*esame orale*» e la «*prima notte di nozze*» tradisce una fantasia inconscia di *fellatio* – peraltro abbastanza comune in un trattamento basato sulla parola – e che la rigidità della paziente non è affatto dettata da «*ansia paranoide*» o «*paura*» bensì da un misto di imbarazzo e ansia da prestazione. Dietro il desiderio di manifestare una facondia ciceroniana c'è un «*Voglio farti godere con la bocca*» nient' affatto innocente: la paziente non ha dunque nessuna paura del sesso, ma solo di non fare bella figura. Trattandosi della prima seduta, non sarebbe certo stato il caso di smascherare *ex abrupto* il desiderio inconscio: la cosa migliore che un analista avrebbe potuto fare in questo frangente sarebbe stata di dissipare l'imbarazzo della paziente mediante un gesto di accettazione, e la sua ansia da prestazione mediante un apprezzamento. «*Il suo desiderio di interpretare alla perfezione il suo ruolo le fa onore,*

¹⁸ Grinberg L. (1998), «Controtransfert e controidentificazione proiettiva», p. 233.

e sono sicuro che ci riuscirà): ecco per esempio una frase che avrebbe tratto d'impaccio la paziente consentendo l'allentamento della tensione. Cosa fa invece Grinberg? Parla di corda in casa dell'impiccato, ossia tira in ballo esplicitamente il sesso già alla prima seduta – cosa, abbiamo detto, fortemente sconsigliabile – e lo fa pure in modo proiettivo: infatti, se nel discorso della paziente non c'è nessuna fantasia di stupro, da dove viene questa idea di violenza sessuale se non dall'inconscio di Grinberg? Egli ci confessa che la molla inconscia del suo lavoro analitico è di «introdursi dentro» i pazienti «per guardare le cose ed esaminarle», ossia lo concepisce come intrusione, come stupro all'interno di un quadro voyeuristico: vuole avere, come si dice, uno «sguardo penetrante». Non ci sarebbe peraltro nulla di male perché un desiderio è buono quanto un altro se solo se ne è al corrente,¹⁹ ma purtroppo non sembra questo il caso di Grinberg. Rimane infatti ad aleggiare nella sua mente, come un cattivo odore, l'impressione che qualcosa non abbia funzionato, che la sua interpretazione sia stata «troppo superficiale»: burattino del suo fantasma inconscio, Grinberg pensa di non aver penetrato la paziente a sufficienza.

Abbiamo visto che quest'ultima introduce *implicitamente* una tematica sessuale che teme possa non essere accettata – la fantasia inconscia di *fellatio* – e Grinberg, con la sua interpretazione, *esplicita* la tematica ma non il suo contenuto effettivo, che rimpiazza con uno proiettivo: «Sei tu che vuoi essere stuprata, non io che voglio stuprarti». Domandiamoci ora: questa esplicitazione della tematica da parte dell'analista ne costituisce forse un'accettazione, una sua ammissione nel contesto analitico, come sarebbe auspicabile? Tutt'altro, perché l'interpretazione di Grinberg significa: «Poiché non sono io che voglio stuprarti non lo farò: stai tranquilla, non aver paura, niente sesso qui!» Si vede che l'esplicitare fin da subito la tematica sessuale serve a Grinberg esattamente *per esorcizzarla*, per espellerla dal contesto analitico onde rigettare, al contempo, il proprio fantasma inconscio. L'analista, in questo frangente, si comporta come un esorcista: naturalmente non si vede come la paziente potrebbe in seguito articolare nell'analisi qualcosa che ne è stato espulso fin dall'inizio.

D'altro canto, il suo atteggiamento iniziale di rigidità aveva particolarmente attratto la mia attenzione; e mi ero ritrovato, non senza considerevole sorpresa, a nutrire la fantasia di stare analizzando un cadavere. Mi venne in mente un pensiero, che prese la forma di un popolare detto spagnolo: “sta cercando di passarmi il morto” (il che voleva dire che voleva caricarmi di tutta la responsabilità e colpa). Questo pensiero mi mostrò la mia reazione

¹⁹ Per svolgere correttamente la funzione di analista non c'è bisogno di nessun «desiderio dell'analista», cosa che esiste solo nella fantasia di Lacan e dei suoi seguaci: bastano i comuni desideri degli esseri umani che si trovano a esercitare quella funzione. Il punto non è essere animati da un desiderio speciale bensì, come avverte Freud, essere perfettamente consapevoli dei propri, dunque in grado di gestirli.

paranoide, suscitata dalla sensazione che stava cercando di proiettare le sue paure dentro di me, attraverso l'identificazione proiettiva. Basandomi su questo sentimento controtrasferale, le dissi che con la sua rigidità e il suo silenzio forse voleva intendere qualche altra cosa, oltre alla rappresentazione di una statua; forse voleva esprimere in tal modo qualche proprio sentimento connesso alla morte.

Questa interpretazione fu un vero colpo per lei; cominciò a piangere e mi disse che, quando aveva sei anni, la madre, che soffriva di cancro, si era suicidata. La paziente si sentiva responsabile per la morte della madre, perché si era impiccata in sua presenza, ed era stato effettivamente a causa del ritardo con cui ella aveva avvisato il resto della famiglia che non era stato possibile impedirne la morte, come invece era accaduto in tentativi precedenti. Ricordava di aver osservato tutti i preparativi che la madre faceva, e di esserne stata molto colpita. Poi era uscita ed aveva atteso un bel po' (forse una quindicina di minuti, disse); solo allora era corsa in cerca d'aiuto, ma quando il padre era giunto era ormai troppo tardi. Ebbi la sensazione che attraverso la sua rigidità cadaverica la paziente stesse non solo cercando di mostrare che conteneva dentro di sé un oggetto morto, ma anche, nello stesso tempo, di liberarsene attraverso l'identificazione proiettiva. Da questo momento in poi, inconsciamente, ella voleva che fossi io a portare tutta la responsabilità, ad addossarmi «il morto». Come difesa dalla sua violenta identificazione proiettiva, con la quale aveva cercato di introdurre dentro di me un oggetto morto, avevo reagito con la mia prima interpretazione. [...] Successivamente ero riuscito ad afferrare il reale significato dell'intera situazione, avevo raggiunto una comprensione molto più chiara delle fonti più profonde delle sue ansie paranoide e avevo potuto così fornirle un'interpretazione corretta e più completa.²⁰

Come Money-Kyrle nell'esempio precedente, Grinberg prende ora ad associare al posto della paziente²¹ e interpreta introducendo *ex novo* nell'analisi il tema della morte, prima assente dal discorso della paziente, tema che ancora una volta non può dunque riguardare che lui stesso. Al che la paziente ricorda il suicidio della madre e il proprio ritardo nell'avvisare il padre: ciò significa forse che ella conferma in qualche modo l'interpretazione di Grinberg? Niente affatto, perché in realtà procede imperterrita con il proprio fantasma: si precipita a farlo godere con la bocca. Per soddisfare l'analista, avendo l'aria di confermare la sua interpretazione, pesca effettivamente nella sua memoria qualcosa che ha a che fare con la morte, tuttavia questa morte che lei evoca non ha nulla a che vedere con quella di cui parla Grinberg. «*Piuttosto che ammettere ciò che desidero (la fantasia di fellatio) preferirei uccidermi come mia madre, essere morta!*»: ecco che significano realmente i suoi ricordi, cosa che spiega esattamente tanto i quindici minuti di ritardo con cui si era presentata alla seduta quanto la rigidità cadaverica che aveva mantenuto lungo la sua durata.

²⁰ Grinberg L. (1998), p. 233-234.

²¹ Cosa peraltro purtroppo tipica degli analisti di scuola kleiniana.

5. Conclusioni

Nel corso di questo breve saggio abbiamo preso in considerazione alcuni esempi clinici tratti da lavori di autori eminenti in campo psicanalitico, autori che – come si dice – «hanno fatto scuola». Abbiamo visto che – malgrado la loro buona volontà e gli sforzi per trarsi d'errore – *le loro deviazioni* dal corretto svolgimento delle analisi *si sono rivelate senza ritorno*. Tuttavia il danno sarebbe limitato a singoli casi se questi errori, da questi eminenti analisti scambiati per correzioni di errori, non avessero, come abbiamo detto, «fatto scuola», ossia non fossero diventati la base per la costruzione di teorie, tanto sbagliate quanto largamente condivise, che si è preteso di integrare a quella freudiana, senza riguardo alcuno per le contraddizioni che in tal modo venivano ad abitare il *corpus* teorico della disciplina. Il risultato di questa pratica che dura da quasi un secolo è sotto gli occhi di tutti: esso costituisce quel filo rosso che va dall'incoerenza teorica, causa di conflitti insanabili tra analisti, fino a una severa perdita di efficacia della pratica clinica, che ha finito per lasciarsi omologare alle più imbarazzanti delle psicoterapie.

Un esempio assai significativo di queste concettualizzazioni spurie è quello di «identificazione proiettiva» che unisce due concetti, quello di identificazione e quello di proiezione, nati per restare distinti. Un'identificazione è fatta per *assumere qualcosa*, una proiezione per *rigettare qualcosa* ed è davvero difficile da concepire un'attività che consista nell'assumere rigettando o nel rigettare assumendo. E tuttavia generazioni di analisti, non solo kleiniani, hanno visto piallare la loro intelligenza da questa entità concettuale tanto abusata quanto malformata. Va aggiunto che l'«identificazione proiettiva», come tutti i mostri, è straordinariamente prolifica e il suo principale virgulto, dilagato in tutto il mondo psicanalitico, è quell'idea di transitività tra analista e paziente di cui abbiamo poc'anzi constatato i danni.

Esempio che non è tuttavia il solo: nel nostro breve *excursus* abbiamo visto giustificati e largamente praticati, dal fiore della psicanalisi internazionale, i peggiori difetti che Freud attribuiva agli analisti: il *furor sanandi*, l'associare al posto del paziente, l'interpretazione precoce e immotivata nonché la difesa a tutti i costi di una superiorità conoscitiva sul paziente del tutto ingiustificata.

Storture, queste, provocate non soltanto e non soprattutto da quella che si usa chiamare «l'equazione soggettiva» che, come si è visto, non è stata affatto neutralizzata dal prolungarsi dell'analisi personale cui gli analisti si sottopongono. Si può far durare un'analisi indefinitamente, ma se essa è condotta secondo principi teorici errati non ne uscirà un analista migliore, ed ecco il punto.

Il nostro monito è dunque a superare il dadaismo teorico del secolo trascorso riportando l'attenzione sulla costruzione della teoria, per mantenerla salda sui binari di un controllo empirico rigoroso e di una coerenza dimostrata, il che non si potrà ottenere che ripartendo integralmente dalle posizioni teoriche, metodologiche e tecniche di Freud che, come abbiamo visto, consentono di indentificare con

chiarezza, e di correggere, le storture provocate tanto dall'equazione soggettiva quanto dalle concettualizzazioni di basso conio.

Sintesi

Il concetto di controtransfert dopo la morte di Freud e con la nascita di nuove correnti teoriche, ha assunto un'importanza sempre maggiore nella teoria e nella pratica psicanalitica. A partire dagli anni '40 è stato oggetto di ridefinizioni e rielaborazioni da parte di molti psicanalisti. Questo ampliamento ha però implicato un allontanamento dal pensiero di Freud e la violazione delle poche ma fondamentali regole tecniche che aveva trasmesso riguardo alla pratica clinica. In questo articolo vengono presi in esame alcuni esempi clinici di importanti psicanalisti mostrando come tale allontanamento possa comportare la caduta in gravi errori tecnici, come il *furor sanandi*, l'associare al posto del paziente, l'interpretazione precoce e immotivata nonché la difesa a tutti i costi di una superiorità conoscitiva sul paziente del tutto ingiustificata.

Parole chiave: *controtransfert, transfert, identificazione proiettiva, proiezione, transfert negativo, controtransfert negativo, transfert erotico.*

Bibliografia

- Albarella C., Donadio M. (1998), *Il controtransfert. Saggi psicoanalitici*, Liguori Editore, Napoli.
- Baldini F. (1998), "Freud's line of reasoning. A note about epistemic and clinical inconsistency of Grünbaum's argument pretending to confute Freud's therapeutic approach, with reference to the thesis of Stengers on psychoanalysis", *Psychoanalytische Perspectieven*, 32/33, pp. 9-36.
- Baldini F. (2016), "Risposta alla Memoria sulla 'psicanalisi laica' dei proff. Dazzi e Lingardi", [http://www.scuoladipsicanalisisfreudiana.it/risposta-alla-memoria-sulla-psicanalisi-laica](http://www.scuoladipsicanalिसifreudiana.it/risposta-alla-memoria-sulla-psicanalisi-laica).
- Freud S. (1909), *Cinque conferenze sulla psicoanalisi*, in OSF vol. VI, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1910), *Le prospettive future della terapia psicanalitica*, in OSF vol. VI, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1911-1912), *Tecnica della psicoanalisi*, in OSF vol. VI, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1915-1917), *Introduzione alla psicoanalisi*, in OSF vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1921), *Psicologia delle masse e analisi dell'io*, in OSF vol. IX, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1937), *Costruzioni nell'analisi*, in OSF vol. XI, Bollati Boringhieri, Torino.

- Freud S., Binswanger L. (2016), *Lettere (1908-1938)*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Grinberg L. (1998), “Controtransfert e controidentificazione proiettiva”, in *Il controtransfert. Saggi psicoanalitici*, a cura di Albarella C., Donadio M., Liguori Editore, Napoli.
- Lacan J. (2008), *Il seminario. Libro VIII. Il transfert (1960-1961)*, Einaudi, Torino.
- Money-Kyrle R. (1998), “Controtransfert normale e alcune sue deviazioni”, in *Il controtransfert. Saggi psicoanalitici*, a cura di Albarella C., Donadio M., Liguori Editore, Napoli.
- Winnicott D. W. (1998), “L’odio nel controtransfert”, in *Il controtransfert. Saggi psicoanalitici*, a cura di Albarella C., Donadio M., Liguori Editore, Napoli.