

I TERRITORI SELVAGGI E PROIBITI DELLA SOGGETTIVITÀ DELL'ANALISTA: CONTROTRANSFERT, EMPATIA, SELF-DISCLOSURE, ENACTMENT

Stefano Fissi

La via è come la si percorre.
Il Talmud

Il paradosso dello schermo opaco e della soggettività dell'analista

Nello stesso scritto in cui paga apertamente un debito a Jung, riconoscendogli il merito di aver posto l'accento sulla necessità dell'analisi didattica per emendare i residui nevrotici che come una "macchia cieca" affievolirebbero la percezione dell'analista, Freud conia a proposito di quest'ultimo un'altra celebre metafora, quella dell'essere opaco come una lastra di specchio, che rimanda al paziente soltanto ciò che gli viene mostrato¹. L'idea di Freud è che il processo analitico è localizzato primariamente nel paziente ed è soltanto facilitato dall'analista: perciò, il più importante contributo di quest'ultimo consiste nell'essere invisibile, o almeno nel non rivelarsi, onde non ostacolare né interferire il meno possibile con lo sviluppo che avviene nel paziente in modo autonomo. Se il terapeuta rimane sconosciuto e inaccessibile il processo transferale può svilupparsi ed essere motivato solo dalle resistenze del paziente, poiché la percezione dell'analista da parte di quest'ultimo è determinata solo dalle sue proiezioni, e prescinde dall'impatto immediato esercitato dalla sua presenza reale.

L'idea che la personalità reale del terapeuta impronta di sé inequivocabilmente lo scambio clinico disseminando una serie di indizi che stimolano le inferenze transferali del paziente, è una recente acquisizione della psicoanalisi, che ne ha radicalmente modificato il campo d'indagine, passando dalla psiche del paziente (psicologia monopersonale) a una mente duplice, il paziente, l'analista e la relazione tra i due (psicologia bipersonale). Per Jung, una volta di più paradossale, è mo-

nopersonale il processo d'individuazione come qualcosa di strettamente endopsichico, quasi biologico², ed è invece bipersonale la psicoterapia come procedimento dialettico e reciproco influenzamento.

Nel freudismo la questione dello "schermo opaco" (blank screen) si è intrecciata ad un'altra questione basilare: la dicotomia tra paradigma "pulsionale" e paradigma "relazionale". Mentre nel modello strutturale delle pulsioni l'aspetto energetico viene in primo piano, e il luogo d'origine del senso è comunque la dialettica pulsionale, con il sopravvenire della teoria delle relazioni oggettuali non sono più le forze biologiche endogene a costruire le relazioni, bensì sono le relazioni ad esercitare un effetto strutturante sul mondo interno delle persone. Come dice Gill³, queste due fratture – tra paradigma relazionale e paradigma della scarica pulsionale, e tra coloro che pensano che l'analista partecipi inevitabilmente e in misura notevole alla situazione analitica e coloro che non lo credono – solo in apparenza corrono parallele l'uno all'altra: la misura della partecipazione dell'analista è relativamente indipendente dal paradigma di appartenenza, e viene a configurarsi, secondo le parole di Hoffman che con Gill ha lavorato, come un luogo d'incontro trasversale di analisti di scuole diverse, «una specie di scuola di pensiero informale che attraversa le linee standard delle scuole freudiana, kleiniana e sulliviana»⁴.

La psicoanalisi americana a partire dagli anni '70 ha elaborato apertamente l'incontro con la psicologia interpersonale di Sullivan, ed ha risentito dell'importanza che il paradigma interpersonale attribuisce alla partecipazione dell'analista alla situazione analitica. C'è ora da chiedersi dove ci conduca questa deriva del pensiero psicoanalitico. Certamente a una maggiore apertura nella conduzione del *setting* e nella valorizzazione della personalità dell'analista, ma anche all'abbandono di una posizione sovraordinata dell'analista, nella quale egli sia in possesso di un sapere e di un'autorità indiscussi. Col risultato che ciò che una volta veniva bollato come "analisi selvaggia" oggi viene discusso come possibile avanzamento della tecnica analitica.

Cercheremo, per quanto possibile, di ricostruire un percorso cronologico nello sviluppo del tema del soggettività dell'analista, non pretendendo di essere esaustivi, anche perché vi sono già o delle eccellenti raccolte di saggi⁵, alle quali rimandiamo per integrare una trattazione per necessità incompleta.

La prima fase della teorizzazione psicoanalitica: il controtransfert da impedimento a via d'accesso privilegiata all'inconscio del paziente

La costruzione teorica dello schermo opaco, e del controtransfert come mero impedimento alla comprensione del paziente, era il residuo di un ideale positivistico di obiettività, dove l'oggetto di indagine, la mente del paziente, era del tutto separato dalla mente dell'analista. L'idea di una psicologia bipersonale guadagna spazio con la teoria delle relazioni oggettuali, come nel celebre articolo in cui la Heimann sostiene che, lungi dal costituire un fattore di disturbo, «la risposta emotiva dell'analista nei confronti del paziente nella situazione analitica rappresenta uno dei più importanti strumenti del suo lavoro. Il controtransfert è uno strumento di ricerca nell'inconscio del paziente»⁶. Ella ne amplia il concetto non solo alla risposta al transfert, ma a tutte le emozioni che l'analista sperimenta verso il paziente, e che egli è in grado di sostenere e tollerare, anziché espellere, in modo da subordinarle al lavoro analitico; in cui, però, viene ribadito, funziona come uno specchio che riflette il paziente.

La Klein disapprova l'articolo, preoccupata che l'allargamento della concezione del controtransfert fornisca all'analista un alibi per accusare il paziente delle sue difficoltà controtransferali. Però nello stesso periodo compare una serie di articoli, contenuti nella già citata rassegna di Albarella e Donadio, che ne ampliano i confini epistemologici. Per la Little, il controtransfert è una formazione di compromesso che nasce dalla relazione, e quindi va comunicato al paziente e come tale va interpretato al paziente⁷. Il fenomeno del controtransfert ingloba, secondo la Tower, le predisposizioni e gli atteggiamenti caratteriali abituali dell'analista, legati alle identificazioni e ai conflitti alla sua infanzia, però le deviazioni che produce nel comportamento hanno a che fare con la relazione col paziente, e ne facilitano la comprensione⁸. Money-Kyrle sottolinea come l'utilizzo del controtransfert richieda la distinzione tra controtransfert normale e patologico: mentre il primo fa progredire il processo analitico in un circolo virtuoso di proiezioni e introiezioni tra paziente e analista, il secondo blocca la funzione di comprensione di quest'ultimo, a seguito di una reazione difensiva inconsapevole evocata in lui dal paziente⁹. È significativa l'evoluzione nel tempo di alcuni autori: la Reich in un articolo del '51 vede il controtransfert come l'effetto sulla comprensione e

sulla tecnica dell'analista dei suoi conflitti non risolti, o al più di un suo generale problema caratteriale; in un articolo del '60 ammette che esso è espressione del suo intenso coinvolgimento emozionale, il quale va comunque compreso e non agito¹⁰. Finché si arriva alla definizione articolata del controtransfert di Kernberg, di cui il primo livello descrittivo è il controtransfert in senso classico o ristretto, che è la reazione inconscia dell'analista al paziente (o, ancora più stretto, al transfert del paziente); il secondo è il controtransfert allargato o globale, che comprende l'insieme delle reazioni conscie e inconscie dell'analista, ivi incluse quelle relative ai suoi bisogni reali e nevrotici, attivati dalla relazione col paziente¹¹.

Un ulteriore approfondimento è dato dagli autori postkleiniani, in particolare con il concetto di "identificazione proiettiva" e con quello di "reverie" elaborato da Bion. Attraverso il fenomeno dell'"identificazione proiettiva", un contenuto mentale può essere scisso e proiettato nell'oggetto, e questo serve sia a liberarsi della parte di personalità proiettata, che a controllare l'oggetto in cui è stato proiettata. È chiaro che il circuito interattivo transfert-controtransfert diviene il luogo privilegiato di espressione della dinamica dell'"identificazione proiettiva", e gli studi sistematici di Racker evidenziano come esso sia il punto cruciale del processo terapeutico.

All'interno dei fenomeni di controtransfert normale determinati dall'identificazione proiettiva, Racker descrive il controtransfert "concordante" od "omologo", in cui l'analista si immedesima con parti corrispondenti dell'apparato psichico del paziente (l'Io, l'Es, il Super-io), e il controtransfert "complementare", in cui invece l'analista si identifica con gli oggetti interni del paziente¹². Il primo è normalmente fonte d'"empatia" da parte dell'analista per il paziente, ma presenta il rischio che il primo, identificandosi troppo, condivida, per procura, gli *acting-out* del secondo. Il secondo indica il fatto che l'analista è identificato in un'immagine interiore che il paziente non può tollerare, e deve perciò scindere e proiettare. Le reazioni di controtransfert "complementare" sono evocate dall'uso difensivo dell'"identificazione proiettiva" da parte del paziente: l'analista si sente in "empatia" con un oggetto interno scisso e proiettato, e mentre acquisisce informazioni riguardo alla relazione oggettuale totale attivata nel transfert, gli viene richiesto di tollerare un'esperienza

emotiva spiacevole che il paziente da solo non riesce ad affrontare. Il problema diventa allora quello di discriminare tra ciò che sorge nell'esperienza dell'analista in risposta al paziente, e ciò che è dovuto invece al riaffiorare dei suoi conflitti irrisolti. In tal senso, Grinberg distingue la "controidentificazione proiettiva" dal controtransfert "complementare" di Racker. La prima è una reazione emotiva che insorge nell'analista indipendentemente dai suoi conflitti interni, in risposta all'"identificazione proiettiva" del paziente, essendone anche corrispettiva come intensità e qualità. L'origine del processo è nel paziente, e non nell'analista, nel senso che è lui che, attraverso una modalità arcaica, inconscia e regressiva, provoca attivamente una risposta emotiva nell'analista, che questi riceve e avverte in maniera passiva. Nel controtransfert "complementare", invece, la reazione insorge primitivamente nell'analista, seppur in risposta ad un evento trasferale, ed egli non ha il ruolo di mero contenitore passivo delle emozioni o degli oggetti interni del paziente, ma reagisce attivamente in corrispondenza dei suoi conflitti personali non risolti¹³. Se l'analista non si rende conto della parte che agisce nella ripetizione dei circoli viziosi relazionali del paziente, ne è bloccato e non può scioglierli tramite l'interpretazione.

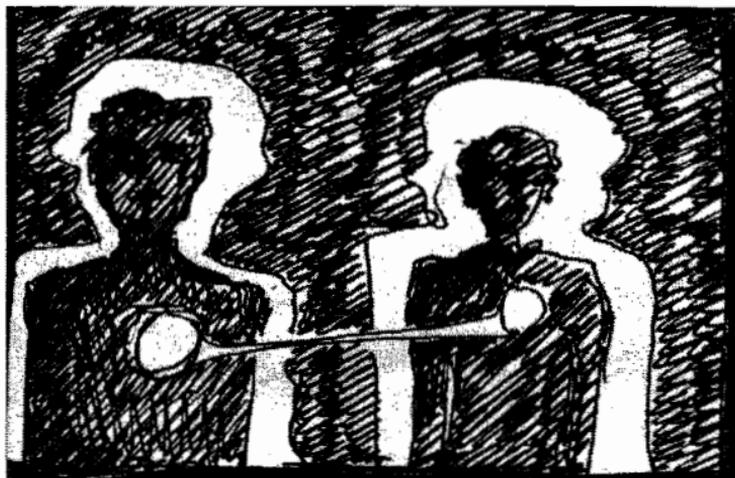
Il controtransfert nella psicologia analitica

Abbandoniamo per ora il controtransfert nella psicoanalisi, per venire all'elaborazione junghiana. Jung usa il termine in un'accezione alquanto diversa rispetto a quella freudiana, e più simile a quella dei postkleiniani, in particolare ai concetti correlati all'"identificazione proiettiva", che con l'espressione di *participation mystique* è ben presente al pensiero junghiano. Jung sottolinea gli aspetti di un'"infezione psichica" prodotta inevitabilmente dal trattamento psicologico, e come tale necessaria per la cura stessa. Già in un articolo del 1929 Jung usa la metafora della "mescolanza di due sostanze chimiche" per indicare la trasformazione reciproca inerente alla relazione terapeutica, dove "influenzare significa essere influenzati"¹⁴. Nella *Psicologia del transfert* precisa meglio che il legame terapeutico è un *mixtum compositum* tra la sanità mentale del terapeuta e la patologia del paziente, dalla quale il primo non deve assolutamente prendere le distanze. Al contrario, egli deve addossarsi il male del paziente, con-

dividerlo con lui, anche se ciò significa sentirsene emotivamente minacciato e accollarsi una vera e propria "infezione psichica"¹⁵ In un articolo ancora successivo, Jung dà importanza, più che alla salute mentale del terapeuta, al suo coinvolgimento: asserisce anche che un analista può portare il paziente solo fino al punto in cui è arrivato egli stesso, e completa la metafora medica con l'idea che il terapeuta può guarire solo partecipando alla malattia del paziente con la propria malattia, come nel motivo mitologico del "guaritore ferito"¹⁶.

Procedendo per sommi capi, citeremo i contributi di Fordham, Dieckmann, Schwartz-Salant e Samuels. Il primo, fortemente influenzato dal concetto di "identificazione proiettiva", introduce la distinzione tra controtransfert "illusorio" e controtransfert "sintonico", che solo in parte è sovrapponibile a quella di Racker tra controtransfert "complementare" e controtransfert "concordante". Nel controtransfert "illusorio", le illusioni sono determinate dalle proiezioni che scaturiscono dall'inconscio rimosso, cioè dall'Anima, e indirettamente anche dalla congiunzione Animus-Anima. L'illusione «può addirittura trasformarsi in una vera e propria tecnica di manipolazione tendente a negare ciò che è realmente il paziente, a cambiarlo e a farlo rientrare in uno schema di riferimento del tutto estraneo ai suoi bisogni reali»¹⁷. Il controtransfert sintonico si riferisce al fatto che l'analista, in virtù di uno stato di *participation mystique* col paziente, può introiettare la proiezione e comportarsi come un apparecchio ricevente nei confronti dell'inconscio del paziente. Egli percepisce al suo interno sentimenti alieni o ruoli sentiti introspeettivamente come non suoi comprendendoli come effetto su di lui dell'impatto diretto della psiche del paziente. Dalla comprensione differenziata di queste proiezioni possono delinearsi interpretazioni che rendono questi sentimenti e questi ruoli accessibili alla coscienza del paziente¹⁸.

Dieckmann amplia questa suddivisione a quattro tipi di controtransfert: "proiettivo", "obiettivo", "antitetico" e "archetipico". Il primo riprende il concetto di "controtransfert illusorio", valorizzandolo, però, fino al punto di farne non solo un pericolo, ma anche uno strumento per la comprensione dell'analizzando. Il secondo riguarda gli aspetti di realtà del paziente, ovvero quei contenuti psichici che si trovano a un passo dalla consapevolezza; dalla parte del transfert vi



corrisponde la percezione da parte del paziente delle componenti oggettive della personalità dell'analista. Il terzo ricorda molto il "controtransfert complementare" di Racker, e ha a che fare con il "gioco di ruolo" che l'analista inconsapevolmente assume nello scenario intrapsichico del paziente, e che questi traspone nella situazione analitica. Infine, il quarto si riferisce alla "costellazione" in analisi di un motivo archetipico e, come nel "controtransfert antitetico", richiede una partecipazione duale, cioè l'assunzione di ruoli complementari da parte del paziente e dell'analista¹⁹.

L'importanza della partecipazione congiunta di paziente e analista al circolo transfert-controtransfert è sottolineata da altri due autori di scuola inglese, con diversi richiami al mondo del mito, dell'esoterismo, della religione. Schwartz-Salant riprende il concetto esoterico di "corpo sottile" per descrivere uno spazio condiviso, un campo d'energia quasi concreto che si crea tra paziente e analista, come un'aura che partecipa delle qualità psichiche di entrambi²⁰. È una produzione analoga all'"immaginazione attiva", che però è opera di due persone, una realtà intermedia, per la quale egli riprende dall'islamista Corbin l'espressione di *mundus imaginalis*. (*alam-al-mithal*). Qui, sono sospesi i parametri ordinari di spazio, tempo e causalità, e vige una dimensione archetipica, sincronica, religiosa²¹.

Samuels avverte l'inadeguatezza del concetto di "controtransfert sintonico", poiché con esso l'analista può essere fuorviato da una percezione illusoria del contatto col paziente, per cui propende verso un'altra distinzione dell'esperienza controtransferale: parla di un controtransfert "riflessivo" quando l'analista riflette un'emozione, una fantasia, un comportamento del paziente, anche senza che nessuno dei due ne sia consapevole; e di un controtransfert "personificato" quando il contenuto mentale o somatico o comportamentale che l'analista mutua dal paziente, non appartiene al paziente stesso, bensì all'influenza che un'altra persona, reale o fantasmatica, esercita su di lui²². Questo secondo tipo di controtransfert rimanda da un lato al fenomeno dell'"identificazione proiettiva" e dall'altro alla tendenza della psiche a "personificare", a dare un'espressione concreta, fisica, materiale e sensuale agli accadimenti interiori. I fenomeni transferali e controtransferali hanno per Samuels un'espressione emozionale, fantasmatica, corporea e comportamentale: essi pongono in essere un particolare ambito esperienziale che non è più del paziente o dell'analista, in quanto delinea lo spazio intermedio e condiviso cui entrambi hanno accesso, e che entrambi contribuiscono a costituire: appunto, il *mundus imaginis*.

La seconda fase della teorizzazione freudiana: l'apparizione della dimensione dell'intersoggettività

A partire dagli anni '70 due eventi segnano profondamente la psicoanalisi americana: l'affermarsi della psicologia del Sé di Kohut e una crescente integrazione con la psicologia interpersonale di Sullivan. Quest'ultima, inizialmente ritenuta superficiale perché ignora l'intrapichico, e per gli aspetti comportamentistici e positivisticici di Sullivan, ha cominciato a rendersi più accettabile alla psicoanalisi ortodossa ad opera di autori come Wolstein, Levenson, Hoffman, Grenberg, Mitchell e Hirsch, che hanno anzi valorizzato l'utilità del punto di vista interpersonale per l'analisi dell'interazione transfert-controtransfert. Entrambe le teorie, la psicologia del Sé e la psicologia interpersonale, criticano la visione positivista di un'analista osservatore distaccato e oggettivo del paziente, e conseguentemente l'idea dello "schermo opaco", però giungono a una soluzione che segue direzioni opposte. Per Kohut, il rimedio all'ideale positivisticico della vi-

sione è l'accesso alla mente del paziente tramite l'"empatia": questa viene definita come «introspezione vicariante», ovvero come «il tentativo di sperimentare, da parte di una persona, la vita interiore di un'altra, pur conservando allo stesso tempo la posizione di operatore imparziale»²³; come tale, essa delinea il campo della psicoanalisi, in quanto «psicologia degli stati psichici complessi». Questa visione rimane all'interno del paradigma di una psicologia monopersonale. L'altra soluzione, quella della scuola interpersonale, parte dall'assunto che lo psicoanalista può conoscere solo la propria esperienza ma ha esperienza della relazione. Questo è il punto di vista della psicologia bipersonale, che è un punto di vista costruttivistico e intersoggettivo: l'attribuire importanza all'azione non significa però negare il punto di vista intrapsichico. Anzi. Le azioni, come dice Hirsch, sono più espressive dei veri sentimenti che non le parole soltanto. La cura allora non è più una cura della parola, ma è una esperienza del "vivere fuori" (*living out experience*) con l'analista i propri vecchi, disfunzionali temi transferenziali²⁴. L'analista è il partner inizialmente inconsapevole della reciproca messa in atto di questi temi transferenziali nucleari del paziente. Egli deve portarli alla consapevolezza della coppia terapeutica, ma ciò avviene tramite l'interazione e dopo la stessa interazione. Il fattore trasformativo diviene l'esperienza di una nuova relazione che conduce a differenti configurazioni internalizzate; però, perché le vecchie configurazioni disfunzionali possano essere abbandonate, esse devono venir sperimentate in analisi.

Contemporaneamente un ripensamento sul ruolo distaccato dell'analista, modellato su quello dello scienziato, avviene anche nella psicoanalisi ortodossa, dominata negli Stati Uniti dalla psicologia dell'Io, e questo prepara la strada per la successiva convergenza con la psicologia interpersonale. L'idea che l'analista debba essere come uno "schermo opaco" è utilizzata dalla psicoanalisi ortodossa in ossequio al principio di distoglierne l'attenzione dagli elementi di realtà – in primo luogo, la realtà dell'analista – per indirizzarla sui suoi processi interni. Tuttavia Gill introduce l'ipotesi che il paziente non si limita a proiettare sull'analista le proprie *imagines* infantili, ma conduce uno sforzo attivo teso a provare ciò che l'analista è nella realtà. Questo intreccio tra dimensione di realtà – che il paziente deve costantemente decodificare – e proiezione transferale è l'essenza del

processo terapeutico. Il paziente si sforza fin dall'inizio di rispondere in maniera adeguata all'analista, e il conseguimento di un rapporto realistico con quest'ultimo non è solo un beneficio di fine analisi, bensì il punto di partenza per le elaborazioni del paziente. Per Gill, «il superamento della resistenza alla risoluzione del transfert comporta che il paziente deve giungere a vedere che alcuni atteggiamenti, in realtà, sono forme del transfert, o almeno a riconoscere la parte che, nei suoi atteggiamenti, assume ciò che egli stesso porta nella situazione»²⁵. Più che distorsione, è che la realtà si presta a un conflitto di interpretazioni tra paziente e analista, il quale, per permettere al paziente di comprendere l'intreccio tra proiezione transferale ed elementi di realtà deve essere conscio del suo ruolo nel provocare, in una certa misura, le reazioni del paziente.

Sandler, appartenente alla psicoanalisi inglese, va ancora oltre. Per lui l'analista deve mantenere nel rapporto col paziente, assieme a una attenzione liberamente fluttuante, una "responsività comportamentale liberamente fluttuante", che gli consenta di reagire adeguatamente alla relazione di ruolo intrapsichica che il paziente cerca di imporgli e che consiste nell'attualizzazione di figure significative del suo passato nella situazione analitica. A questo modo, la risposta irrazionale dell'analista, una formazione di compromesso fra le sue personali tendenze e l'accettazione del ruolo che il paziente gli sta imponendo, non viene più considerata una macchia cieca nella sua comprensione, ma viene integrata nel suo modo di rispondere e di riferirsi al paziente, in quella che egli chiama "responsività di ruolo" (*role responsiveness*)²⁶.

Per Hoffman attraverso il circolo interattivo di transfert e controtransfert il paziente crea nella stanza dell'analisi una particolare atmosfera, che diviene qualcosa di palpabile anche per l'analista, e che è la riproduzione dei circoli viziosi relazionali che lo hanno ingabbiato nella vita reale. L'analista ha il compito di comprenderli e interpretarli attraverso il controtransfert, per interromperne la perpetuazione, dentro e fuori la stanza della terapia. Nel corso dell'analisi può dipanarsi qualcosa che reca il marchio delle disposizioni di transfert del paziente, di modo che l'intrapsichico si attualizza nella scena analitica. Attraverso questa lente deformante il paziente è interprete dell'esperienza dell'analista, riconducendo le inevitabili ambiguità e

indecifrabilità della condotta di quest'ultimo alla propria – disfunzionale – interpretazione della realtà. Il cambiamento è legato, oltre che all'insight, alla possibilità di far succedere qualcosa di nuovo nella situazione analitica, che promuoverà nel paziente la capacità di sviluppare nuove relazioni interpersonali²⁷.

L'enactment

Il passo successivo è l'*enactment* (messa in atto). Se analista e paziente costruiscono attraverso il circuito d'interazioni reciproche transfert-controtransfert una matrice comune che reca in sé ugualmente l'impronta delle modalità relazionali disfunzionali del paziente e delle peculiarità caratteriali dell'analista, quanto accade all'interno di detta matrice è riflesso, specchio, opportunità per evidenziare il focus del lavoro terapeutico, ovvero il nucleo relazionale conflittuale del paziente, anche se ad aver agito è lo psicoanalista. Uno psicoanalista, però, impregnato dell'atmosfera relazionale caratteristica della diade, e che è co-costruita insieme al paziente. L'insight allora avviene *dopo* che qualcuno, nella coppia terapeutica, ha agito il modello relazionale disfunzionale.

Il concetto di *enactment* è qualcosa di più sia del controtransfert, che dell'*acting out*. È stato introdotto da Jacobs nel 1986, come *countertransference enactment*, a significare l'uso inconscio da parte dell'analista di manovre tecniche standard per esprimere vissuti controtransferenziali²⁸. Successivamente, esso è stato definito, nel corso di un panel dell'American Psychoanalytic Association del 1992, come "messa in atto del transfert", ovvero tendenza del paziente, in gran parte agita in modo non verbale ed inconscio per entrambi i membri dell'interazione, a persuadere e a condurre l'analista a una partecipazione comportamentale complementare a quella del paziente stesso: L'*enactment* si riferisce a una situazione interazionale le cui radici sono inconscie in entrambi. Per Freud, l'agire nel transfert (*agieren, acting out*) è un qualcosa che si oppone al ricordare, e pertanto è espressione di una resistenza²⁹. Però esso non è solo una resistenza, in quanto è anche un modo di ricordare. Ebbene, il concetto di *enactment* non fa altro che trasporre il principio di Freud dal paziente all'analista. L'analista viene considerato in qualche modo depositario degli aspetti patologici del paziente, che trovano espressio-

ne nella situazione analitica anche attraverso il suo comportamento. Il punto fondamentale diviene però che l'agito dell'analista, pur essendo inconsapevole e pur essendo una trasgressione dell'assetto analitico, se opportunamente utilizzato diventa una fonte di conoscenza per la coppia analitica.

Per Boesky, analista ortodosso, il campo del processo psicoanalitico resta l'intrapsichico del paziente, tuttavia l'analista deve essere emozionalmente coinvolto e dunque partecipe. Espressione della sua involontaria partecipazione emozionale è la "resistenza iatrogena benigna", ovvero la configurazione che assume la resistenza in quanto è dipendente dalle caratteristiche della personalità dell'analista. La resistenza è il frutto di una implicita negoziazione tra analista e paziente, come, specularmente, la controresistenza e il controtransfert. Il controtransfert è il legame tra il qui-e-ora dell'atteggiamento dell'analista verso il paziente e la sua personalità profonda coi residui dei suoi conflitti infantili: gli errori controtransferali, al pari dei sintomi e della resistenze di transfert, possono essere visti come formazioni di compromesso che l'analista utilizza creativamente ma inconsapevolmente all'interno della relazione, e che possono essere successivamente finalizzati al lavoro di conoscenza dell'analisi³⁰.

Similmente la Chused, analista ortodossa, considera l'*enactment* pur sempre una deviazione del comportamento dal suo scopo consapevole ad opera di motivazioni inconsce³¹. Come il controtransfert, l'*enactment* si verifica in seguito all'attivazione di un conflitto inconscio dell'analista e alla sua conseguente espressione comportamentale. Quando se ne rende conto, l'analista può usare il fenomeno per cogliere informazioni supplementari da usare per comprendere meglio il paziente: ma questo è pur sempre un "far di necessità virtù", perché, per la Chused, se l'analista si prendesse tempo per pensarci su, allora non vi sarebbe *enactment*. La comprensione del paziente non deve passare attraverso l'agire le configurazioni relazionali; però, quando questo avviene, realizza aspettative transferali, rappresenta per il paziente un'esperienza fortemente evocativa e può essere utile al processo analitico.

Posizione molto più oltranzista è quella di Renik³²: la inconsapevolezza del controtransfert è sempre successiva all'*enactment*, nel senso che la coscienza dell'emozione segue all'osservazione delle reazioni

motorie dell'analista. Il processo terapeutico, per Renik, è possibile solo attraverso la reale, spontanea partecipazione affettiva dell'analista, e diventa un gioco determinato dagli sforzi di entrambi i partecipanti di realizzare le proprie fantasie inconse. Per questo è necessario che l'analista faccia un "cattivo" lavoro prima che possa farne uno "buono": solo la comprensione delle proprie configurazioni inconse, grazie all'aiuto delle osservazioni del paziente, realizza una esperienza reciprocamente correttiva.

Hirsch³³, di scuola interpersonale, riprende Renik: lo psicoanalista è coinvolto nella matrice relazionale transfert-controtransfert non solo con il suo bagaglio conoscitivo e il suo assetto emozionale, ma anche con il corpo, i suoi vissuti e i suoi agiti, e le messe in atto durante il processo terapeutico a volte sono espressione di una "dimensione tacita", di una conoscenza silenziosa, su di sé e sull'altro, che anticipa quello che la coscienza sa. L'essenza dell'*enactment* è una rivelazione di sé dell'analista, non intenzionale, collegata a qualcosa di importante del paziente, la cui piena esplicazione controtransferale avviene per forza di cose *a posteriori*.

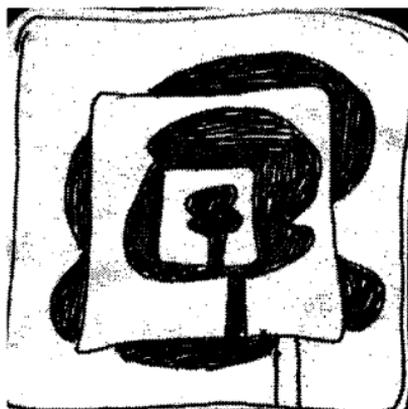
La self-disclosure

Il principio dell'anonimato dell'analista poggia sull'idea che sia possibile scomporre il transfert in due correnti, una, per così dire autotona, che procede in modo autonomo nel paziente, spinta dalla pressione delle esperienze infantili precoci, facendogli rivivere l'incontro con l'analista come una riedizione di tali esperienze; l'altra, più contingente, legata alle caratteristiche reali dell'analista, che gli fa vivere nel rapporto ciò che l'analista evoca in lui in quanto persona in carne ed ossa. L'idea dell'analisi tradizionale è che quanto più si oscura il secondo aspetto – l'analista reale – tanto più si potenzia il primo – la ripetizione delle esperienze infantili che hanno originato i *patterns* relazionali disfunzionali. In realtà secondo la Chused anche la percezione corretta dell'analista da parte del paziente – ovvero la percezione che è congrua con l'auto rappresentazione dell'analista, e che come tale costituisce il "transfert nascosto" – presenta dei rischi perché può albergare una resistenza che si ammantava della collusione di entrambi sull'idealizzazione dell'analista. Mentre le interpretazioni distorte fanno parte del transfert, e come tali sono riconosciute e ana-

lizzate, le percezioni corrette devono essere continuamente monitorate da parte dell'analista, per non lasciare un residuo irrisolto a fine analisi³⁴. L'utilizzo della tecnica della *self-disclosure* estende la comprensione ottenuta attraverso l'analisi del controtransfert fino alla comunicazione al paziente della propria esperienza interiore, al fine di favorire la presa di coscienza da parte di quest'ultimo delle sue modalità di relazione ripetitive disfunzionali. Infatti, il chiarimento da parte dell'analista della propria esperienza soggettiva, riducendo al massimo gli elementi di ambiguità della relazione, rende al paziente massimamente accessibili le proprie rigide stereotipie relazionali. Renik ribadisce che la *self-disclosure* è compiuta nell'interesse del paziente, anche se questo va a scapito dell'analista, poiché ne mette in discussione l'autorità e la competenza, privilegiando l'espressione e la comunicazione di tutto quello che può aiutare il paziente a capire da dove egli prende le mosse e dove pensa di andare assieme al paziente³⁵.

Secondo Jacobs, *self-disclosure* è un termine aspecifico ed inclusivo che comprende un'ampia varietà di comportamenti autorivelatori dell'analista. Quest'ultimo, per quanto si sforzi, rivela immancabilmente qualcosa di se stesso³⁶. Il suo errore involontario che può risultare in un avanzamento della tecnica analitica, però richiede molta attenzione, per il peso e l'effetto duraturo delle parole dell'analista. Levenson distingue allora tra *self-revelation*, che è un atto inconscio da parte dell'analista, e *self-disclosure*, che è invece l'atto consapevole e deliberato di condividere delle informazioni su di sé con il paziente³⁷. La *self-revelation* è inevitabile, e nasce dal trasparire della personalità dell'analista attraverso le faglie dell'oggettività del setting, si fa largo attraverso lapsus e altre disattenzioni, e viene successivamente utilizzata consapevolmente dall'analista. La *self-disclosure* può spaziare dalla risposta di una parola a una domanda alla comunicazione da parte dell'analista di associazioni, immagini, affetti o anche ricordi ed eventi personali in modo da analizzare con il paziente il vissuto che egli ha della soggettività dell'analista. Comunque secondo Levenson della *self-disclosure* va fatto un uso prudente e discreto. Cooper parla di *disclosure* dell'analista anziché di *self-disclosure*, ragionando secondo la prospettiva costruttivista: la soggettività dell'analista che viene messa in evidenza dallo svelamento è attinente

agli aspetti inconsci e preconscei determinati e co-costruiti intersoggettivamente nella relazione col paziente, e per questo la soggettività attinente al fenomeno può essere meglio compresa distinguendola dal Sé o dai molteplici Sé dell'analista³⁸. Per Jacobs l'autodisvelamento dell'analista sarebbe giustificabile dal punto di vista evolutivo, come emendamento del difetto creato nel paziente dalla scarsa funzione autoriflessiva di genitori non empaticamente responsivi³⁹. Gli autori che aderiscono alla prospettiva intersoggettiva, come Orange, Atwood e Storolow, affermano che il criterio fondamentale del loro modello di intervento è di preservare la sicurezza emotiva all'interno di una relazione che ha rimesso in moto il processo di sviluppo del paziente, potendo egli ora contare sulla strutturazione di percezioni del Sé stabili⁴⁰.



CASO CLINICO Un esempio clinico ci aiuterà a focalizzare il problema. Giulio è un simpatico e piacevole giovanotto di 23 anni, che viene in terapia per una fobia sociale che si manifesta con rossore, ipersudorazione, vertigini e claustrofobia in circostanze che vedremo poi essere significative. Il padre, piccolo industriale, l'ha mandato in terapia con l'aspettativa che egli giunga a rimotivarsi allo studio, dopo che per due anni non ha dato nessun esame. I genitori di Giulio si sono separati quando egli era bambino. Giulio ha un fratello più picco-

lo, che ancora frequenta la scuola secondaria. Il padre di Giulio, Cesare, è stato in analisi dall'analista che me lo ha inviato, e che descrive il suo paziente come un borderline, caotico, confuso, arraffone. In effetti la causa della separazione dei genitori sono stati i bisogni di evasione di Cesare, che, esaltato dai primi successi economici, non ha più tollerato le restrizioni – seppur scarse, vista la remissività della moglie – che il matrimonio gli imponeva. La madre di Giulio è rimasta coi due figli, esclusivamente dedita a loro, rinunciando a rifarsi una vita e certamente essendone ostacolata dalle continue irruzioni di Cesare in casa, grazie alle quali egli continuava a mantenere un certo controllo della situazione.

Giulio chiarisce subito che non se la sente di continuare a studiare, ed io rispetto la sua scelta, facendogli presente però che il padre si attende invece il contrario, e che prima o poi presenterà il conto, dato che è lui che paga l'analisi. Di sua iniziativa, comincia a lavorare nell'azienda paterna, prima in un ruolo umile, ma ben presto si fa apprezzare e si dimostra all'altezza di responsabilità crescenti. Il suo orario di lavoro diviene sempre più pesante, e la sua posizione in azienda a tratti si fa insostenibile: il padre ora lo apprezza e gli dà fiducia, ora riversa su di lui le sue intemperanze caratteriali, sfogandosi, offendendolo apertamente davanti agli altri dipendenti, squalificandolo e biasimandolo. Giulio, più che privilegiato, si sente svantaggiato dalla sua posizione di figlio del padrone, perché deve subire quello che altri dipendenti non subiscono, non vedendone i vantaggi nell'immediato.

Allo stesso tempo ricava dalla consuetudine quotidiana col padre altri motivi di disapprovazione e risentimento nei suoi confronti. Ad esempio, gli rimprovera la sua sregolatezza sentimentale e il suo scarso senso di responsabilità. A parole, ha ormai accettato la separazione dei genitori, ma non tollera che tradisca anche l'attuale convivente con un'altra donna; oppure è sconcertato dal fatto che a volte non si presenti al lavoro – secondo lui perché è perso dietro l'ennesima avventura sessuale – e che paralizzi l'azienda fino al suo arrivo perché, da accentratore qual è, senza di lui non si muove nulla. Specularmente il padre, che si ritrova accanto tutti i giorni un figlio finora solo esibito, è spiazzato dalla sua personalità non malleabile. Anche se Giulio tiene di fronte a quella che considera l'irrazionalità della gestione

paterna un profilo prudente e spesso minimalista. Cesare alterna la seduttività e la competizione nei rapporti col figlio; certe volte lo esalta e gli fa promesse (che non mantiene, come la macchina nuova), altre lo affossa, temendolo come un rivale. Il p. è sconcertato dalle continue docce fredde, ferito dagli eccessi che suscitano ostilità anziché ammirazione (le conquiste) – e paralizzato sul da farsi. Arriviamo all'idea che forse l'atteggiamento più coerente è quello di rifugiarsi nel ruolo professionale, comportandosi come un dipendente affidabile, ma non accampano diritti da figlio del proprietario. Allo stesso tempo, Giulio riesce a contrattare uno stipendio regolare, e con quello si paga l'analisi.

Ma le cose non sono così semplici. Il fatto che il figlio mostri una linea di rapporto e una strategia coerente che sfuggono alla sua presa onnipotente disorienta Cesare, abituato a gestire le relazioni attraverso la confusione; egli si protesta ferito da un comportamento che considera di indifferenza, ed è continuamente all'attacco. Pertanto il livello delle sue richieste aumenta. Offende e squalifica Giulio, e poi ne pretende affetto e rispetto. Il p. reagisce in modo passivo-aggressivo, con un atteggiamento formalmente corretto, ma distaccato e indifferente verso il padre. A volte vorrebbe licenziarsi in tronco, e trovare un posto di lavoro come tutti; con degli orari di lavoro normali, e un carico di fatica ed emotivo normale. Sui gomiti gli compaiono delle chiazze psoriasiche.

Interpreto a Giulio che le sue reiterate sfide sono l'espressione della rabbia reattiva al fallimento di un duplice rispecchiamento narcisistico. Cesare, mentre da un lato è un *puer*, che conduce una vita estemporanea, senza obblighi né vincoli, da un lato vuole essere considerato un padre idealizzato e vuole contare su un figlio perfetto, e quando Giulio disattende a queste prescrizioni lo squalifica pesantemente. Giulio altresì non cessa di contare su un risarcimento degli abbandoni e delle frustrazioni subite dal padre, e continua ad essere deluso dalle sue disattenzioni e disconferme. Il rapporto per di più è aggravato dalla doppia implicazione, parentale e professionale, per cui Cesare pretende da Giulio molto di più che da un normale dipendente. La conclusione è che Giulio deve uscire dalla collusione nella grandiosità che lo lega al padre: deve smettere di aspettarsi da lui la riparazione per le ferite narcisistiche subite, e allo stesso tempo deve

smettere di credere, come il padre crede, nella di lui, e nella propria, onnipotenza.

Una volta mi vedo arrivare Giulio in studio al colmo dell'exasperazione, minacciando – ed il p. non spende le proprie parole inutilmente – di passare alle mani se continuano queste crescenti provocazioni. A questo punto mi chiedo se nella prospettiva di salvaguardare il futuro economico di Giulio ho contato nel presente su un sacrificio troppo grosso, condito da degli eccessi di un complesso di Laio. E gli esterno i miei dubbi. Gli spiego che per quanto un analista non sia così onnipotente da influenzare le decisioni dei suoi pazienti, sa che comunque le sue prese di posizione hanno un effetto durevole nella vita di questi ultimi. Pertanto, quando lui è venuto da me, ho pensato che avevamo due opzioni: promuovere il suo distacco da una figura paterna problematica, e procedere verso un mondo tutto nuovo, oppure incrementare la sua tolleranza, anche in vista del futuro nell'azienda paterna. Sono stato propenso per la seconda soluzione, e abbiamo lavorato sulle quotidiane difficoltà di questa coesistenza, ma forse per lui è stato troppo! Ho concluso che veramente non sapevo se era stata una buona scelta lasciarlo tutti i giorni a fare i conti con le escandescenze, le incoerenze e le pretese di suo padre.

Giulio resta sorpreso dal mio candore. Rivendica a se stesso la responsabilità delle sue scelte. Nelle sedute successive, abbandona le idee di rappresaglia, e si centra maggiormente su se stesso. L'incontro con una coetanea gli offre l'occasione, seppur tra mille insicurezze e titubanze, di soffermarsi sul suo rapporto col femminile. Stabilisce un collegamento tra i suoi sintomi e gli stereotipi maschilisti: i rossori e l'ipersudorazione compaiono quando sente che c'è l'aspettativa per un comportamento da *macho*, quando deve esibire in pubblico una possibile conquista, quando c'è nell'aria un confronto col padre o con il suo entourage. Ritorna alle sue relazioni con le ragazze, abbastanza numerose, però effimere e superficiali; solo una un po' più lunga, solo perché Giulio sfruttava sessualmente la ragazza innamorata di lui, ed era sicuro di non coinvolgersi. Ma quando ha temuto un impegno più profondo, è sempre fuggito. Questa volta prova a cimentarsi in un rapporto più duraturo. I conflitti col padre sono sempre alle porte, però depotenziati di quell'urgenza e di quell'*escalation* che stavano portando all'*acting*.

Dall'analisi "selvaggia" all'avanzamento della tecnica analitica

In *Psicologia dell'inconscio*, nelle *Conferenze alla Tavistock* e in *Ricordi, sogni riflessioni* Jung parla senza veli del proprio modo di lavorare, di come utilizzi i propri sogni controtransferali raccontandoli ai pazienti, in quanto strumenti rivelatori dello stato del rapporto da parte di quel particolare organo di percezione e conoscenza che è l'inconscio. In lui, come nei relazionali, la comprensione ottenuta dall'analista attraverso l'analisi del controtransfert si estende fino alla comunicazione al paziente dell'esperienza interiore dell'analista, partendo dalla convinzione che il confronto con le costruzioni di realtà operate da quest'ultimo lo renda una figura senz'altro più concreta e utilizzabile. Come decidere allora cosa rivelare e cosa no? In altre parole: quanto è affidabile l'analista nella sua posizione di arbitro del processo terapeutico?

Jung sembra credere fino a un certo punto al potere risolutivo dell'analisi didattica, che anzi dice espressamente «non è un mezzo ideale né assolutamente sicuro per evitare illusioni e proiezioni»: tutt'al più essa è un esercizio all'autocritica per il terapeuta principiante. Il fattore terapeutico è allora, *a fortiori*, la personalità del terapeuta, che però non è un qualcosa di acquisito una volta per tutte, ma è, per sempre, un *work in progress*, che richiede un apprendimento permanente e una costante disposizione a mettersi in discussione⁴¹.

Freud al termine della sua vita ammette che sovente gli analisti non hanno raggiunto nella loro personalità quel tanto di normalità psichica a cui intendono educare i loro pazienti⁴². L'analisi didattica è paradossalmente condannata al fallimento, perché demanda ad un altrove, la condizione di analista, la soluzione magica e idealizzata dei problemi del candidato. Ma forse è resa tanto più necessaria da un presupposto teorico: da un punto di osservazione neutro e privilegiato, appunto la mente dell'analista, a partire dal quale effettuare un'osservazione obiettiva della realtà psichica.

Osservazione che talora giunge a veri e propri virtuosismi di dissezione fenomenologia, quando si tratta di discriminare tra controtransfert (dell'analista) e controidentificazione proiettiva (del paziente). La Heimann ha su questo una posizione fideistica, assumendo che l'analisi didattica metta l'analista in possesso di questo punto di vista superiore, che lo salvaguarda da indebite confusioni⁴³. Eagle,

invece, osserva ironicamente che la critica al modello dello schermo bianco ha lasciato spazio ad un eccesso di segno opposto, in cui l'analista si propone come una specie di *tabula rasa* che viene riempita e popolata dai contenuti mentali del paziente, approdando a una nuova psicologia monopersonale, questa volta della mente dell'analista, dove tutto ciò che accade è un riflesso degli eventi mentali del paziente, e lo schermo opaco è diventato uno schermo così cristallino da non inquinare con alcun contenuto proprio il materiale depositatovi dal paziente stesso⁴⁴.

Ancora più complesso è il discorso dell'empatia. Bolognini⁴⁵ la vede come uno stato relazionale, basato sull'identificazione proiettiva, ma più ampio di questa, che sembra includere il contatto sia con gli oggetti scissi e proiettati, sia con l'Io e i meccanismi di difesa: quindi qualcosa di pertinente ora al controtransfert omologo di Racker, ora a quello complementare. Inoltre, con Greenson, egli colloca l'identificazione nell'inconscio, l'empatia nella sfera del preconscious e del conscio, e ne fa uno strumento fondamentale di comunicazione col paziente. Posizione radicalmente opposta è quella di Eagle, nello lavoro di prima, dove considera metodologicamente inaccettabile la conoscenza ottenuta con l'empatia: in quanto basata sull'identificazione, anche quando essa funziona al meglio, la comprensione cui conduce è sempre parziale, perché portiamo sempre noi stessi all'interno di un'identificazione. Pertanto, la comprensione empatica include sempre la prospettiva individuale di chi sta provando empatia ed è un misto di soggettività e oggettività, il che la rende sempre approssimativa e mai esattamente precisa, come converrebbe al fondamento metodologico di un nuovo paradigma scientifico.

Lo scandalo della pariteticità tra paziente e analista e altri scandali

L'esplorazione del *mundus imaginalis* che troviamo sia in Jung, nella sua personale interpretazione delle procedure alchemiche illustrate dal *Rosarium Philosophorum* sia nella successiva trattazione dei postjungiani come Samuels ha infatti sempre a che fare con una esperienza condivisa e co-costruita. Questo discorso non è molto diverso da quello di Poland del transfert come «creazione originale», in cui il contesto della diade analitica permette il richiamo di memorie che sono inerenti con emozionale immediatezza al qui-e-ora dell'espe-

rienza, e vi è un circolo continuo tra sensazioni correnti, evocate dalla relazione con l'analista, e memorie del passato, che a loro volta alimentano ulteriori sensazioni; solo che, ancora oltre, bisogna pensare che questo processo avviene parallelamente nel paziente e nell'analista, e che l'autodisvelamento di quest'ultimo fornisce altro reattivo al procedere della reazione. Analisti freudiani come Poland⁴⁶ e Renik⁴⁷ riprendono senza saperlo da Jung il concetto di "psicoterapia come procedimento dialettico"⁴⁸, ricerca di nuove sintesi che si dispiega attraverso l'incontro e il confronto di due sistemi psichici su posizioni diverse, anche antitetiche, dove la posta in gioco non è, come per il filosofo, una verità logica, bensì una *verità emozionale*, stante che ormai neuroscienziati come Edelman e Damasio hanno dimostrato che la dicotomia tra affetto e cognizione non ha più ragione di esistere.

Osservano giustamente Filippini e Ponsi che il concetto di *enactment* segna l'uscita dalla prospettiva monopersonale e l'approdo al punto di vista bipersonale. In questo senso esso si differenzia dall'identificazione proiettiva, che è un concetto astratto, esplicativo, che affonda le sue radici in una teoria del funzionamento di una mente isolata; mentre l'*enactment* è un concetto descrittivo, vicino all'esperienza e che riguarda eventi che coinvolgono contemporaneamente il paziente e l'analista⁴⁹. Questo però implica uno spostamento di tutto il campo epistemologico della psicoanalisi. Innanzitutto, il passaggio ad una psicologia bipersonale implica che l'analista non è in possesso di un punto di vista più valido rispetto a quello del paziente, ma soltanto di una prospettiva alternativa, di un nuovo modo di costruire la realtà. Allora il principio dell'anonimato, o della neutralità analitica, lungi dal facilitare il processo analitico, lo ostacola, semplicemente perché conferisce all'analista un'autorità che, collocandosi al di fuori del campo analitico, in ultimo non è analizzabile, e serve solo a creare un residuo di dipendenza non risolta; esso è in ultimo il prezzo da pagare per conferire un valore di verità scientifica alle teorie psicoanalitiche, e un fondamento etico all'autodisciplina dello psicoanalista. Ma quest'ultimo va trovato in altri luoghi che non le teorie della tecnica (ad esempio, in principi deontologici affermati espressamente dalle comunità professionali). Mentre per quanto riguarda il fondamento scientifico del sapere psicoanalitico, esso è stato duramente attaccato dall'indirizzo ermeneutico (Schafer e

Spence), relazionale e interpersonale (Mitchell). In particolare Mitchell sostiene che la conoscenza e l'autorità dello psicoanalista non poggiano su una dottrina scientifica bensì su una sorta di utilitarismo pragmatico: la capacità di aiutare il paziente a costruire nuovi sistemi di significato e forme di organizzazione dell'esperienza e di autoriflessione meno autosabotanti e più efficaci nel consentirgli una vita migliore⁵⁰. Per Renik, l'apprendimento del paziente ha luogo attraverso una serie di esperienze emozionali correttive inavvertite, in cui compito dell'analista è saper cogliere l'essenza degli sforzi del paziente e impegnarsi insieme a lui per esaminarli, attraverso una partecipazione attiva e personalmente motivata⁵¹.

Eagle dissente da coloro che definisce i rappresentanti della svolta postmoderna in psicoanalisi, accusandoli di relativismo prospettivistico, e di abbandono del paradigma di scientificità della psicoanalisi a favore di quello della persuasività retorica delle teorie⁵². *O tempora o mores!* La critica di Eagle è l'inverso speculare della critica rivolta da Trevi a Jung, quando ne mette in discussione la pretesa scientificità della psicologia oggettiva – la teoria degli invarianti metastorici dell'immaginazione – ma ne salva il prospettivismo relativistico – le teorie scientifiche come espressione della psicologia del loro creatore, e dunque la necessità di una pluralità di psicologie⁵³.

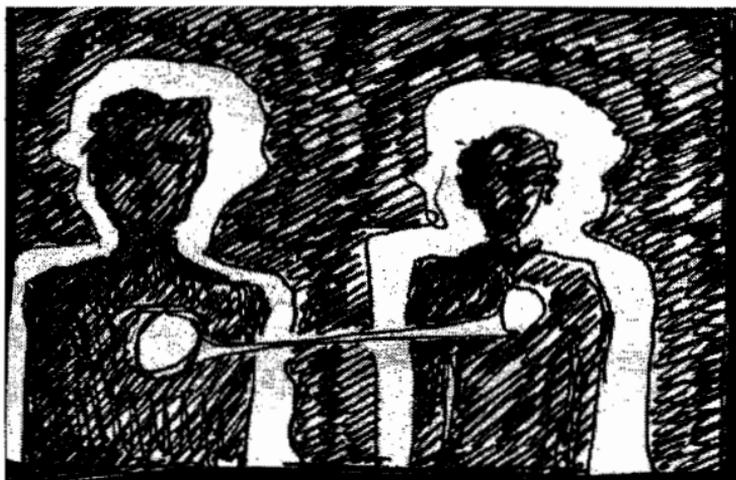
Sconfinamenti del paradigma scientifico della psicoterapia

Il principio d'interazione, e quindi l'inclusione nel campo di studio della soggettività dell'analista, comporta la rinuncia all'ideale regolativo di matrice positivista di un luogo fondamentale e imparziale di osservazione e spiegazione dei fenomeni, di un livello privilegiato a cui ridurre tutti gli altri livelli, ivi inclusi quelli mentali; è infatti da questo principio normativo che derivano i corollari dello schermo opaco, dell'anonimato e della neutralità analitica. Se l'analista è semplicemente un esperto di problemi interpersonali, che si colloca ad un più elevato livello di competenza rispetto al senso comune, o più raffinatamente un metodologo relativista, la psicoanalisi deve rinunciare a quello statuto privilegiato che le deriva dal considerarsi una scienza. L'esito finale è una situazione che si può definire di simmetria epistemologica completa (Renik⁵⁴) o di mutualità (Tricoli⁵⁵). La simmetria significa che l'analista in questo percorso non è il deposita-

rio della verità, ma semplicemente colui che, avendo già compiuto una parte di esso, si attesta come il garante non di una verità sull'altro, ma semplicemente di un metodo di lavoro, metodo che egli ha acquisito nel cammino precedentemente percorso. La mutualità significa che la ricerca è condotta alla pari, e ha lo stesso oggetto sia per il paziente che per l'analista, ovvero l'acquisizione di un livello sempre più completo e profondo di consapevolezza dei significati inconsci che strutturano la propria visione del mondo, utilizzando come strumento la relazione con l'altro.

Nello junghismo, come evidenziato da Gallarano e Zipparrì, la contraddizione insita nel pensiero del caposcuola è tra una concezione dello sviluppo psichico come processo autonomo, autosostenuto e in sé teleologico (l'"entelechia"), quindi sostanzialmente indipendente dalle influenze esterne, e la reciprocità interattiva della terapia, intesa come mescolanza chimica, o come infezione psichica del guaritore ferito⁵⁶. A ciò si aggiunga lo studio di stati di fusionalità arcaici, in particolare in Schawartz-Salant, ove vigono altri principi di spiegazione che non il determinismo, e fenomenologie che si avvicinano più alle ESP che ai fatti riproducibili e prevedibili. Altro paradosso dello junghismo, tra la rigorosa delineazione di un metodo, e la negazione dei principi scientifici del metodo. In conclusione, il paradigma scientifico della psicoterapia è oggetto di forti pressioni, sia da "sinistra" che da "destra". Le frange estreme della psicoanalisi e della psicologia interpersonale hanno messo in discussione l'ideale euristico del punto di osservazione neutro e privilegiato da cui produrre una descrizione obiettiva della realtà. Le frange estreme dello junghismo hanno criticato la possibilità stessa di interpretare i fenomeni osservati secondo il principio di causa-effetto. Dobbiamo sperare che il contenitore, che comunque ci assicura la credibilità del nostro lavoro, non si disgreghi, ovvero che sia capace di accogliere i cambiamenti senza esplodere (o implodere). Ma in ultima analisi la capacità di tenuta rimanda al terapeuta, alla sua personalità e al suo metodo, che come voleva Jung sono indissolubilmente legati, non in una persona opera-umana, ma in una persona professionalmente umana. Come nella citazione di Levenson: «Credo che possiamo essere tutti d'accordo sul fatto che la terapia funziona solo grazie al contenimento perato dal setting. La terapia è rappresentazione: non è un aspetto

superiore della vita reale. Il contenimento del setting circonda la relazione analista-paziente, e, quindi, la loro ansia. Gli psicoanalisti non sono né meglio né peggio di chiunque altro. Non hanno raggiunto una maturità emotiva superiore, come i loro figli e partner potrebbero facilmente attestare, ma, come i capitani di mare, sono spesso di gran lunga più nobili sulla nave che non a terra. Così, tanto più si smantella il setting, tanto più il gioco diviene rischioso»⁵⁷.



¹S. FREUD, *Consigli al medico nel trattamento psiconalitico* (1912), trad. it. in *Opere*, vol. VI, Boringhieri, Torino 1974.

² «L'individualità è già data fisicamente e fisiologicamente e si esprime analogamente anche nel suo aspetto psicologico» C. G. JUNG, *Tipi psicologici* (1921), trad. it. in *Opere*, vol. VI, Boringhieri, Torino 1969, p. 453.

³ M.M. GILL, *Il paradigma interpersonale e la misura del coinvolgimento del te-*

rapeuta (1983), trad. it. in «*Psicoterapia e scienze umane*», 3, 1995, pp. 5-44.

⁴ I.Z. HOFFMAN, *Il paziente come interprete dell'esperienza dell'analista* (1983), trad. it. in «*Psicoterapia e scienze umane*», 1, 1995, pp. 5-39, in particolare p. 23.

⁵ In ambito freudiano: cfr. l'antologia di C. ALBARELLA, M. DONADIO (a cura di), *Il controtransfert*, Liguori, Napoli 1986. In ambito junghiano: cfr. il testo riepilogativo di D. SEDGWICK, *Il guaritore feri-*

to (1994), trad. it. La biblioteca di Vivarium, Milano 2001.

⁶ P. HEIMANN, *Il controtransfert* (1950), trad. it. in C. ALBARELLA, M. DONADIO (a cura di), *Il controtransfert*, cit., p. 82.

⁷ M. LITTLE, *Il controtransfert e la risposta del paziente ad esso* (1951), trad. it. in C. ALBARELLA, M. DONADIO (a cura di), *Il controtransfert*, cit.

⁸ L.E. TOWER, *Il controtransfert* (1956), trad. it. in C. ALBARELLA, M. DONADIO (a cura di), *Il controtransfert*, cit.

⁹ R.E. MONEY-KYRLE, *Controtransfert normale e alcune sue deviazioni* (1956), trad. it. in C. ALBARELLA, M. DONADIO (a cura di), *Il controtransfert*, cit.

¹⁰ A. REICH, *Sul controtransfert* (1951), e ID., *Ulteriori osservazioni sul controtransfert* (1960), trad. it. di entrambi in C. ALBARELLA, M. DONADIO (a cura di), *Il controtransfert*, cit.

¹¹ O. KERNBERG, *Notes on countertransference* (1965), trad. it. in ID., *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri, Torino 1978.

¹² H. RACKER, *Studi sulla tecnica psicoanalitica* (1968), trad. it. Armando, Roma 1970.

¹³ L. GRINBERG, *Teoria dell'identificazione* (1976), trad. it. Loescher, Torino 1982.

¹⁴ C.G. JUNG, *Problemi della psicoterapia moderna* (1929), trad. it. in *Opere*, vol. XVI, Boringhieri, Torino 1981, p. 80.

¹⁵ C.G. JUNG, *La psicologia della traslazione illustrata con l'ausilio di una serie di immagini alchemiche* (1946), trad. it.

in *Opere*, vol. XVI, cit.

¹⁶ C.G. JUNG, *Questioni fondamentali di psicoterapia* (1951), trad. it. in *Opere*, vol. XVI, cit.

¹⁷ M. FORDHAM, *Controtransfert* (1974), trad. it. in L. ZOJA (a cura di), *Problemi di psicologia analitica: un'antologia postjungiana*, Liguori, Napoli 1983, p. 114.

¹⁸ M. FORDHAM, *La psicoterapia junghiana* (1978), trad. it. Astrolabio, Roma 1981.

¹⁹ H. DIECKMANN, *I metodi della psicologia analitica* (1979), Melusina, Roma 1993.

²⁰ N. SCHWARTZ-SALANT, *On the subtle body concept in clinical practise*, in «Chiron», 1986, pp. 19-58.

²¹ N. SCHWARTZ-SALANT, *The abandonment depression: developmental and archetypal perspectives*, in «Journal of Analytical Psychology», 1990, pp. 143-159.

²² A. SAMUELS, *La psiche al plurale* (1989), trad. it. Bompiani, Milano 1994.

²³ H. KOHUT, *La cura psicoanalitica* (1984), trad. it. Boringhieri, Torino 1986, p. 214.

²⁴ I. HIRSCH, *The concept of enactment and theoretical convergence*, in «Psychoanal. Q.», 67, 1998, pp. 78-101.

²⁵ M.M. GILL, *Teoria e tecnica dell'analisi del transfert* (1982), trad. it. Astrolabio, Roma 1985, p. 108.

²⁶ J. SANDLER, *Controtransfert e rispondenza di ruolo* (1976), trad. it. in C.

- ALBARELLA, M. DONADIO (a cura di), *Il controtransfert*, cit.
- 27 I.Z. HOFFMAN, *Il paziente come interprete dell'esperienza dell'analista* (1983), trad. it. in «Psicoterapia e scienze umane», 1, 1995, pp. 5-39.
- 28 T. JACOBS, *On countertransference enactments*, in «Journ. Am. Psychoanal. Assn.», 34, 1986, pp. 289-307.
- 29 S. FREUD, *Ricordare, ripetere e rielaborare* (1914), trad. it. in *Opere*, vol. VII, cit.
- 30 D. BOESKY, *The psychoanalytic process and its components*, in «Psychoanal. Q.», 59, 1990, pp. 550-584.
- 31 J.F. CHUSED, *The evocative power of enactment*, in «Journ. of the Am. Psychoan. Assn.», 39, 1991, pp. 615-639.
- 32 O. RENIK, *Countertransference enactments and the psychoanalytic process*, in M. HOROWITZ, O. KERNBERG, E. WIENSHEL, *Psychic structure and psychic change*, Int. Univ. Press, New York 1993.
- 33 I. HIRSCH, *Enactment: modello classico e modello interpersonale a confronto*, trad. it. in «Ricerca Psicoanal.», X, 1999, 2, pp. 179-206.
- 34 J.F. CHUSED, *The patients perception of the analyst: the hidden transference*, in «Psychoanal. Q.», 61, 1992, pp. 161-183.
- 35 O. RENIK, *Giocare a carte scoperte: il problema della self-disclosure* (1999), trad. it. in «Ricerca Psicoanal.», 12, 2001, 3, pp. 313-327.
- 36 T. JACOBS, *On the question of self-disclosure by the analyst: error or advance in technique?*, in «Psychoanal. Q.», 68, 1999, pp. 159-183.
- 37 E.A. LEVENSON, *Self-revelation e self-disclosure* (1996), trad. it. in «Ricerca Psicoanal.», 12, 2001, 3, pp. 299-312.
- 38 S.H. COOPER, *Self-disclosure e soggettività dell'analista* (1998), trad. it. in «Ricerca Psicoanal.», 12, 2001, 3, pp. 277-298.
- 39 T. JACOBS, *On the question of self-disclosure by the analyst: error or advance in technique?*, cit.
- 40 D.M. ORANGE, G.E. ATWOOD, R.D. STOROLOW, *Intersoggettività e lavoro clinico* (1997), trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano 1999.
- 41 C.G. JUNG, *Questioni fondamentali di psicoterapia* (1951), cit., p. 128.
- 42 S. FREUD, *Analisi terminabile e interminabile* (1937), trad. it. in *Opere*, vol. XI, Boringhieri, Torino 1979.
- 43 P. HEIMAN, *Il controtransfert* (1950), cit.
- 44 M. EAGLE, *Una valutazione critica delle attuali concettualizzazioni su transfert e controtransfert*, in «Psicoterapia e scienze umane», 2, 2000, pp. 25-42.
- 45 S. BOLOGNINI, *Empathy and the unconscious*, in «Psychoanal. Q.», 70, 2001, pp. 447-471.
- 46 W.S. POLAND, *Transference, "an original creation"*, in «Psychoanal. Q.», 61, 1992, pp. 185-205.
- 47 O. RENIK, *I pericoli della neutralità* (1996), in «Psicoterapia e scienze uma-

ne», 1, 2001, pp. 5-27.

48 C. G. JUNG, *Principi di psicoterapia pratica* (1935), trad. it. in *Opere*, vol. XVI, cit., p. 7.

49 S. FILIPPINI, M. PONSÌ, *Enactment*, in «Riv. Psicoanal.», 39, 1993, pp. 501-515.

50 S. MITCHELL, *The analyst's knowledge and authority*, in «Psicoanal. Q.», 57, 1998, pp. 1-31.

51 O. RENIK, *I pericoli della neutralità* (1996), cit.

52 M. EAGLE, *La svolta postmoderna in psicoanalisi*, in «Psicoterapia e scienze umane», 4, 2000, pp. 5-44.

53 M. TREVI, *Per uno junguismo critico*,

Bompiani, Milano 1986.

54 O. RENIK, *I pericoli della neutralità* (1996), cit.

55 M.L. TRICOLI, *Dal controtransfert alla self-disclosure: la scoperta della soggettività dell'analista*, in «Ricerca Psicoanal.», 3, 2001, pp. 229-245.

56 B. GALLERANO, L. ZIPPARRI, *La psiche oggettiva e l'equazione personale dell'analista: un "bilemma" junghiano*, in L. ABBATE, B. GALLERANO, A. IAPOCE, L. ZIPPARRI (a cura di), *L'ipotesi relazionale nella psicologia analitica*, Atti del X° Congresso Nazionale del Centro Italiano di Psicologia Analitica, Vivarium, Milano 2000.

57 E.A. LEVENSON, *Self-revelation e self-disclosure* (1996), cit., pp. 308-309.

