

PSICANALISI FREUDIANA E PSICANALISI RELAZIONALE: TEORIA E PRATICA CLINICA A CONFRONTO

Edoardo Meroni

Abstract

Freudian psychoanalysis and relational psychoanalysis: theory and clinical practice compared.

This article aims to show the basic incompatibility that lays between the relational psychoanalytical theory and the Freudian one. Comparing the central ideas of both theories and approaches, the Freudian theory shows that it takes into account the mental phenomenon in a more complex way, although more explanatory. For example, in the Freudian theory the concept of relation cannot be considered as originating in the formation of the subject, but rather subordinated to the constitution of the subject's identity and self-perception of it. According to Freud, internal drives and in particular those of self-preservation, which play no role in the relational theory, play instead a decisive role in the latter. The differences between the two approaches is also highlighted from a practical point of view. As proof, unlike the Freudian theory, in the relational theory the concept of countertransference has the function of being a cognitive instrument for the patient's unconscious, instead of being perceived as an obstacle in the analytic process. The arbitrariness of this modification in the use of the countertransference is demonstrated. A critical comparison has carried out how rationally unjustified is to leave the Freudian doctrine behind, in favor of a type of modernization of the psychoanalytical technique, such as the relational one.

Keywords: transference, countertransference, subject and relation, ensemble of the Ego, relational psychoanalysis, identity, freudian psychoanalysis, self-preservation drives, technique of psychoanalysis, theory of psychoanalysis.

1. Introduzione

Una questione a cui la psicanalisi contemporanea sembra essere totalmente refrattaria è l'importanza della continuità teorica: dalla morte di Freud ad oggi gli psicanalisti hanno generato un numero enorme di approcci teorici differenti,¹ ritenuti innovativi, che all'apparenza hanno mantenuto alcuni concetti dell'impianto

¹ Basti vedere lo spropositato numero di scuole di psicanalisi che, tra loro, hanno differenti approcci anche a temi teorici fondamentali. Per approfondimenti vedi <https://www.miur.gov.it/psicoterapia>

freudiano, ma in realtà ne hanno sovvertito completamente il senso. Tra di essi quello relazionale gode oggi di una certa popolarità.

Ci chiediamo: perché una teoria sopravanza un'altra? Com'è noto una teoria sopravanza un'altra perché è più esplicativa e, al netto di due teorie ugualmente esplicative, in base al principio del rasoio di Ockham, si propenderà per quella meno complessa: più leggera.

Cercheremo di stabilire se la teoria relazionale, rispetto alla teoria classica, soddisfi almeno a uno di questi due criteri, generalmente presupposti alle innovazioni teoriche.

2. Tecniche a confronto

Le linee essenziali dell'approccio relazionale, contenenti anche gli elementi di critica nei confronti del lavoro freudiano, possono essere riassunte in questa citazione di Stephen A. Mitchell, il quale è il maggiore teorico di questo tipo di psicanalisi:

Nella tecnica tradizionale il rigore della situazione analitica era mantenuto per mezzo degli sforzi dell'analista tesi a evitare l'interazione [...]; nella tecnica relazionale contemporanea, invece, il rigore è mantenuto tramite la riflessione continua dell'analista sull'interazione, che è ritenuta inevitabile, e tramite una condotta interattiva finalizzata a massimizzare la ricchezza del processo analitico.²

Secondo Mitchell, tale approccio è dunque incentrato principalmente sulla reciprocità del rapporto che si viene ad instaurare tra analista e paziente, distanziandosi così dal *modus operandi* di stampo freudiano dove l'analista cerca con ogni mezzo di evitare l'interazione.

Se da un lato Mitchell sottolinea giustamente l'impossibilità di evitare un'interazione tra due soggetti presenti in una medesima stanza, che oltretutto stanno portando avanti un lavoro comune, dall'altro però non ci permette di comprendere quali siano le caratteristiche che connotano la tecnica freudiana come un insieme di «sforzi [...] tesi a evitare l'interazione».

Quello che dice esattamente Freud riguardo agli «sforzi», lo si trova nel saggio *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*:

Si dovrebbe pensare che sia senz'altro ammesso, anzi opportuno per il superamento delle resistenze esistenti nel malato, che il medico gli offra la possibilità, facendogli delle confidenze sulla propria vita, di gettare uno sguardo sui difetti e i conflitti psichici di cui egli pure soffre ponendolo così in condizioni di parità. Una fiducia infatti vale l'altra e chi esige intimità da qualcuno deve pure dimostrarliene a sua volta.

² Mitchell, S. A. (2002), *Il modello relazionale*, p. 86.

Nel rapporto psicoanalitico però, parecchie cose si svolgono diversamente da come sarebbe lecito attendersi in base ai presupposti della psicologia della coscienza. L'esperienza non depone a favore della validità di codesta tecnica affettiva. Né è difficile riconoscere che con essa si abbandona il terreno psicoanalitico e ci si avvicina ai trattamenti suggestivi. Si potrebbe ottenere che il paziente comunichi prima e più facilmente ciò di cui è consapevole e che per resistenze convenzionali si tratterebbe dal dire ancora per un po'. Ma questa tecnica non serve affatto alla scoperta di ciò che è inconscio per il malato, non fa che renderlo ancor più incapace di superare resistenze più profonde e, in casi più gravi, porta regolarmente al fallimento suscitando la sua insaziabilità; il malato rovescerebbe volentieri la situazione ritenendo l'analisi del medico più interessante della propria. Anche la soluzione del rapporto di traslazione, uno dei compiti principali della cura, è resa più difficile da un atteggiamento di intimità da parte del medico, per cui l'eventuale beneficio iniziale si traduce in definitiva in un danno. Non esito insomma a respingere questa tecnica definendola scorretta. Il medico dev'essere opaco per l'analizzato e, come una lastra di specchio, mostrargli soltanto ciò che gli viene mostrato. In definitiva non c'è nulla da obiettare se uno psicoterapeuta combina un certo brano di analisi con una dose d'influsso suggestivo, per ottenere in un tempo più breve risultati visibili, come si rende necessario, per esempio, negli istituti psichiatrici; ma è lecito pretendere ch'egli non abbia alcun dubbio in merito a quel che viene facendo e sappia che il suo metodo non è quello della vera psicoanalisi.³

Questa è la famosa metafora dello «specchio opaco», che sovente viene impiegata per sottolineare l'esigenza freudiana di evitare una reciproca interazione con il paziente. Se si vanno ad indagare le ragioni del perché Freud dica questo, è possibile trovarne almeno due: il motivo principale è di ordine metodologico, ed ha a che fare con la ricerca dell'oggettività; il motivo secondario è invece di ordine tecnico, ed è un consiglio (da cui anche il titolo del saggio) che l'analista esperto può dare all'inesperto, sulla base di una casistica precedente. In effetti la violabilità di questi presupposti tecnici viene ribadita da Freud stesso:

Comunque mi sembra opportuno presentare queste regole come «consigli» e non pretendere che vengano accettate incondizionatamente. La straordinaria diversità delle costellazioni psichiche di cui siamo costretti a tener conto, la plasticità di tutti i processi psichici e la quantità dei fattori che si rivelano di volta in volta determinanti, sono tutti elementi che si oppongono ad una standardizzazione della tecnica e fanno sì che un procedimento peraltro legittimo risulti talvolta inefficace, mentre un procedimento solitamente difettoso vada una volta ogni tanto a buon fine.⁴

Si capisce quanto il precetto tecnico di fare in un modo oppure in un altro stia in piedi giusto il tempo della sua utilità; quel che però non deve essere per-

³ Freud, S. (1912a), *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, pp. 538-539.

⁴ Freud, S. (1913), *Inizio del trattamento*, pp. 333-334.

so d'occhio è l'elemento inquinante della suggestione durante l'osservazione del fenomeno: cioè durante i mutamenti del transfert e lungo il decorso sintomatico.⁵

Freud non sembra essersi mai pronunciato per una inconcussa inviolabilità della personalità dell'analista, tutto teso a «evitare l'interazione», come peraltro risulta dai famosi casi di Gustav Mahler, Ernest Blum o l'uomo dei topi.⁶ Invece egli non ha mai mancato di richiamare l'attenzione sui possibili effetti suggestivi, i quali potrebbero manifestarsi con più facilità all'interno di un rapporto di un certo tipo. La tanto criticata astinenza, dunque, è solo uno stratagemma che Freud ha pensato essere il più semplice per evitare le influenze che avrebbero potuto limitare l'oggettività delle osservazioni e dunque del trattamento. È qui il nocciolo della questione, non tanto nella rigorosa osservanza del precetto tecnico X o Y.

A tale riguardo, sempre negli scritti di tecnica, Freud scrive:

Ho già lasciato intendere che la tecnica analitica fa obbligo al medico di rifiutare alla paziente bisognosa d'amore il soddisfacimento richiesto. D'altronde la cura deve essere condotta in stato di astinenza; e con ciò non mi riferisco soltanto alla privazione fisica; ma neppure intendo la privazione di tutto ciò a cui la paziente aspira, giacché probabilmente nessun ammalato sopporterebbe questo. Voglio piuttosto porre questo principio generale: che occorre lasciar persistere nella malata i bisogni e i desideri, come forze propulsive al lavoro e al mutamento, evitando quindi di metterli a tacere con surrogati. Altro che surrogati non potrebbero infatti essere offerti, giacché l'ammalata – per il suo stato e fintanto che non sono eliminate le sue rimozioni – è incapace di un appagamento effettivo.⁷

Questa ultima citazione fonde insieme due aspetti fondamentali: da una parte un'importante chiarificazione del concetto di astinenza e dall'altra la stima delle insidie derivanti da quei miglioramenti che, raggiunti facilmente, si potrebbero rivelare suggestivi e dunque non duraturi. Secondo Freud un «appagamento effettivo» porterebbe in definitiva a un risultato rapido, ma poco proficuo per il prosieguo del trattamento e la risoluzione del transfert. È così ribadita non soltanto la potenziale trappola del miglioramento suggestivo, ma anche l'importanza dell'interazione all'interno del transfert. Essendo però, quella analitica, un'interazione affatto particolare, Freud ci tiene a sottolineare quanto quel che potrebbe apparire come una buona pratica, ad esempio ricambiare delle semplicissime richieste af-

⁵ Per un maggiore approfondimento vedi Salvador, L. (2019), *Tecnica e metodo nella psicanalisi freudiana alla luce del Modulo Epistemico Standard*; Baldini, F. (2020), *Nuove considerazioni sul metodo psicanalitico freudiano e in generale sull'architettura empirico-razionale della metapsicologia*.

⁶ Vedi Jones, E. (2014), *Vita e opere di Sigmund Freud*; Pohlen, M. (2009), *In analisi con Freud: I verbali delle sedute di Ernst Blum del 1922*; Albano, L. (2014), *Il divano di Freud*.

⁷ Freud, S. (1914a), *Osservazioni sull'amore di traslazione*, pp. 367-368.

fettive da parte del paziente, potrebbe non essere funzionale perché non permetterebbe agli elementi inconsci sottostanti al rapporto di restare una forza propulsiva al lavoro analitico.⁸

È plausibile che le prese di posizione relazionali siano comprensibili come reazione ad un *freudismo* di un certo tipo, quello impostato su rigidi tecnicismi e atteggiamenti duri e autoritari, che non permette dunque lo strutturarsi di una buona relazione tra analista e paziente. Tuttavia tale rigidità non trova praticamente riscontri nel pensiero freudiano originario ed è verosimilmente derivata da una limitata comprensione – o meglio da una sovra-interpretazione – dei suoi testi.⁹ Infatti, se si prendono in esame gli spunti di alcuni autori che si definiscono freudiani e che parallelamente hanno rappresentato un ponte verso l'approccio relazionale, si può notare che nei loro scritti è presente un'abbondante dose di critica preconcepita nei riguardi dell'impianto teorico freudiano e, allo stesso tempo, una scarsa continuità con quest'ultimo. Loewald per esempio, che è a tutti gli effetti un freudiano ma anche un diretto predecessore dei relazionali, fa una lettura del testo freudiano che vuole proporsi come innovativa in questi termini, come riporta Mitchell:

Nei termini tradizionali, per come Loewald li descrive, la situazione analitica è un medium nel quale il «sistema chiuso» della mente del paziente viene rivelato e interpretato grazie al fatto che l'analista opera «come uno specchio riflettente [...] caratterizzato da scrupolosa neutralità» e collocato utilmente al di fuori di quel sistema [...]. Nella visione di Loewald, invece, la situazione analitica è una matrice interattiva aperta nella quale l'analista è un «co-protagonista sulla scena analitica» [...]. L'interazione è la caratteristica chiave precedentemente inesplorata che Loewald sottolinea di più, con l'implicazione che «una migliore comprensione dell'azione terapeutica della psicoanalisi potrebbe portare a mutamenti nella tecnica» [...].¹⁰

Come già affermato la metafora dello specchio non è altro che un espediente tecnico per aumentare il profitto del lavoro analitico e non il mezzo elettivo mediante cui lo psichico del paziente «si rivela». Dobbiamo infine rilevare che sono decisamente molti gli autori che sono incappati in letture e reinterpretazioni erranee della tecnica analitica analoghe a quella di Loewald.¹¹

⁸ Con questo Freud non intende certamente che l'interazione tra analista e paziente sia solo ed esclusivamente di tipo transferenziale, come se questo fosse un requisito del tipo: tutto o niente. Infatti tra gli indizi emergenti dall'interazione analista/paziente solo alcuni possono divenire oggetto di un'interpretazione transferenziale.

⁹ Vizio che cominciò a manifestarsi mentre Freud era ancora in vita. Per approfondire vedi Albano, L. (2014).

¹⁰ Mitchell, S. A. (2002), pp. 65-66.

¹¹ Vedi Stolorow, R. D., Atwood, G. E. (1995), *I contesti dell'essere: Le basi inter-*

3. **Mente e relazione**

L'idea secondo cui l'analista è un «co-protagonista» ha alcune implicazioni relative a come egli può agire durante il lavoro con un paziente. Ma prima di esaminare la dimensione pratica che tale presupposto comporta, si devono valutare gli elementi teorici che portano verso concezioni di questo tipo. Un altro importante autore relazionale, Lewis Aron, scrive:

Il modello del gioco dello scarabocchio, una tecnica terapeutica che Winnicott elaborò per usarla con i bambini più grandicelli, è rilevante come modello del tipo d'interazione che Winnicott potrebbe avere proposto con i pazienti in generale. Nel gioco dello scarabocchio, Winnicott gioca con il suo paziente liberamente e spontaneamente. Winnicott disegna delle linee su un pezzo di carta e il bambino deve trasformare le linee in qualcosa. Poi è il bambino a disegnare delle linee ed è Winnicott che deve completarle. Di chi è il disegno finale? È del bambino o di Winnicott? Come l'oggetto transizionale, esso non è né interno né esterno sia per Winnicott sia per il paziente. Come l'interpretazione, dal punto di vista di Winnicott, esso non proviene dall'analista o dal paziente ma al contrario nasce dallo spazio transizionale tra loro.¹²

L'esempio riportato da Aron rappresenta la tipica modalità interattiva degli analisti relazionali. I segni sul foglio sono, nel lavoro con un adulto, il modello delle associazioni di analista e paziente; materiale su cui l'analista farà le sue interpretazioni. Ci si occuperà in seguito della problematicità della questione della «co-costruzione»; per adesso focalizziamoci principalmente sul fatto che l'esistenza di uno spazio condiviso – transizionale – non giustifica l'ipotesi di una compartecipazione di pensiero tra due soggetti. Questo perché i soggetti hanno una differente percezione psichica di tale spazio. Infatti, nella citazione di cui sopra, non ci si trova di fronte ad un unico oggetto transizionale¹³ bensì a due, cioè quello dell'analista e quello del paziente.

Naturalmente i teorici della relazione non sono dello stesso avviso; essi non sembrano concepire la mente come qualcosa di individuale, ma più come un ambiente condiviso: un *coinquilinaggio* del pensiero.

Tra i primi autori, precedenti ai relazionali, a sostenere una posizione del genere troviamo Harry S. Sullivan. Costui usa¹⁴ il termine *legame empatico* cercando di sottolineare che gli stati affettivi si trasferiscono *per contagio* tra le menti di

soggettive della vita psichica; Fosshage, J. L. (2004), *I rapporti tra la psicologia del sé e la psicoanalisi relazionale*.

¹² Aron, L. (2004), *Menti che si incontrano*, p. 119.

¹³ Vedi Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (2010), *Enciclopedia della psicoanalisi*, pp. 403-405.

¹⁴ Vedi Sullivan, H. S. (1972), *Teoria interpersonale della psichiatria*.

caregiver e bambino. Effettivamente i successivi studi di Tronick,¹⁵ la scoperta dei neuroni specchio,¹⁶ fino agli studi di Stern¹⁷ dimostrano che c'è una sintonizzazione cerebrale ed emotiva tra gli esseri umani, e tra i primati, specialmente tra madre e bambino; essa comporta la possibilità di riuscire – entro certi limiti e soprattutto con certe figure particolari – a scambiarsi informazioni rilevanti per la sopravvivenza e le cure primarie. Tuttavia l'esistenza di una comunicazione non verbale, o emotiva, non giustifica l'ipotesi di un pensiero condiviso; per quanto madre e bambino possano interagire mediante intuizioni che comprendono lo stato mentale dell'altro, essi non hanno accesso diretto alla mente l'uno dell'altra: non condividono una stessa mente. La nascita del linguaggio verbale ne è una prova: se la «sintonizzazione»¹⁸ fosse sufficiente a comprendere lo stato mentale altrui, lo sviluppo di una comunicazione verbale sarebbe evolutivamente insensata.¹⁹ L'importanza filogenetica «dell'intendersi»²⁰ tra madre e bambino è palmare, ma impiegare questa evidenza per affermare che la mente non è un fenomeno individuale lascia insoddisfatti numerosi quesiti teorici a cui, invece, risponde un punto di vista, come quello freudiano, maggiormente centrato sull'individuo.

In epoca più recente l'ipotesi della mente relazionale ha preso grande forza anche a causa del massiccio impiego della nozione di identificazione proiettiva,²¹ la quale ha obliterato quasi completamente la considerazione del meccanismo psichico da cui essa deriva, cioè la proiezione.²² L'identificazione proiettiva ha nel

¹⁵ Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978), *The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction*.

¹⁶ Vedi Gallese, V., Migone, P., Eagle, M. N. (2006), *La simulazione incarnata: I neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi*.

¹⁷ Vedi Stern, D. N. (1987), *Il mondo interpersonale del bambino*.

¹⁸ Vedi *ivi*.

¹⁹ Cionondimeno, se fosse vera l'ipotesi della condivisione di uno stesso pensiero, se cioè la mente fosse a tutti gli effetti relazionale, non si spiegherebbe come mai la quasi totalità delle madri abbia difficoltà a capire se il vagito del bimbo dipende ad esempio dal fatto che ha fame o necessità di defecare.

²⁰ È lo speciale rapporto comunicativo che s'instaura tra madre e bambino che permette la sopravvivenza di quest'ultimo. Per un approfondimento cfr. Freud, S. (1895), *Progetto di una psicologia*, pp. 222-223: «Essa [l'azione specifica] viene attuata mediante un *aiuto esterno*, quando un individuo maturo viene indotto a fare attenzione alle condizioni del bambino mediante una scarica lungo la via della modificazione interna. Tale via di scarica acquista pertanto la funzione secondaria estremamente importante dell'*intendersi*, e l'impotenza iniziale degli esseri umani è la *fonte originaria* di tutte le *motivazioni morali*».

²¹ Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (2010), pp. 236-238.

²² Per una definizione cfr. Freud, S. (1920), *Al di là del principio di piacere*, p. 215.

tempo sempre più preso la forma di una telepatia²³ mediante cui i pensieri dell'uno possono essere forzatamente posti nella mente dell'altro. Da qui deriva, appunto, la possibilità di accettare il precetto teorico del pensiero condiviso, della mente relazionale. Questa visione manca però completamente di obiettività nei riguardi di quel che effettivamente la proiezione è,²⁴ e soprattutto nei riguardi dei limiti della soggettività.

Esiste certamente una dimensione psichica relazionale, e questa dimensione è fondamentale: il fatto ad esempio che l'oggetto pulsionale debba essere nel mondo ritrovato²⁵ suggerisce che il valore dell'oggetto consiste nel fatto che esso esiste. Infatti la virtù della rappresentazione psichica – e dunque della relazione con tale oggetto, sia esso il seno materno o un quadro in un museo – è quella di essere un mezzo per ritrovare qualcosa nel mondo. Altrettanto importante è il fatto che negli esperimenti di deprivazione sensoriale la mente si deteriora, se completamente isolata dal mondo; tanto che i ricercatori non hanno mai potuto spingersi oltre certi limiti empirici.²⁶ Ciò conferma che senza il mondo esterno la mente si deteriora in modo irreversibile: la dimensione relazionale è indispensabile. Non si può negarlo. Dati questi ultimi presupposti si potrebbe facilmente ipotizzare che, in linea con la teoria relazionale, la mente non soltanto *viva* di relazioni, ma che anche *nasca* come relazione. Per quanto seducente come ipotesi, e in effetti molto in voga di questi tempi, non è questa la posizione di Freud, che si sofferma invece ampiamente sulla questione della nascita dell'identità e della genesi dell'Io, giungendo a delle ipotesi, maggiormente fondate, anche in materia di relazione.²⁷

3.1 *Mente, soggetto e relazione*

Il primo e fondamentale passo che Freud compie nella direzione di una possibile teoria della nascita dell'identità lo troviamo negli scritti metapsicologici. Queste le sue parole:

²³ Freud, S., Zweig, A. (2000), *Lettere, sullo sfondo di una tragedia (1927-1939)*, n. 127, p. 39.

²⁴ Un concreto contagio tra inconsci è escluso nella teoria freudiana della proiezione. Quest'ultima mostra sì un chiaro ambito di relazione, dove il soggetto con la sua individualità proietta sull'altro quel che non può accettare. Colui che «riceve» questa proiezione, però, è inerme rispetto al materiale proiettato, al pari di uno schermo bianco per le diapositive. Vedi Freud, S. (1963), *Le origini della psicoanalisi: Lettere a Wilhelm Fliess (1897-1902)*, pp. 96-98 e pp. 130-131.

²⁵ Vedi Freud, S. (1915-17), *Introduzione alla psicoanalisi*, pp. 486-487.

²⁶ Vedi Zubeck, J. P. (1969), *Sensory deprivation: Fifteen years of research*.

²⁷ Per un approfondimento vedi Dalto, S. (2019), *Precisazioni sul processo di costituzione dell'Io nella metapsicologia freudiana*.

Collochiamoci dal punto di vista di un essere vivente, quasi completamente sprovvisto e ancora disorientato, il quale subisca l'azione di stimoli nella sua sostanza nervosa. Un tale essere perverrà ben presto nelle condizioni di effettuare una prima distinzione e di ottenere un primo orientamento. Egli avvertirà da un lato stimoli dai quali si potrà ritrarre mediante un'azione muscolare (fuga), e attribuirà questi stimoli a un mondo esterno; ma dall'altro avvertirà pure stimoli nei confronti dei quali una tale azione non serve a nulla, e che, a dispetto di essa, serbano permanentemente il loro carattere assillante; questi stimoli costituiscono l'indice di un mondo interiore, la prova dell'esistenza di bisogni pulsionali. La sostanza percipiente dell'essere vivente ha in tal modo trovato, nella efficacia della propria attività muscolare, un criterio per distinguere «un fuori» da un «dentro».²⁸

In questa idea freudiana vediamo costituirsi il primo, rudimentale nucleo del soggetto. Per quanto inizialmente il soggetto sia in uno stato di narcisismo primario,²⁹ e dunque i confini dell'Io siano tutt'altro che chiaramente definiti, è in questa fase che si genera la prima e fondamentale relazione: quella del soggetto con se stesso. Se non si ammette l'esistenza teorica di questo presupposto, ogni relazione diviene illogica. Non sarebbe infatti plausibile mettere in relazione due menti se prima queste non si auto-definiscono, altrimenti non sarebbero capaci di distinguersi l'una dall'altra. E questo lo conferma l'esperienza, perché, pur con tutte le difficoltà imposte dallo sviluppo cognitivo, il bambino sembra sapere di essere se stesso e, soprattutto, di non essere l'altro. È da questa straordinaria e naturale conquista che si pone una linea di demarcazione tra l'Io e il *Non-Io* e che si costituisce la possibilità di una relazione con l'altro, quel *Non-Io* che ora il soggetto può sapere di non essere.

L'impianto teorico relazionale non permette di elaborare sensatamente un discorso rispetto all'identità perché ha completamente abbandonato l'orizzonte metapsicologico originario. Infatti mentre la metapsicologia freudiana consente lo sviluppo anche di una teoria della relazione, come in effetti è quella pulsionale, una teoria che ponga invece la relazione come primigenia, e quindi l'esistenza di un soggetto plurimo sin dalla sua nascita, non solo esclude la possibilità di definire il dato d'esperienza dell'identità, ma fa perdere ogni consistenza anche alla stessa idea di relazione. Consideriamo alcune affermazioni della teoria relazionale:

[...] le menti umane sono fenomeni interattivi; una mente umana individuale è un osimoro; la soggettività si sviluppa sempre nel contesto dell'intersoggettività; di continuo processiamo e organizziamo in pattern ricorrenti l'enorme complessità di noi stessi e del nostro mondo.

²⁸ Freud, S. (1915), *Pulsioni e loro destini*, p. 15.

²⁹ Vedi Freud, S. (1938), *Compendio di psicoanalisi*, p. 577-578.

Dire che una «mente individuale» è un ossimoro significa che nessuna mente individuale umana può sorgere sui generis e sostenersi in modo del tutto indipendente dalle altre menti.³⁰

L'ossimoro a cui Mitchell fa riferimento lo si può comprendere solo in un caso: nel caso in cui si adotti un punto di vista che consideri il soggetto come un'entità percettiva volta solo verso l'esterno e incapace di percepire se stessa, un punto di vista che non s'interrogghi, come invece fa Freud, se non vi sia un elemento dinamico che promuova, dall'interno dello stesso organismo, il costituirsi di un'organizzazione come un'identità soggettiva, ossia che conduca quello che non è altro che un pezzo di materia nervosa ad essere un soggetto dotato di autonomia, spontaneità e libertà. Secondo Freud, il soggetto umano si costituisce in forza delle risposte ad alcuni stimoli assillanti che sollecitano la materia nervosa. Questi stimoli – la fame o la sete, insomma le pulsioni di autoconservazione – l'organismo non riesce a scaricarli secondo le modalità riflesse che adotta per gli stimoli esterni e momentanei. Si tratta di stimoli costanti da cui non può fuggire, li sente come *interni a sé: si sente*. È qui che sorge il primitivo pensiero: «se sono stimoli che non posso allontanare da me, significa che sono Io stesso». Da questo processo, del tutto a carico delle pulsioni di autoconservazione, nasce dunque l'identità soggettiva, l'Io. Le pulsioni di autoconservazione offrono una «base naturalistica allo sviluppo dell'Io e alla costituzione dell'identità».³¹ Solo a partire da questo primo stadio della genesi dell'Io può poi costituirsi un secondo in cui il soggetto instaura una relazione con gli oggetti. Molti dei critici relazionali, invece, orientano la loro attenzione alle sole pressioni che il mondo esterno pone all'Io, modificandolo. Ecco perché pervenire all'identità, con le caratteristiche attribuite al soggetto dalla teoria relazionale, è impossibile. Agostino Racalbutto, un autore relazionale italiano, scrive ad esempio:

[...] possiamo arrivare ad affermare che la formazione dell'Io, in quanto differente dall'oggetto altro, può delinarsi a partire dall'integrazione fra apporti costituzionali dell'individuo e il frutto delle identificazioni con le figure parentali, fin dai più antichi investimenti oggettuali. Da questo punto di vista l'Io è quindi una «sedimentazione» identitaria degli oggetti perduti, dove la storia della costituzione di un determinato soggetto non può prescindere dagli oggetti della sua esperienza; gli oggetti delle cure primarie, quelli ruotanti intorno al conflitto narcisistico della separazione-individuazione, quelli più attinenti alla conflittualità edipica. Lungo questo tragitto il costituirsi dell'Io, e dell'identità personale più complessa di ogni individuo, non costituisce una conquista definitiva, bensì un continuo modificarsi, un farsi e disfarsi, un rinnovarsi frequente delle ragioni di «essere» (e di «avere»). L'identità, la cui componente egoica viene da lontano [...] non è perciò

³⁰ Mitchell, S. A. (2002), p. 73.

³¹ Dalto, S. (2019), p. 44.

uno stato, ma una ricerca continua che può essere compiuta, seppure sempre parzialmente, solo in rapporto all'oggetto, di cui il soggetto è per così dire la controparte.³²

Si tratta di un discorso apparentemente in continuità con la teoria freudiana, ma che invece non assegna alcun ruolo alle pulsioni di autoconservazione, che considera banalmente come «apporti costituzionali dell'individuo»; inoltre esso fa esclusivamente riferimento agli aspetti legati alla modificazione dell'Io e non ai presupposti alla base della sua genesi. Genesi che, come si è visto, emerge dalla necessità di organizzare internamente gli stimoli che derivano dai bisogni pulsionali. Racalbutò, pur richiamandosi alla nascita dell'identità, si riferisce inammissibilmente a fasi successive ad essa.

In ultima analisi, quel che sembra mancare ai relazionali è una reale teoria del soggetto, giacché la loro proposta si limita fondamentalmente a far coincidere il soggetto con la relazione. Nella teoria relazionale la dimensione individuale viene costantemente messa in ombra dal solo, unico ed insostituibile aspetto relazionale, il cui motto potrebbe essere «il soggetto è solo le relazioni che esso ha». Freud sposa invece una posizione maggiormente individualistica,³³ ove il soggetto/individuo ha uno *status* molto più rilevante, per quanto non esclusivo. Questa visione è molto più sensata dal momento che rende il soggetto ontologicamente qualcosa e non qualcosa solo in funzione di altri. Inoltre, mentre Freud mostra come l'Io presenti funzioni sia attive che passive, nella prospettiva relazionale esso sembra invece incatenato ad una esclusiva funzione passiva nei riguardi dell'altro. Ma è proprio il contrario: è la relazione ad essere subordinata all'Io e non viceversa.³⁴

4. Il problema del controtransfert

È consuetudine, da parte dei teorici relazionali, impiegare le conquiste in materia di neuroscienze per avallare le ipotesi legate alla mente come fenomeno relazionale. Si può vedere come, ad esempio, la teoria dei neuroni specchio venga implementata in ambito clinico:

³² Mangini, E. (2019), *Lezioni sul pensiero post-freudiano*, p. 614.

³³ L'individualismo di Freud si sposa molto bene con il suo liberalismo; si veda l'influsso di John Stuart Mill o l'ammirazione che Ludwig von Mises, decano della scuola economica liberale austriaca, nutrì nei confronti di Freud.

³⁴ Sarebbe qui il caso di fare un approfondimento riguardo alla questione del narcisismo, ma una trattazione adeguata non rientra negli obiettivi del presente lavoro. Tuttavia si può dire che, mentre Freud tratta la questione in numerosi scritti, essa è fondamentalmente bypassata dai teorici relazionali, se non in un'accezione psicopatologica e mai, per quel che ho avuto modo fino ad ora di leggere, in un senso di comprensione della strutturazione dell'Io e delle sue iniziali dinamiche di rapporto con se stesso ed il mondo esterno.

Alla luce della scoperta dei neuroni specchio, nell'analista vengono attivati gli stessi pattern neurali attivati nel paziente, per cui si può fare l'ipotesi che la sensibilità e la consapevolezza dell'analista dei propri pensieri spontanei e stati mentali sia una importante fonte di informazione su quello che accade nella testa del paziente.³⁵

Non ci si soffermerà sulle scoperte in materia di neuroni specchio³⁶ e le conseguenti speculazioni in ambito psicologico da esse provenienti, ma si andrà a valutare l'impatto prodotto dalla metabolizzazione di questi concetti sulla clinica psicanalitica attuale.

La mente relazionale ha un preciso riflesso nella pratica clinica degli psicanalisti di stampo relazionale, che è possibile sintetizzare in questa frase:

Un aspetto ben noto della psicoanalisi contemporanea è quello di assumere che il controtransfert, definito nella sua «accezione totalistica» (Kernberg, 1965), cioè come somatoria di tutti gli stati emotivi dell'analista, possa essere una importante guida per conoscere quello che passa nella mente del paziente [vedi Gabbard, G.O. (1995)].³⁷

Questo sembra essere il punto di vista condiviso da molti analisti contemporanei e soprattutto dagli autori di stampo relazionale. Il controtransfert, per l'uso che ne fanno i clinici relazionali, è la condizione sperimentale mediante la quale maggiormente si cerca di dimostrare l'esistenza di una mente relazionale.

4.1 Il controtransfert nella pratica freudiana

Questa è la definizione di controtransfert dal dizionario di psicanalisi di Laplanche & Pontalis: «*Insieme delle reazioni inconscie dell'analista alla persona dell'analizzato e più particolarmente al suo transfert*». ³⁸ Tale enunciato risulta, almeno in parte, insoddisfacente. Se è infatti vero che il controtransfert dell'analista *potrebbe* appoggiarsi al transfert del paziente, creando così una collusione tra le esigenze inconscie dell'uno e quelle dell'altro, questo non è il caso esclusivo. Può accadere, certo, ma non accade sempre. Inoltre sembra far sorgere l'idea che transfert e controtransfert siano intimamente legati, cosa che cercherò di confutare.

La definizione potrebbe essere semplificata in questi termini: «*Insieme delle reazioni inconscie dell'analista alla persona dell'analizzato*». ³⁹ In breve, il con-

³⁵ Gallese, V., Migone, P., Eagle, M. N. (2006), p. 26.

³⁶ Per una revisione critica vedi Hickok, G. (2015), *Il mito dei neuroni specchio: Comunicazione e facoltà cognitive: La nuova frontiera*.

³⁷ Gallese, V., Migone, P., Eagle, M. N. (2006), p. 26.

³⁸ Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (2010), p. 107.

³⁹ *Ibid.*

trotransfert è il transfert dell'analista stesso verso il paziente. In alcuni casi esso può essere facilitato dalle manifestazioni transferenziali del paziente, in altri casi può facilitarle a sua volta.

In questo modo si ha una certa continuità coi pochi spunti che Freud ha lasciato a riguardo:

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. [...] ogni psicoanalista procede esattamente fin dove glielo consentono i suoi complessi e le sue resistenze interne [...].⁴⁰

Consideriamo la seconda soluzione del caso in esame: il medico e la paziente si lasciano dopo che la paziente si è innamorata del medico; la cura viene dunque interrotta. Lo stato della paziente rende tuttavia necessario ben presto un secondo tentativo analitico presso un altro medico; accade però che essa si innamori anche di questo secondo medico, e così pure, se interrompe nuovamente e si rivolge a un altro, del terzo, e così via. Dal fatto che questa situazione si produca con certezza (e si tratta com'è noto di uno dei fondamenti della teoria psicoanalitica) si possono trarre due ammaestramenti: uno per il medico psicoanalista, l'altro per la paziente bisognosa d'analisi.

Per il medico questo fenomeno ha il valore di un chiarimento prezioso e di un buon avvertimento a premunirsi da una «controtraslazione» che eventualmente stia per prodursi in lui.⁴¹

I due brani appena riportati mostrano abbastanza chiaramente la valutazione di Freud riguardo al controtransfert: è un possibile ostacolo che può sorgere dall'interazione con il paziente. Tale ostacolo muove dai complessi e resistenze dell'analista stesso e può appoggiarsi alle esigenze transferenziali del paziente, come nel caso della donna innamorata. Inoltre, giacché il controtransfert è una forma di transfert, è plausibile, così come accade per il paziente, che esso produca nell'analista alcune resistenze che ostacolano il processo analitico; la ragione dunque per cui l'analista dovrebbe «premunirsi» dal controtransfert non è perché egli non possa nutrire alcun sentimento amoroso o ostile verso il paziente, ma perché egli non diventi una preda inconsapevole, come sovente accade nel transfert del paziente, delle proprie esigenze inconse. È facile capire come un inadeguato trattamento del controtransfert possa avere conseguenze anche gravi per un'analisi. Così, dato l'esiguo numero di scritti freudiani relativi a una così delicata questione, può sembrare giustificata l'esigenza, da parte della psicanalisi contemporanea, di supplire a un tale vuoto formulando una certa quantità di novità teoriche a riguardo. Si notino, però, le due seguenti questioni:

⁴⁰ Freud, S. (1910), *Le prospettive future della terapia psicoanalitica*, pp. 200-201.

⁴¹ Freud, S. (1914a), p. 363.

1. Si può forse comprendere l'esigenza di Freud di non far circolare troppo la questione riguardo alla controtraslazione, se non tra gli intimi addetti ai lavori, come una protezione della psicanalisi dalle possibili ingerenze esterne e della società medica. Infatti in una lettera a Jung datata 31 dicembre 1911 scrive: «Non dobbiamo mai permettere che i poveri nevrotici ci facciano impazzire. L'articolo sulla "controtraslazione", che mi sembra necessario, non dovrebbe essere stampato, bensì circolare tra noi in copie».⁴²

2. In considerazione del fatto che la questione si sarebbe potuta rivelare scomoda e, soprattutto, dal momento che quel che poteva esser detto nei riguardi del controtransfert, a parte qualche consiglio tecnico, era già stato sufficientemente affrontato negli scritti sul transfert, Freud non ha forse reputato necessario riproporre o formulare alcunché.

Questo vuoto che gli autori contemporanei si sono sentiti obbligati a riempire non sembra dunque una realtà. Visto però come stanno le cose, risulta necessario interrogarsi seriamente sulle effettive implicazioni che i progressi relazionali in fatto di controtransfert hanno generato.

4.2 Il controtransfert nella pratica relazionale

Nella concezione freudiana si è visto che il controtransfert può agire come ostacolo alla comprensione. Nella concezione della psicanalisi relazionale, invece, è uno strumento che dà accesso alla comprensione diretta dello psichico del paziente, una finestra spalancata sul suo inconscio e sul suo transfert. In altre parole, connettendo intimamente transfert e controtransfert ne viene fuori un unico fenomeno psichico.⁴³ L'analista ha quindi accesso al transfert del paziente passando dal proprio controtransfert. Lo affermano, per esempio, Heinrich Racker o Mariano Enderle:⁴⁴ «È principalmente attraverso il controtransfert che possiamo provare a comprendere quello che il paziente sperimenta e fa in rapporto all'analista»;⁴⁵ «Il controtransfert, considerato come una continua risposta interna alla presenza del paziente, è l'altra fonte di associazioni libere del paziente».⁴⁶ Sembra che gli autori relazionali trattino il controtransfert come una particolare possibilità di entrare in contatto con le componenti inconscie del paziente e non come un potenziale ostacolo al lavoro. In questi termini è cambiato radicalmente il significato di controtransfert, che da eventuale intralcio al lavoro analitico diviene un impor-

⁴² Freud, S., Jung, C. G. (1974), *Lettere tra Freud e Jung 1906-1913*, p. 512.

⁴³ Come si potrebbe in parte assumere dalla definizione di cui sopra, vedi n. 38.

⁴⁴ Il primo è un autore pre-relazionale ampiamente citato da Mitchell nei suoi lavori teorici, il secondo è un autore relazionale.

⁴⁵ Racker, H. (1970), *Studi sulla tecnica psicoanalitica: Transfert e controtransfert*.

⁴⁶ Enderle, M. (1996), *Prospettive relazionali in psicoanalisi ed implicazioni cliniche*.

tante strumento interpretativo. Questo cambiamento poggia sull'ipotesi, fino ad oggi non dimostrata, dell'intima connessione tra transfert e controtransfert, mentre è possibile pensare che il transfert dell'analista segua un suo specifico *cliché*, così come usualmente avviene per il paziente. Partendo dalle posizioni relazionali si potrebbe ipotizzare che tutta la teoria del transfert si riduca a un regresso all'infinito dove, a mancare, è proprio l'elemento coattivo del transfert stesso, che si limita a essere una reazione vincolata al transfert dell'altro. Una posizione di questo tipo può generare un numero considerevole di difficoltà nel lavoro analitico:

- a) limiti gnoseologici;
- b) ostacoli metodologici;
- c) ipotesi sistematicamente erranee riguardo al paziente;
- d) intuizioni teoriche forzate.

a) Limiti gnoseologici: *Cosa posso sapere?*

L'affermazione secondo cui le esperienze psichiche dell'analista sono una concreta possibilità di sperimentare gli stati psichici del paziente pone l'analista su un piano di onnipotenza del pensiero, tipica dell'infanzia. Un analista potrebbe essere capace di comprendere così chiaramente gli stati psichici del paziente solo in due casi:

- se fosse onnisciente;
- se, come s'intuisce vagamente in certi passaggi della letteratura relazionale ed intersoggettiva, analista e paziente condividessero un solo pensiero.

Il primo caso potrebbe rappresentare una fantasia degli analisti. Essendo però questa una pretesa poco accettabile, ecco che nasce la formazione di compromesso della mente come fenomeno relazionale, che ci porta quindi al secondo caso.

La condivisione di uno stesso fenomeno psichico, a parte i paradossi logici a cui essa conduce, viene però interpretata in maniera asimmetrica: l'analista ha una posizione privilegiata, non solo verso il paziente, ma anche verso il proprio inconscio. Infatti non solo egli è capace di riconoscere e interpretare i moti inconsci, ma è anche apparentemente immunizzato da tutti gli aspetti problematici che solitamente riguardano il transfert. In questo modo per l'analista l'inconscio, diventando un docile strumento interpretativo quasi privo di resistenze, prende una forma molto simile al preconscious: il padroneggiamento e la comprensione dei contenuti inconsci diventano immediati e aproblematici.

b) Ostacoli metodologici: *Di chi è quello che so?*

Se l'analista può fare inferenze esclusivamente passando dall'ascolto dei propri vissuti inconsci, a cui sono connessi quelli del paziente, come può l'analista distinguere ciò che è suo da ciò che è dell'altro? Considerando poi che il transfert del paziente dipende dal suo controtransfert, si aggiunge una maggiore possibilità di suggestione, che mina ulteriormente l'oggettività del trattamento.

c) Ipotesi sistematicamente erronee riguardo al paziente: *Quello che so è tuo, non mio!*

Uno dei corollari di questo modo d'intendere il controtransfert è che legittima la possibilità, da parte dell'analista, di fare libere associazioni e di trattarle come se fossero state fatte dal paziente, quindi di associare al suo posto per interpretare sogni, atti mancati o sintomi. Però, per quanto il rimosso dell'analista possa essere analogo a quello del paziente, se un analista associa al posto del paziente avrà una probabilità di errore sempre maggiore rispetto ad un analista che interroghi e medi i propri moti inconsci.⁴⁷ Non si capisce come tale pratica possa portare a qualcosa di diverso da un vicolo cieco per l'analisi; senza considerare gli errori inevitabili che questa posizione comporta. Non è un caso che Freud in *Costruzioni nell'analisi* dica: «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».⁴⁸ In definitiva si tratta della giusta constatazione che l'analista fondamentale del paziente non sa nulla; e non potrebbe essere altrimenti, perché questa posizione conoscitiva crea le condizioni affinché il materiale fornito dal paziente sia il più scevro possibile dalle influenze dei complessi dell'analista. Se, invece, l'analista si mette ad associare al posto del paziente questa eventualità diventa impossibile. Infatti vi è qui la possibilità che l'analista attribuisca materiale del proprio pensiero – come nelle citazioni precedenti – al paziente stesso. In una posizione del genere è oltremodo facilitata la dinamica mediante cui l'analista proietta sul paziente quel che per la sua coscienza risulta inaccettabile.

d) Intuizioni teoriche forzate: *Eureka!*

Vale la pena soffermarsi su quanto detto nei punti precedenti per le conseguenze che ciò può avere sulla teoria psicanalitica. Freud lo descrive molto chiaramente nel passo seguente:

Ma chi come analista abbia disdegnato la precauzione dell'analisi personale, [...] cadrà facilmente nella tentazione di proiettare nella scienza, sotto forma di teoria universalmente valida, quanto egli, in un'opaca autopercezione, riconosce delle peculiarità della propria persona; così facendo getterà discredito sul metodo psicoanalitico e porterà fuori strada gli inesperti.⁴⁹

Freud si riferisce ad una possibile conseguenza del controtransfert. In questo caso si dovrebbe pensare ad un analista che non riconosca i propri moti inconsci, e questi, sistematicamente proiettati su diversi pazienti, genereranno nell'analista

⁴⁷ Per una critica vedi Baldini, F., Zangari, C. (2019), *Il ritorno di Freud nella clinica: Il caso del controtransfert*.

⁴⁸ Freud, S. (1937), *Costruzioni nell'analisi*, p. 542.

⁴⁹ Freud, S. (1912a), p. 538.

l'esigenza di fare inferenze teoriche di carattere generale – che saranno però un tiro fuori bersaglio.

Si è visto che la teoria relazionale cerca di dimostrare come il controtransfert sia un fondamentale mezzo interpretativo dell'inconscio del paziente. Un orientamento teorico di questo genere promuove una visione dello psichico distorta dove il rapporto analitico, in materia di dialogo fra inconsci – metafora questa impiegata da Freud stesso⁵⁰ – si confonde con una *folie à deux*⁵¹ fino all'indistinguibile. Appare molto più sensata la posizione freudiana. In essa, per quanto l'analisi sia anche un dialogo fra inconsci, e dunque il controtransfert dell'analista risulti un punto essenziale – con annessi potenziali ostacoli – dell'ascolto analitico, il controtransfert *non* è una finestra spalancata sull'inconscio del paziente.

Insomma, il compito dell'analista circa i propri moti inconsci sta dunque, come per il paziente, nella capacità di padroneggiarli e non nel rifiutarli aprioristicamente o – come vorrebbero buona parte degli autori relazionali contemporanei – nell'interrogarli ed interpretarli come segni provenienti dalla mente inconscia del paziente. A questo proposito, una lettera del 20 febbraio 1913 di Freud a Binswanger:

Il problema del controtransfert [*Gegenübertragung*], da Lei evocato, è uno dei problemi tecnicamente più difficili della psicanalisi. 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 proprio inconscio. 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.⁵²

4.3 Un caso e uno spunto clinico

Verrà adesso discusso un caso clinico preso da Stephen A. Mitchell. Il suo modo di gestire il controtransfert sembra avere poco o nulla a che vedere con gli spunti lasciati da Freud e, peggio, conduce a numerose difficoltà.

Nel mio lavoro con Gloria la dimensione erotica era sembrata per alcuni anni centrale. Gloria, in effetti, aveva avuto due padri: quello reale, uomo molto distaccato che era stato lontano, in servizio militare, per lunghi periodi dell'infanzia della figlia, e uno zio,

⁵⁰ *Ivi*, p. 536.

⁵¹ Vedi World Health Organization (1992), *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*.

⁵² Freud, S., Binswanger, L. (2016), *Lettere 1908–1938*, p. 118.

il fratello di sua madre, nella cui casa lei e sua madre erano vissute durante alcune delle assenze del padre. Gloria aveva avuto una relazione profonda e appassionata con lo zio, cosa che era rimasta nell'ombra. Quando il padre era ritornato, lo zio aveva smesso di essere una presenza costante; sembrava che il padre non fosse mai riuscito a stabilire una relazione personale con la figlia. La vita romantica di Gloria era, cosa non sorprendente, scissa tra l'uomo con cui si supponeva avesse una relazione e dei misteriosi amanti fantastici. In un certo senso, lei aveva cercato la psicoanalisi proprio per stabilire ed esplorare un amore romantico di questo tipo in termini sicuri che non avrebbero minacciato il suo matrimonio.

La nostra relazione analitica era caratterizzata da una certa tendenza a civettare da parte di entrambi. Non sceglievo in modo consapevole di avere un atteggiamento un po' seduttivo, ma allo stesso tempo non limitavo in modo consapevole quei modi di essere con lei che potevano essere costruiti come potenzialmente seduttivi. Ero preoccupato del fatto che il piacere che traevo dalla nostra relazione potesse oscurare il mio giudizio circa i modi in cui pensavo che potesse essere utile per lei. Era chiaro che la mia idea per cui era utile che riportassimo alla vita la sua relazione sepolta con lo zio contribuiva a coltivare tra di noi [...] un contesto emotivo che rendeva possibile un flirt. A volte Gloria commentava questa caratteristica della nostra relazione; il fatto che io non mettessi in discussione chiaramente quanto lei affermava era compreso da entrambi come una prova del fatto che anche io a volte facessi esperienza della nostra relazione in quel modo. Durante questo periodo, durato alcuni anni, Gloria è cresciuta in modi che entrambi consideravamo molto costruttivi. Il flirt presente fra noi aveva molte delle qualità dello spazio «potenziale» winnicottiano; veniva alla vita in seduta e lei lo portava con sé tra le sedute come una presenza intrapsichica costruttiva. Sembrava che vivesse in un mondo reso possibile dal fatto che riconoscevamo la sua presenza, [...] ma non dovevamo parlarne in modo troppo diretto né dovevamo esaminarlo troppo da vicino. Eravamo riusciti alla fine a comprenderlo in parte come una ri-creazione del suo flirt con lo zio, che era naturalmente destinato al fallimento, ostaggio della fine rappresentata dal ritorno del padre.

A un certo punto, dopo alcuni anni di lavoro, le cose erano iniziate a sembrarmi diverse. Le fantasie di Gloria iniziavano a sembrarmi ossessive; la sua vita, anziché continuare ad aprirsi, sembrava che stesse collassando attorno all'analisi. Non ricordo esattamente che cosa mi avesse detto, ma a un certo punto mi era diventato chiaro che lei pensava che una relazione d'amore tra di noi fosse tutto sommato possibile dopo, se non durante, il nostro lavoro analitico insieme, e perciò avevo sollevato la questione delle sue credenze al riguardo in termini chiari e letterali. A un certo punto, nel corso di questa discussione, le avevo detto che io non avrei mai avuto una relazione con una paziente, né durante né dopo un trattamento. Il fatto che io indicassi un limite a ciò che era possibile tra noi evoca [*sic*] in lei sia il rifiuto del padre sia il ritiro dello zio. Questo aveva dato il via a un periodo di lavoro difficile e doloroso, ma anche molto importante. Era diventata molto più coinvolta di quanto lo fosse mai stata prima con il marito e con gli altri uomini importanti della sua vita. Aveva consolidato quello che aveva guadagnato, e le sue relazioni con gli altri uomini si erano approfondite.

Gli spazi potenziali resi possibili dalla psicoanalisi – che a volte vengono riempiti dall'amore romantico – hanno un proprio ciclo vitale. Possono essere enormemente utili a livello analitico, ma solo per un po' di tempo. Poi diventano costrittivi. Vi è bisogno di una grande delicatezza nel trovare un equilibrio costruttivo tra l'amore coltivato e quello messo in discussione nel transfert e nel controtransfert. Chi prende queste decisioni? Naturalmente, in una certa misura, esse sono il frutto della collaborazione di entrambi i membri della coppia analitica. Ma io credo che non sia corretto assegnare al paziente un'uguale responsabilità per questi giudizi relativi al timing. Alla fine, la responsabilità [...] ricade sull'analista, anche se non possiamo essere puramente obiettivi quando prendiamo queste decisioni. Una parte della responsabilità dell'analista è quella di partecipare all', e di godere dell', amore, e sembra che anche questo faciliti il processo analitico, ma l'analista non deve godere di quest'amore tanto che esso diventi un veicolo del suo proprio piacere e lo distolga dal benessere del paziente.⁵³

Si possono evidenziare qui alcune questioni che contrappongono la psicoanalisi freudiana a quella relazionale anche in fatto di pratica e, nello specifico, riguardo all'impiego del controtransfert.

Mitchell dà l'impressione di essere in contatto con alcune sue esigenze psichiche, quali ad esempio l'interesse sessuale per la paziente, che nomina in questi due passaggi: «la dimensione erotica era sembrata per alcuni anni centrale»;⁵⁴ «[la] nostra relazione analitica era caratterizzata da una certa tendenza a civettare da parte di entrambi».⁵⁵ La presa d'atto *hic et nunc* dei moti sensuali verso la paziente è, secondo l'autore, la caratteristica essenziale per la comprensione del proprio controtransfert, così da poter successivamente favorire il lavoro analitico. Invece non è certo che Mitchell si sia effettivamente accorto delle dinamiche controtransferenziali che sono incorse. A questo riguardo si noti il seguente passaggio:

A un certo punto, dopo alcuni anni di lavoro, le cose erano iniziate a sembrarmi diverse. Le fantasie di Gloria iniziavano a sembrarmi ossessive; la sua vita, anziché continuare ad aprirsi, sembrava che stesse collassando attorno all'analisi. Non ricordo esattamente che cosa mi avesse detto, ma a un certo punto mi era diventato chiaro che lei pensava che una relazione d'amore tra di noi fosse tutto sommato possibile dopo, se non durante, il nostro lavoro analitico insieme, e perciò avevo sollevato la questione delle sue credenze al riguardo in termini chiari e letterali. A un certo punto, nel corso di questa discussione, le avevo detto che io non avrei mai avuto una relazione con una paziente, né durante né dopo un trattamento.⁵⁶

⁵³ Mitchell, S. A. (2002), pp. 153-155.

⁵⁴ *Ivi*, p. 153.

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ *Ivi*, p. 154.

L'intuizione di Mitchell non sembra derivare direttamente dalla narrazione della paziente. Si potrebbe trattare in questo caso del già citato problema dell'analista che si mette ad associare al posto del paziente. L'impressione che Mitchell pensa essere della paziente è, verosimilmente, di Mitchell stesso. Inoltre scrive: «Non sceglievo in modo consapevole di avere un atteggiamento un po' seduttivo, ma allo stesso tempo non limitavo in modo consapevole quei modi di essere con lei che potevano essere costruiti come potenzialmente seduttivi». ⁵⁷ Non pare che qui Mitchell stia comprendendo ed impiegando i moti controtransferenziali per il buon prosieguo dell'analisi, tutt'al più sta lasciando che alcuni moti preconsce si palesino, senza però capirne le motivazioni. Si comporta – diciamo – correttamente nella prima parte del processo, nel fare cioè quel riconoscimento dei moti controtransferenziali di cui ci parla Freud, ma si perde completamente quando deve padroneggiarli: essi non vengono mediati.

Riflettendo sulle possibili cause di questa *défaillance* si potrebbe giungere alla conclusione che l'interrogazione di tali moti sia solo apparente. Mitchell non sembra accorgersi di comportarsi come un autentico Don Giovanni. Infatti, quando la questione comincia a premere veramente sulla sua coscienza, cioè nel momento più florido per poter effettivamente comprendere i propri moti controtransferenziali di seduzione, li proietta sulla paziente.

Pare che la condotta di Mitchell, e soprattutto il suo modo di gestire il controtransfert, abbia qualcosa di equivoco. Sarebbe stato più sensato indagare approfonditamente i propri moti erotici verso la paziente al fine di comprenderne la reale natura, così da poterli eventualmente gestire e, perché no, portarli effettivamente nella relazione analitica. Il problema qui non sta nella possibilità di una concreta relazione sessuale con Gloria, ma nel modo in cui l'analista ha illuso se stesso e la paziente. In effetti non si capisce bene il senso di assecondare «per anni» ogni accenno della donna verso una evidente relazione di un certo tipo, per poi tirarsene completamente fuori con la coscienza perfettamente pulita. Se si considera poi il fatto che Mitchell pensa che i miglioramenti ottenuti dalla paziente siano merito suo, le ambiguità cominciano ad accumularsi. Avrebbe potuto ipotizzare che la libido della paziente, una volta frustrata dal comportamento ambivalente dell'analista, si fosse spostata su altri oggetti significativi, come ad esempio il marito; ma non l'ha fatto: perché?

Proprio in fondo alla descrizione del caso, Mitchell fa una precisazione che tanto ha da dire sulle sue reali intenzioni verso la paziente. Scrive:

Una parte della responsabilità dell'analista è quella di partecipare all', e di godere dell', amore, e sembra che anche questo faciliti il processo analitico, ma l'analista non

⁵⁷ *Ivi*, p. 153.

deve godere di quest'amore tanto che esso diventi un veicolo del suo proprio piacere e lo distolga dal benessere del paziente.⁵⁸

Qui Mitchell sveste i panni dell'analista per indossare quelli del moralista. Com'è noto, dietro un'apparenza del genere sovente si nascondono dei gran peccatori. Tanto è vero che l'autore gioca a *ceccotòccami*⁵⁹ con la paziente: prima ricambia il *flirt*, poi, appena la questione diventa per qualche ragione più opprimente, si tira indietro addossando alla povera Gloria tutta la responsabilità, in una dinamica proiettiva. Non pago, fa anche la predica sul proprio senso di responsabilità verso la paziente, sottolineando la propria irreprensibile condotta e dicendo tra le righe: «Sì, ho goduto un pochino, ma solo per fare un favore a lei!»

È qui che casca l'asino. In quest'ultimo frangente non soltanto Mitchell mostra il lato più vero di tutta la faccenda – la fantasia di seduzione celata dietro una formazione di compromesso –, ma offre anche uno spunto di riflessione sulla pratica analitica. È probabilmente vero che il godimento dell'analista deve sottostare ai limiti del buon andamento dell'analisi, ma questi limiti non stanno in un non meglio specificato «benessere del paziente», bensì nella più amara consapevolezza che l'analista ha del proprio reale godimento. Mitchell non ha commesso un grave errore perché si è permesso di godere del *flirt* con la paziente, ma perché non ha saputo gestire i propri impulsi da *Burlador*. Ha così fatto la fine del buon Leporello,⁶⁰ proiettando sulla paziente questi stessi impulsi perché per lui non pienamente accettabili.

Andando avanti nell'analisi della *dongiovannesca* condotta di Mitchell si possono fare alcune considerazioni.⁶¹ Una questione che si nota indiscutibilmente nelle varie rappresentazioni che i poeti hanno dato del *Burlador* è la sua insaziabile fame di conquista.⁶² Non si tratta dell'uomo affamato, che ben contento si sazia ad ogni boccone che la vita gli offre, ma – tendenza questa molto comune nei nevrotici – dell'uomo dall'appetito inappagabile che non assapora neanche un

⁵⁸ *Ivi*, p. 155.

⁵⁹ Un gioco puerile toscano in cui prima s'infastidisce e poi si fa finta di niente.

⁶⁰ L'aiutante di Don Giovanni che si trova spesso in situazioni sgradevoli a causa del suo padrone. Per un approfondimento vedi Rank, O. (1994), *La figura del Don Giovanni*.

⁶¹ Non conosco i particolari della biografia dell'autore, né mi è possibile andare troppo oltre nella riflessione seguente, dati i pochi elementi che l'analista ci fornisce sul caso di Gloria. È però mio interesse porre l'attenzione su alcune possibili somiglianze tra la figura del Don Giovanni e quella di Mitchell.

⁶² Una «fame di stimolo» che mostra tutta l'instabilità della scelta oggettuale nevrotica, in cui, passando da un'infinita serie di oggetti che sostituiscono quello originale, non è mai ottenuto un pieno godimento, bensì una continua insoddisfazione. Cfr. Freud, S. (1912b), *Sulla più comune degradazione della vita amorosa*, p. 430.

granello di quello che, con tanto ardore, cerca ed ottiene. Parimenti, il Don Giovanni non si comporta come colui che tanto ama le donne da esserne ingordo, ma come colui che le disprezza a tal punto da doverle avere tutte. Al fine poi, come il vendicatore di un antico torto subito, di vedersele degradare in mano.⁶³ Mitchell, almeno in parte, si comporta in questo modo. Inizialmente seduce la paziente, ricambiando generosamente l'amore che essa gli offre, ma non appena questo amore potrebbe effettivamente essere portato ad un livello più concreto egli lo rifiuta senza meno, mettendosi al sicuro dietro un pallido precetto normativo.

Procedendo nella rilettura del caso si notano queste parole: «Gli spazi potenziali resi possibili dalla psicoanalisi – che a volte vengono riempiti dall'amore romantico – hanno un proprio ciclo vitale. Possono essere enormemente utili a livello analitico, ma solo per un po' di tempo. Poi diventano costrittivi».⁶⁴ Ad una prima occhiata sembra si tratti di un discorso riferito a quel che, nell'amore di transfert, dovrebbe avvenire nella mente della paziente; alla luce però delle considerazioni fino a qui fatte, potrebbe forse trattarsi di un'onesta dichiarazione di colpevolezza. Quel che appare è la classica dinamica del conquistatore: prima brama, poi seduce e infine, sentendosi costretto, si stufa ed abbandona.⁶⁵

Inoltre, approcciandoci maggiormente alla valutazione tecnica del caso, risulta evidente quanto la pratica di Mitchell sia qualcosa di totalmente diverso da quella freudiana. Sono due le questioni di maggior rilievo.

1) Ricambia l'amore della paziente, mettendosi così nella critica posizione che Freud ci descrive in questo passaggio:

⁶³ Degradazione che ha le sue precise ragioni. Nel soggetto a cui è interdotta la possibilità di far coesistere la corrente sensuale con quella di tenerezza, ad esempio, la via più semplice per non soffrire d'impotenza è quella di degradare al più basso rango l'oggetto con cui esso si relaziona, così da poter mantenere parallelamente intatta la sopravvalutazione e la purezza spettanti all'oggetto incestuoso o ai suoi sostituti. Cfr. *Ivi*, p. 425.

⁶⁴ Mitchell, S. A. (2002), p. 154.

⁶⁵ Nello specifico Mitchell, una volta ottenuto quel tanto che basta di soddisfazione, rinuncia alla parte più importante del lavoro analitico. Non quella del transfert sublimato – «la civetteria» –, ma quella del transfert erotico a cui quello negativo è legato. L'ossessività della donna e gli altri comportamenti costrittivi che Mitchell sottolinea potrebbero prendere una dimensione sensata nel quadro di un fantasma inconscio d'innamoramento che, dopo i primi scampoli di pudico rossore, comincia ad infuocarsi nell'impossibilità che essi abbiano tutto quel che desiderano dall'analista. È qui che si sarebbe dovuta giocare la vera partita a scacchi tra l'analista e le resistenze della paziente. Vista però la pesantezza del compito ed avendo egli già ottenuta quella gratificazione momentanea di cui ogni seduttore abbisogna, Mitchell si tira indietro, addossando alla paziente tutte le responsabilità d'un amore impossibile, che però egli stesso aveva contribuito a creare.

Se il suo amore [della paziente] venisse corrisposto, ciò costituirebbe un grande trionfo per la malata ma un totale naufragio per la cura. La malata sarebbe riuscita a far ciò a cui tendono tutti gli ammalati in analisi; cioè a mettere in atto, a ripetere nella vita reale quello che essa dovrebbe soltanto ricordare riproducendolo come materiale psichico e trattendolo nella sfera puramente psichica.⁶⁶

2) Ricaccia indietro a forza l'amore che la paziente aveva fino a quel momento offerto e che era stato oltretutto lungamente ricambiato, facendo insomma quello che Freud – sempre in *Osservazioni sull'amore di traslazione* – definisce così:

Invitare la paziente a reprimere, rinunciare e sublimare le proprie pulsioni non appena ella abbia ammesso la sua traslazione amorosa è un modo di procedere che non definirei analitico, ma solo insensato. Sarebbe come se dagli inferi si volesse evocare uno spirito avvalendosi di formule magiche, per poi rispedirlo giù senza averlo interrogato: un richiamare alla coscienza il rimosso, per poi spaventati tornare a rimuoverlo. Non c'è del resto neppure troppo da illudersi circa l'esito di un tale procedimento; giacché come è noto i discorsi più elevati hanno scarsa efficacia sulle passioni. La paziente avvertirebbe soltanto l'umiliazione, e non mancherebbe di vendicarsene.⁶⁷

Per quanto Mitchell sembri tentare un'analisi transferenziale – dunque non ricacci indietro gli spiriti evocati dagli inferi – in rapporto alla relazione amorosa fallita tra la donna e lo zio, il suo comportamento lascia trasparire alcuni elementi interessanti. In un primo momento l'analista tratta la relazione con la paziente in modo reale, concreto, solleticato forse dalle simpatie verso la donna che lascia tranquillamente affiorare. Poi, appena l'amore della donna comincia a premere veramente sulla relazione tra i due, lo tratta come qualcosa di irreali, lo umilia, troncando definitivamente la questione con il precetto «non lo farei mai».⁶⁸ A questo punto, la libido sottostante al transfert erotico della paziente è bruscamente frustrata. Ne consegue verosimilmente uno spostamento di questa stessa energia sessuale da un oggetto ad un altro: dall'analista al marito. Sembra impossibile che a Mitchell non sia venuto in mente che questa potesse essere una delle solite

⁶⁶ Freud, S. (1914a), p. 368.

⁶⁷ *Ivi*, p. 367.

⁶⁸ Il transfert, che in questo caso potrebbe essere di natura erotico/ostile, è un fenomeno che incorpora condizioni sia reali che irreali. Infatti l'amore e l'odio in esso provati sono veri, e vissuti con tutta la forza che comunemente hanno, ma sono diretti verso un soggetto diverso rispetto all'originario, riportando così in vita, in una dinamica coercitiva, le antiche passioni che sono state in passato fallimentari. Il fatto che qui Mitchell lo scomunicò completamente, rendendolo un elemento insignificante, potrebbe essere eloquente del rapporto del Mitchell seduttore con la paziente preda. Cfr. *ivi*, pp. 370-374.

oscillazioni, una ripetizione⁶⁹ dunque, e non già un miglioramento. Infatti, non essendo egli così sprovveduto, è plausibile che la constatazione del presunto miglioramento⁷⁰ della paziente abbia in realtà favorito la possibilità di allontanare dalla coscienza lo spettro del seduttore. Quello spettro che lo avrebbe messo sullo stesso piano di un Don Giovanni, il quale, una volta ottenuta conferma dell'avvenuta seduzione, non ha praticamente alcun altro interesse se non quello di passare ad un'altra preda, per umiliare nuovamente.⁷¹

Per tornare ora alla questione più generale del controtransfert, e soprattutto all'ambiguità di una condotta che metta sullo stesso piano i pensieri dell'analista e quelli del paziente, impiegherò un mio spunto clinico.

Dopo qualche mese di lavoro un mio paziente ha cominciato una seduta riportandomi un sogno. Le associazioni che egli mi ha comunicato sono state le seguenti: «macchina», «l'ho pagata», «non mi dà abbastanza». Subito il mio pensiero è andato nella direzione del rapporto economico tra me e lui, da cui è nata una riflessione che sintetizzo così: lui mi paga poco, io non gli do abbastanza.

Se l'elemento «non dare abbastanza» l'avessi interpretato come proveniente dalla mente inconscia del paziente e riferito a me, questo sarebbe potuto passare come un attacco all'analisi e alla mia posizione. Pertanto avrei potuto – seguendo la tecnica relazionale – comunicargli questa interpretazione, presentandola come il reale significato delle sue associazioni. Ho deciso invece di aspettare un poco, per poter meglio comprendere dove le associazioni lo avrebbero condotto. Dopo qualche minuto il materiale espresso è diventato inconsistente; ho quindi riportato il paziente agli elementi del sogno, per sentire cosa avesse da dire. A seguito di un paio di associazioni ha prodotto delle significative comunicazioni che, pur essendo collegate al contenuto onirico manifesto, non avevano nulla a che fare con quello che inizialmente avevo pensato.

⁶⁹ In questo caso, oltretutto, rafforzata da condizioni reali, causate dal rapporto con l'analista.

⁷⁰ Freud descrive molto chiaramente una prospettiva di questo genere; vedi Freud, S. (1914), *Introduzione al narcisismo*, p. 471.

⁷¹ Il pensiero del Don Giovanni è infatti simile a quello del nevrotico, solo che sposta la relazione oggettuale su tutte le donne dell'universo anziché su quella manciata che fa parte della vita amorosa, sana o patologica che sia, di ogni uomo. Egli sembra pensare le donne idealmente, le desidera, quando però queste si concedono, devono essere degradate al pari di una nullità. Questo è un ulteriore meccanismo mediante cui si può tenere in piedi l'impalcatura di scissione tra la donna originalmente amata - la madre, la sorella o altri oggetti di questa sorta - e tutte le altre. Nel far questo il nevrotico ed il seduttore mantengono le influenze della rimozione dal momento che non possono permettere di far convergere sopra un unico oggetto le correnti tenere e sensuali. Cfr. Freud, S. (1912b), p. 428.

Questa esperienza non soltanto mi ha suggerito l'importanza che a volte ha il silenzio, ma è stata anche una confutazione diretta della tecnica relazionale. Partendo infatti dall'assunto di stampo relazionale secondo cui il controtransfert – cito da *Psicoanalisi e terapie psicodinamiche* di Jeremy D. Safran – «tende a essere concettualizzato come l'insieme globale dell'esperienza del terapeuta quando si trova con il paziente ed è considerato una fonte importante di informazione»,⁷² avrei potuto comunicare al paziente la mia impressione, dandogli però anche la responsabilità di esserne l'artefice. Così, il paziente, che in questo caso si trovava in una condizione di fiducia nei miei confronti, avrebbe con buona probabilità accettato l'intervento continuando le proprie associazioni dall'interpretazione suggerita. In sintesi: lo avrei portato fuori strada. Questa è una condotta che, alla luce di quanto fin qui detto, risulta impropria perché costituisce un attentato all'obiettività del procedimento analitico. Certo, anche l'analista metodologicamente più zelante può sbagliare, ma comportarsi sistematicamente nel senso della pratica relazionale non fa altro che inquinare il campo delle associazioni del paziente, su cui l'analista dovrà poi fare degli interventi. È chiaro che in questo modo ci sono alcune problematiche maggiori rispetto al solito; giacché non soltanto si cerca di fare inferenze obiettive su un fenomeno già di per sé complesso, ma affaticandosi intorno ad esso si rischia di alterarlo, accrescendo così le difficoltà di interpretazione.

5. Conclusioni

Si nota una forte incompatibilità tra la teoria dello psichico freudiana e, perlomeno, alcuni aspetti della teoria così detta relazionale. Anche i concetti dove sembrerebbe possibile una certa continuità, sono stati rielaborati nella prospettiva relazionale in un modo che non permette più un dialogo tra i due approcci.

Alla domanda iniziale, se cioè la teoria relazionale porti qualcosa di maggiormente esplicativo o più facilmente gestibile rispetto alla teoria freudiana, non si può che rispondere negativamente: la teoria relazionale non appare più essenziale né tantomeno più esplicativa di quella freudiana. Non soltanto gli autori relazionali, affrontando il problema dello psichico in termini eccessivamente relativistici, hanno fornito soluzioni teoriche inconsistenti, ma anche dal punto di vista pratico hanno prodotto delle regole tecniche che risultano più gravose e inefficaci delle precedenti.

Il concetto di maggiore importanza che è stato trascurato dai teorici relazionali riguarda la costituzione del soggetto, presupposto imprescindibile per la costruzione di una teoria che abbracci anche la relazione. Dal punto di vista pratico le novità introdotte dai relazionali rappresentano un potenziale influenzamento degli interventi dell'analista sulla base dei complessi dello stesso.

⁷² Safran, J. D. (2013), *Psicoanalisi e terapie psicodinamiche*, p. 181.

In conclusione si nota un altro evidente problema: il fatto che la teoria relazionale utilizza una discreta mole di termini nati in seno alla teoria freudiana, dando però a questi ultimi un significato profondamente diverso poiché inseriti in una teoria completamente differente.⁷³ Un errore epistemologico di una certa rilevanza che Thomas S. Kuhn, riferendosi alle rivoluzioni scientifiche, incornicia così:

Quando mutamenti referenziali di questo genere si accompagnano a un mutamento della legge o della teoria, lo sviluppo scientifico non può essere cumulativo. Non si può passare dal vecchio al nuovo soltanto per aggiunta a ciò che già si conosceva. Neppure si può descrivere il nuovo utilizzando il lessico del vecchio o viceversa.⁷⁴

Pertanto crea un certo imbarazzo continuare a chiamare psicanalisi qualcosa che non ha praticamente più nulla a che vedere con il metodo d'indagine freudiano.

Sintesi

L'articolo si propone di mostrare l'incompatibilità di fondo tra la teoria psicanalitica relazionale e quella freudiana. Dall'accostamento di alcune idee centrali delle teorie dell'uno e dell'altro approccio, la teoria freudiana mostra di avere una considerazione del fenomeno mentale più complessa, ma maggiormente esplicativa. Nella teoria freudiana ad esempio il concetto di relazione non può essere considerato come originario nella formazione del soggetto, bensì subordinato alla costituzione della sua identità e all'autopercezione che il soggetto ne ha; per Freud a quest'ultima concorrono in modo determinante le pulsioni interne e in particolare quelle di autoconservazione, che invece non giocano alcun ruolo nella teoria relazionale. Viene inoltre messa in rilievo la differenza esistente tra i due approcci anche dal punto di vista pratico; ad esempio, a differenza della teoria freudiana, nella teoria relazionale il controtransfert, anziché essere concepito come un ostacolo nel processo analitico, viene ad avere la funzione di strumento conoscitivo circa l'inconscio del paziente. Di questa modificazione dell'uso del controtransfert viene dimostrata l'arbitrarietà. Dal confronto critico risulta razionalmente ingiustificato l'abbandono della dottrina freudiana a favore di un tipo di modernizzazione della tecnica psicanalitica come quello relazionale.

Parole chiave: *transfert, controtransfert, soggetto e relazione, costituzione*

⁷³ Oltre a ciò, noto anche una tendenza opposta, da parte della psicanalisi relazionale come anche da parte della stragrande maggioranza degli approcci psicanalitici nati dalla seconda metà del '900 in poi. Si tratta della propensione a cambiare solo l'aspetto esteriore delle cose; la *gattopardesca* esigenza di chiamare con un nome nuovo cose che un nome ce lo avevano già. Ad esempio: il concetto di distorsione paratattica e quello di transfert.

⁷⁴ Kuhn, Th. S. (2008), *Le rivoluzioni scientifiche*, p. 24.

dell'Io, psicanalisi relazionale, identità, psicanalisi freudiana, pulsioni di auto-conservazione, tecnica della psicanalisi, teoria della psicanalisi.

Bibliografia

- Albano, L. (2014). *Il divano di Freud*. Il Saggiatore.
- Aron, L. (2004). *Menti che si incontrano* (G. Nebbiosi, S. Federici, Trad.). Raffaello Cortina Editore. (Originariamente pubblicato nel 1996)
- Baldini, F. (2020). Nuove considerazioni sul metodo psicanalitico freudiano e in generale sull'architettura empirico-razionale della metapsicologia. *Metapsychologica – Rivista di psicanalisi freudiana*, 2020/1, 5–38.
- Baldini, F., & Zangari, C. (2019). Il ritorno di Freud nella clinica: Il caso del controtransfert. *Metapsychologica – Rivista di psicanalisi freudiana*, 2019/1, 185–205.
- Dalto, S. (2019). Precisazioni sul processo di costituzione dell'Io nella metapsicologia freudiana. *Metapsychologica – Rivista di psicanalisi freudiana*, 2019/1, 35–50.
- Enderle, M. (1996). Prospettive relazionali in psicoanalisi ed implicazioni cliniche. *Ricerca Psicoanalitica*, Anno VII, n. 1-2, pp. 89–116.
- Fosshage, J. L. (2004). I rapporti tra la psicologia del sé e la psicoanalisi relazionale. *Ricerca Psicoanalitica*, 2, 135–176.
- Freud, S. (1895). *Progetto di una psicologia*, OSF II.
- Freud, S. (1910). *Le prospettive future della terapia psicoanalitica*, OSF VI.
- Freud, S. (1912a). *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, OSF VI.
- Freud, S. (1912b). *Sulla più comune degradazione della vita amorosa*, OSF VI.
- Freud, S. (1913). *Inizio del trattamento*, OSF VII.
- Freud, S. (1914a). *Osservazioni sull'amore di traslazione*, OSF VII.
- Freud, S. (1914b). *Introduzione al narcisismo*, OSF VII.
- Freud, S. (1915-17). *Introduzione alla psicoanalisi*, OSF VIII.
- Freud, S. (1915). *Pulsioni e loro destini*, OSF VIII.
- Freud, S. (1920). *Al di là del principio di piacere*, OSF IX.
- Freud, S. (1937). *Costruzioni nell'analisi*, OSF XI.
- Freud, S. (1938). *Compendio di psicoanalisi*, OSF XI.
- Freud, S., (1963). *Le origini della psicoanalisi: Lettere a Wilhelm Fliess 1887-1902* (G. Soavi, Trad.). Bollati Boringhieri. (Originariamente pubblicato nel 1950)
- Freud, S., & Binswanger, L. (2016). *Lettere 1908–1938* (A. Molaro, Trad.). Raffaello Cortina Editore.
- Freud, S., & Jung, C. G. (1974). *Lettere tra Freud e Jung 1906-1913* (S. Daniele, M. Montinari, Trad.). Bollati Boringhieri. (Originariamente pubblicato nel 1974)
- Freud, S., & Zweig, A. (2000). *Lettere sullo sfondo di una tragedia 1927-1939* (M.

- Meghnagi, Trad.). Marsilio Editore. (Originariamente pubblicato nel 1968)
- Gabbard G. O. (1995). Countertransference: The emerging common ground. *The International journal of psycho-analysis*, 76 (Pt 3), 475–485.
- Gallese, V., Migone, P., & Eagle, M. N. (2006). La simulazione incarnata: I neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 40(3), 543–580.
- Hickok, G. (2015). *Il mito dei neuroni specchio: Comunicazione e facoltà cognitive: La nuova frontiera*. (S. Frediani, Trad.). Bollati Boringhieri. (Originariamente pubblicato nel 2014)
- Jones, E. (2014). *Vita e opere di Sigmund Freud* (A. Novelletto, Trad.). Il Saggiatore. (Originariamente pubblicato nel 1961)
- Kuhn, T. S. (2008). *Le rivoluzioni scientifiche* (B. Lotti, Trad.). Il Mulino. (Originariamente pubblicato nel 1987)
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2010). *Enciclopedia della psicoanalisi*. (L. Meccacci & C. Puca, Trad., 9. ed.). Laterza. (Originariamente pubblicato nel 1967)
- Mangini, E. (Cur.). (2019). *Lezioni sul pensiero post-freudiano*. LED Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto.
- Mitchell, S. A. (2002). *Il modello relazionale* (F. Gazzillo, Trad.). Raffaello Cortina Editore. (Originariamente pubblicato nel 2000)
- MIUR. (n.d.). *Istituti abilitati per titoli equipollenti: Psicoterapia*. Ministero dell'Istruzione, Ministero dell'Università e della Ricerca. <https://www.miur.gov.it/psicoterapia>
- Pohlen, M. (2009). *In analisi con Freud: I verbali delle sedute di Ernst Blum del 1922* (A. Cinato, Trad.). Bollati Boringhieri. (Originariamente pubblicato nel 2006)
- Racker, H. (1970). *Studi sulla tecnica psicoanalitica: Transfert e controtransfert* (G. Di Chiara, Trad.). Armando Editore. (Originariamente pubblicato nel 1968)
- Rank, O. (1994). *La figura del Don Giovanni* (F. Marchioro, Trad.). SugarCo Edizioni. (Originariamente pubblicato nel 1922)
- Safran, J. D. (2013). *Psicoanalisi e terapie psicodinamiche* (A. Talia, Trad.). Raffaello Cortina Editore. (Originariamente pubblicato nel 2012)
- Salvador, L. (2019). Tecnica e metodo nella psicanalisi freudiana alla luce del Modulo Epidemico Standard. *Metapsychologica – Rivista di psicanalisi freudiana*, 2019/1, 145–164.
- Stern, D. N. (1987). *Il mondo interpersonale del bambino* (A. Biocca, L. Biocca Margheri, Trad.). Bollati Boringhieri. (Originariamente pubblicato nel 1985)
- Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1995). *I contesti dell'essere: Le basi intersoggettive della vita psichica* (E. Grisieri, Trad.). Bollati Boringhieri. (Originariamente pubblicato nel 1993)
- Sullivan, H. S. (1962). *Teoria interpersonale della psichiatria* (D. Mezzacapa, Trad.). Feltrinelli. (Originariamente pubblicato nel 1953)

- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child psychiatry*, 17(1), 1–13.
- Zubeck, J. P. (1969), *Sensory deprivation: Fifteen years of research*. Ed. Appleton-Century-Crofts.