

Lezione 27 La traslazione

712

Signore e signori, poiché ci stiamo avvicinando alla conclusione delle nostre conversazioni si desterà in voi una particolare aspettativa che non deve andar delusa. Penserete certo che non vi ho condotto in lungo e in largo per tutta questa materia psicoanalitica per congedarvi alla fine senza dirvi una parola sulla terapia, dalla quale dipende comunque la possibilità di esercitare la psicoanalisi. Tanto più che il tema è tale che mi è impossibile tacervelo, poiché ciò che osserverete in relazione ad esso vi permetterà di apprendere un fatto nuovo senza il quale la comprensione delle malattie da noi esaminate rimarrebbe decisamente incompleta.

So che non vi attendete un avviamento alla tecnica con la quale si deve esercitare l'analisi a scopi terapeutici. Volete solo sapere, in generale, in che modo agisca la terapia psicoanalitica e quali ne siano pressappoco i risultati. Ed è indubbio che è nel vostro diritto sapere tutto ciò. Io però non voglio dirvelo, e insisto che lo indoviniate da voi.

Riflettete un momento! Avete appreso tutto l'essenziale sulle condizioni che determinano la malattia, nonché tutti i fattori che fanno sentire i loro effetti dopo che il soggetto si è ammalato. Che spazio resta per un influsso terapeutico qualsivoglia?

Intanto, in primo luogo, la disposizione ereditaria: non ci succede di parlarne molto spesso perché essa viene energicamente sottolineata da altri e noi non abbiamo niente di nuovo da dire in proposito. Ma non crediate che la sottovalutiamo; proprio in quanto terapeuti ci è dato di avvertirne il potere abbastanza distintamente. Comunque, non possiamo modificarla in nulla; anche per noi essa rimane un dato che pone delle precise barriere ai nostri sforzi.

C'è poi l'influenza delle antiche esperienze dell'infanzia, che nell'analisi siamo abituati a mettere in primo piano; esse appartengono al passato, non possiamo far sì che non siano accadute.

Poi, tutto ciò che abbiamo riassunto nel termine di "frustrazione reale": la sfortuna nella vita (dalla quale ha origine la mancanza di amore), la povertà, i conflitti familiari, la scelta coniugale disgraziata, le condizioni sociali sfavorevoli e le severe pretese della morale che gravano sull'individuo. È vero che qui ci sarebbero parecchi appigli per una terapia veramente efficace, ma dovrebbe essere una terapia come quella che secondo la tradizione popolare viennese era esercitata dall'imperatore Giuseppe,713 ossia l'intervento benefico di un potente, davanti al cui volere gli uomini si piegano e le difficoltà svaniscono. Ma chi siamo noi, per poter porre a base della nostra terapia un tale atteggiamento benefico? Poveri noi stessi e socialmente privi di potere, costretti a provvedere al nostro sostentamento con la nostra attività medica, non siamo nemmeno in condizione di dedicare i nostri sforzi a chi è privo di mezzi, come possono fare altri medici che usano altri metodi di trattamento; la nostra terapia richiede troppo tempo ed è troppo laboriosa. Eppure voi forse vi aggrappate a uno dei fattori elencati e credete di trovare in quello il punto ove può esercitarsi la nostra influenza: se la restrizione della morale che la società esige ha la sua parte nella privazione imposta al malato, il trattamento potrebbe dargli coraggio, o addirittura istruirlo a non curarsi di queste barriere, a ottenere soddisfazione e guarigione rinunciando all'adempimento di un ideale tenuto in alta considerazione dalla società ma, tanto spesso, da essa stessa non osservato. È questo il modo di guarire godendosi la vita sessualmente. Per la verità, è un modo che getta un'ombra sul trattamento analitico, perché non è al servizio della moralità generale. Quello che dà al singolo, lo sottrae alla comunità.

Ma, signore e signori, chi vi ha così male informato? È escluso che il consiglio di godersi la vita sessualmente abbia una funzione nella terapia analitica. Lo esclude già il solo fatto che noi abbiamo proclamato che negli ammalati esiste un conflitto ostinato fra l'impulso libidico e la rimozione sessuale, fra l'orientamento sensuale e quello ascetico. Questo conflitto non viene soppresso aiutando uno di questi orientamenti a ottenere la vittoria su quello opposto. Vediamo che nel nervoso l'ascesi ha il sopravvento: la conseguenza è appunto che la spinta sessuale

repressa si procura uno sfogo nei sintomi. Se adesso, al contrario, assicurassimo la vittoria alla sensualità, la rimozione sessuale da noi tolta di mezzo sarebbe inevitabilmente sostituita da sintomi. Nessuna delle alternative metterebbe fine al conflitto interno, una delle due parti in gioco rimarrebbe ogni volta insoddisfatta. Sono pochi i casi in cui il conflitto è così labile da consentire a un fattore come la presa di posizione del medico di diventare decisivo, e questi casi, a ben vedere, non sanno cosa farsene del trattamento analitico. Coloro che si lascerebbero influenzare così dal medico avrebbero trovato la stessa strada anche senza di lui. Sapete benissimo che di regola, se un giovanotto astinente si decide ad avere rapporti sessuali illeciti o se una donna insoddisfatta cerca di rifarsi con un altro uomo, costoro non hanno aspettato il permesso del medico o, magari, dell'analista.

A questo riguardo, si sorvola abitualmente sul seguente punto essenziale: che il conflitto patogeno dei nevrotici non va scambiato per una normale lotta tra impulsi psichici che si trovano sullo stesso terreno psicologico. È un contrasto di forze, una delle quali è giunta al gradino del preconscious e del conscio, mentre l'altra è stata trattenuta al gradino dell'inconscio. È per questo che il conflitto non può giungere a conclusione: i contendenti non hanno nulla da spartire tra di loro, come l'orso polare e la balena. Una decisione vera e propria può aver luogo soltanto quando i due s'incontrano sullo stesso terreno. Rendere ciò possibile è secondo me l'unico compito della terapia.

Inoltre, posso assicurarvi che siete male informati se supponete che l'influsso dell'analisi sia espressamente diretto a consigliare e a guidare nelle faccende della vita. Al contrario, noi respingiamo per quanto ci è possibile la parte di mentori, poiché ciò che più ci interessa è che l'ammalato prenda da sé le sue decisioni. In questo intento gli chiediamo di rimandare per la durata del trattamento tutte le risoluzioni di vitale importanza, per quanto riguarda la scelta della professione, le operazioni commerciali, il matrimonio o la separazione, e di metterle in pratica solo dopo la fine del trattamento. Confessate che questo è totalmente diverso da come ve lo sareste immaginato. Solo nel caso di certe persone molto giovani, o sprovvolute e instabili, non riusciamo a far sì che esse si sottopongano a tale auspicabile limitazione. Nel loro caso dobbiamo combinare l'opera del medico con quella dell'educatore;

allora siamo ben consci della nostra responsabilità e ci comportiamo con la necessaria cautela.714

Dallo zelo con cui mi difendo contro l'accusa che il nervoso nella cura analitica venga incoraggiato a godersi la vita, non dovrete trarre la conclusione che agiamo su di lui in favore della moralità sociale. Questo è, a dir poco, altrettanto lontano dalle nostre intenzioni. È vero che non siamo riformatori ma semplici osservatori, tuttavia non possiamo dispensarci dall'osservare con occhio critico, e ci è risultato impossibile prendere partito per la morale sessuale convenzionale o avere un'alta considerazione del modo in cui la società cerca di regolare nella pratica i problemi della vita sessuale. Alla società possiamo dimostrare, con un conto semplicissimo, che ciò che essa chiama la sua moralità costa più sacrifici di quanto meriti, e che il suo modo di procedere non è basato su verità né attesta saggezza. Non rinunciamo a questa critica nemmeno di fronte ai nostri pazienti, cerchiamo di abituarli a riflettere senza prevenzioni sulle faccende sessuali così come su tutte le altre; e se essi, raggiunta la loro indipendenza al termine della cura, si decidono in base a una propria valutazione per una posizione intermedia tra il pieno godimento della vita e l'asceti incondizionata, non ci sentiamo alcun peso sulla coscienza, quale che sia la loro scelta. Ci diciamo che chi è giunto con successo a educarsi alla verità, è protetto definitivamente dal pericolo di immoralità, anche se il metro con cui giudica le cose morali diverge per qualche aspetto da quello in uso nella società. D'altronde, guardiamoci dal sopravvalutare l'importanza dell'astinenza per quanto concerne il suo influsso sulle nevrosi. Solo in una minoranza di casi si può mettere fine alla situazione patogena della frustrazione, e al conseguente ingorgo libidico, mediante quella specie di godimento sessuale che si riesce a ottenere con poca fatica.

L'effetto terapeutico della psicoanalisi non si spiega quindi con il fatto che essa autorizzerebbe a godersi sessualmente la vita. Guardatevi attorno per cercare qualcos'altro. Ritengo che mentre respingevo questa vostra congettura una mia osservazione vi abbia messo sulla giusta strada. Chissà che il nostro giovamento non consista nel sostituire l'inconscio con il cosciente, nel tradurre l'inconscio nel cosciente? Esatto, è così. Nel far procedere l'inconscio fino alla coscienza, noi aboliamo le rimozioni, eliminiamo le condizioni per la formazione dei sintomi, trasformiamo il conflitto patogeno in un conflitto normale che deve

trovare in qualche modo una risoluzione. Ciò che provochiamo nel malato non è altro che questo unico mutamento psichico: fin dove giunge questo, arriva il nostro aiuto. Dove non vi è rimozione o un processo psichico analogo da far recedere, non c'è posto per la nostra terapia.

Possiamo esprimere il fine dei nostri sforzi in diverse formule: rendere cosciente l'inconscio, abolire le rimozioni, riempire le lacune della memoria; tutto questo mette capo alla stessa cosa. Ma forse siete insoddisfatti di questa dichiarazione. Vi siete immaginati il processo di guarigione di un nervoso come qualcosa di diverso: che, dopo essersi sottoposto al faticoso lavoro di una psicoanalisi, egli diventi un altro uomo; e poi tutto il risultato sarebbe che egli ha in sé un po' meno di inconscio e un po' più di conscio rispetto a prima. Il fatto è che probabilmente voi sottovalutate l'importanza di un simile mutamento interiore. Il nervoso guarito è diventato davvero un altro uomo, ma in fondo, naturalmente, è rimasto lo stesso; ossia, è diventato quale avrebbe potuto diventare, a dir molto, nelle condizioni più favorevoli. Ma questo è moltissimo. Se poi aggiungete tutto quello che si deve fare e gli sforzi che sono necessari per realizzare quel mutamento apparentemente insignificante nella sua vita psichica, non potrà più sfuggirvi l'importanza di una tale differenza nel livello psichico.

Divago per un attimo, per domandarvi se sapete che cosa sia la cosiddetta "terapia causale". Così si designa un procedimento che non si appunta sulle manifestazioni della malattia, ma si propone l'eliminazione delle sue cause. Ora, la nostra terapia psicoanalitica è una terapia causale oppure no? La risposta non è semplice, ma forse ci dà l'opportunità di convincerci che non ha senso porre il problema in questo modo. Non ponendosi come primo compito l'eliminazione dei sintomi, la terapia analitica si comporta come una terapia causale; ma, per un altro verso, potete dire che non lo è. Da molto tempo noi abbiamo seguito la concatenazione causale oltre le rimozioni, e siamo risaliti fino alle disposizioni pulsionali, alle loro relative intensità nella costituzione e alle deviazioni verificatesi durante il loro sviluppo. Supponete ora che ci fosse possibile intervenire, per esempio con mezzi chimici, in questo ingranaggio, che riuscissimo a elevare o ridurre la quantità di libido presente in un dato momento, o a rafforzare una pulsione a spese di un'altra: avremmo così una terapia causale nel vero senso della parola, per la quale la nostra analisi avrebbe fornito l'indispensabile lavoro

preliminare di ricognizione. Attualmente, come sapete, è da escludere che si possa influire in tal modo sui processi libidici; con la nostra terapia psichica noi aggrediamo un altro punto dell'insieme, non esattamente quelle che sappiamo essere le radici dei fenomeni, ma tuttavia abbastanza lontano dai sintomi, un punto che ci è diventato accessibile in virtù di circostanze assai strane.

Che cosa dobbiamo fare per sostituire nel nostro paziente l'inconscio con il conscio? Una volta credevamo che la cosa fosse semplicissima, che occorresse solo scoprire questo inconscio e comunicarglielo. Ma sappiamo già che era un errore di miopia [vedi lez. 18, in OSF, vol. 8]. La nostra conoscenza dell'inconscio non ha lo stesso valore della sua conoscenza; se noi comunichiamo al paziente la nostra conoscenza, egli non la pone al posto del suo inconscio, ma accanto a questo; e il cambiamento che ne risulta è minimo. Quel che dobbiamo fare è rappresentarci questo inconscio topicamente, dobbiamo andare a cercarlo nel ricordo del paziente, là dove è venuto a formarsi mediante una rimozione. Questa rimozione va eliminata, e allora la sostituzione dell'inconscio con il conscio può effettuarsi senza difficoltà. Come sopprimere dunque tale rimozione? Il nostro compito entra qui in una seconda fase. Per prima cosa, la ricerca della rimozione, poi l'eliminazione della resistenza che sostiene questa rimozione.

Come si elimina la resistenza? Nel medesimo modo: scoprendola e mostrandola al paziente. Anche la resistenza deriva infatti da una rimozione, dalla stessa rimozione che cerchiamo di risolvere, o da una che ha avuto luogo precedentemente. La resistenza è stata prodotta dal controinvestimento nato per rimuovere l'impulso sconveniente. Facciamo adesso la stessa cosa che cercavamo di fare all'inizio: interpretare, scoprire e comunicare; ma ora la facciamo nel luogo giusto. Il controinvestimento o resistenza non appartiene all'inconscio, ma all'Io, che coopera con noi, e ciò anche se la resistenza non dovesse esser cosciente. Come sappiamo, è questione qui del duplice significato del termine "inconscio", inteso da una parte come fenomeno e dall'altra come sistema. Ciò sembra molto difficile e oscuro, ma ripete in realtà cose già dette a cui siamo preparati da tempo.⁷¹⁵ Ci aspettiamo dunque che questa resistenza venga abbandonata e il controinvestimento ritirato quando ne avremo reso possibile all'Io il riconoscimento con la nostra interpretazione. Con quali forze motrici operiamo in un caso simile? In

primo luogo, con l'aspirazione del paziente a guarire, aspirazione che lo ha indotto a sottomettersi al comune lavoro con noi, e, in secondo luogo, ci avvaliamo della sua intelligenza, cui diamo un supporto con la nostra interpretazione. Non vi è dubbio che all'intelligenza del malato riesce più facile riconoscere la resistenza e trovare la traduzione corrispondente al rimosso se gli abbiamo dato le adeguate rappresentazioni anticipatorie. Se vi dico: "Guardate in cielo, c'è un pallone volante", lo trovate molto più facilmente che se vi invito soltanto a guardare in alto per vedere se scoprite qualcosa. Anche lo studente che guarda le prime volte attraverso il microscopio viene istruito dall'insegnante su quello che deve vedere, altrimenti non vede nulla, benché qualcosa ci sia e sia visibile.

E ora al fatto.⁷¹⁶ In un gran numero di forme nervose – nelle isterie, negli stati d'angoscia e nelle nevrosi ossessive – la nostra impostazione si rivela giusta. Mediante la caccia alla rimozione, la messa a nudo delle resistenze, l'indicazione di ciò che è stato rimosso, riusciamo realmente a risolvere il problema, ossia a superare le resistenze, ad abolire la rimozione e a trasformare in conscio l'inconscio. Ciò facendo, ricaviamo un'impressione chiarissima della lotta violenta che si svolge nella psiche del paziente per superare ogni singola resistenza: è una lotta psichica normale, su un terreno psicologico omogeneo, tra i motivi che vogliono mantenere il controinvestimento e quelli che sono pronti ad abbandonarlo. I primi sono i vecchi motivi che a suo tempo hanno imposto la rimozione; tra i secondi si trovano quelli sopravvenuti di recente, che si spera decidano il conflitto nel senso da noi desiderato. Siamo riusciti a riaccendere il vecchio conflitto che ha portato alla rimozione, a sottoporre a revisione il processo a suo tempo concluso. I nuovi argomenti di cui disponiamo sono, in primo luogo, l'ammonimento che la precedente decisione ha condotto alla malattia e la promessa che una decisione diversa aprirà la strada alla guarigione; in secondo luogo, l'enorme cambiamento avvenuto sotto ogni profilo dai tempi di quel primo rifiuto. Allora l'io era debole, infantile, e aveva forse ragione di tener lontana da sé come un pericolo la richiesta della libido. Ora si è rafforzato e ha acquistato esperienza, e in più ha al suo fianco l'aiuto del medico. Possiamo così lusingarci di guidare il conflitto rianimato a un esito migliore di quello della rimozione, e, come abbiamo detto, in linea di massima il risultato ci dà ragione nell'isteria, nella nevrosi d'angoscia e nella nevrosi ossessiva.

Vi sono però altre forme di malattia, nelle quali, malgrado le condizioni siano le stesse, il nostro procedimento terapeutico non ha mai successo. Anche in esse si è trattato di un conflitto originario fra l'Io e la libido, che ha condotto alla rimozione – anche se quest'ultima va caratterizzata diversamente dal punto di vista topico –; anche qui è possibile rintracciare nella vita del malato i precisi momenti nei quali sono avvenute le rimozioni; adottiamo il medesimo procedimento, siamo pronti a fare le stesse promesse, forniamo lo stesso aiuto suggerendo rappresentazioni anticipatorie, e anche qui il divario di tempo fra il presente e le rimozioni gioca a favore di un esito diverso del conflitto. E tuttavia non riusciamo ad abolire una sola resistenza o a eliminare una sola rimozione. Questi pazienti – paranoici, melanconici, o affetti da *dementia praecox* – rimangono imperterriti e impenetrabili alla terapia psicoanalitica. Da che cosa può dipendere questo? Non dalla mancanza di intelligenza; richiediamo naturalmente ai nostri pazienti un certo grado di capacità intellettuale, ma questa, tanto per fare un esempio, non fa difetto sicuramente a gente dotata di grande acutezza come i paranoici “combinatori” [vedi lez. 4, in OSF, vol. 8]. Non possiamo neanche dire che manchino gli altri incentivi. I melanconici, per esempio, hanno in altissimo grado la consapevolezza – che è assente nei paranoici – di essere ammalati e di soffrire perciò gravemente, ma non per questo sono più accessibili. Ci troviamo qui davanti a un fatto che non comprendiamo e che ci fa perciò dubitare di avere effettivamente compreso, in tutti i suoi aspetti determinanti, il successo eventualmente conseguito nelle altre nevrosi.

Tornando ai nostri isterici e nevrotici ossessivi, ci imbattiamo presto in un secondo fatto, al quale non eravamo in alcun modo preparati. Dopo un po' non possiamo fare a meno di notare che questi malati si comportano verso di noi in maniera particolarissima. Credevamo di esserci resi conto di tutte le forze pulsionali che entrano in gioco nella cura, di aver completamente razionalizzato la situazione esistente fra noi e il paziente, così da poterla controllare come un'operazione aritmetica, ed ecco che sembra insinuarsi qualcosa che non è stato previsto in questo calcolo. Questa inattesa novità presenta molteplici aspetti, e descriverò dapprima le sue manifestazioni più frequenti e più facilmente comprensibili.

Notiamo, dunque, che il paziente, che dovrebbe cercare soltanto una via d'uscita dai suoi dolorosi conflitti, sviluppa un particolare interesse per la persona del medico. Tutto quello che si riconnette a questa persona sembra essere ai suoi occhi più importante delle sue stesse faccende, e tale da distoglierlo dalla sua malattia. I rapporti col paziente assumono conseguentemente per un certo tempo una forma molto piacevole; egli è particolarmente cortese, cerca, quando può, di mostrarsi riconoscente, mostra finezze e pregi della sua natura di cui forse non sospettavamo l'esistenza. Il medico, per parte sua, si fa di lui un'opinione favorevole e si compiace del caso che gli ha permesso di prestare aiuto proprio a una personalità di particolare valore. Se il medico ha occasione di parlare coi congiunti del paziente, apprende con piacere che questa simpatia è reciproca. A casa il paziente non si stanca di lodare il medico, di decantarne sempre nuovi pregi. "È entusiasta di lei, ha in lei una fiducia cieca; tutto quello che lei dice è come una rivelazione per lui", raccontano i congiunti. Qua e là uno del coro ha la vista più acuta e osserva: "Ha cominciato a essere noioso a forza di non parlare d'altro che di lei e di non avere che il suo nome in bocca."

Voglio sperare che il medico sia abbastanza modesto da attribuire questa esaltazione che il paziente fa della sua personalità alle speranze che egli stesso è in grado di suscitare in lui e all'ampliamento del suo orizzonte intellettuale dovuto alle sorprendenti e liberatrici rivelazioni che la cura implica. In queste condizioni, anche l'analisi fa splendidi progressi, il paziente comprende ogni accenno, si immerge nei compiti che gli vengono posti dalla cura, il materiale dei ricordi e delle associazioni gli affluisce copioso, sorprende il medico per la sicurezza e l'esattezza delle sue interpretazioni, e a quest'ultimo non rimane che constatare con soddisfazione con quale prontezza un malato accolga tutte le novità psicologiche che fuori, nel mondo dei sani, sogliono suscitare la più accanita opposizione. Al buon accordo durante il lavoro analitico corrisponde anche un obiettivo miglioramento, che tutti sono pronti a riconoscere, dello stato del paziente.

Ma un tempo così bello non può durare all'infinito. E un bel giorno si offusca. Nel trattamento subentrano delle difficoltà, il paziente afferma che non gli viene in mente più nulla. Si ha la netta impressione che il suo interesse è altrove e che egli trascura a cuor leggero la prescrizione impartitagli di dire tutto ciò che gli passa per la mente e di non tener

conto di alcuna remora critica. Egli si comporta come fa fuori della cura, come se non avesse concluso quel patto con il medico; è evidentemente assorbito da qualcosa che però vuole tenere per sé. È questa una situazione pericolosa per il trattamento. Ci si trova inconfondibilmente di fronte a una violenta resistenza. Ma che cosa è successo?

Quando si è in grado di chiarire la situazione, si riconosce quale causa del turbamento il fatto che il paziente ha trasferito sul medico intensi sentimenti di tenerezza, che né il comportamento del medico né il rapporto sorto durante la cura giustificano. La forma in cui questa tenerezza si esprime e i fini cui mira dipendono naturalmente dalle circostanze in cui si trovano le due persone interessate. Se si tratta di una giovane donna e di un uomo piuttosto giovane, avremo l'impressione di un normale innamoramento, troveremo comprensibile che una ragazza si innamori di un uomo con cui può stare molto tempo da sola e parlare di cose intime, un uomo che le si presenta nella vantaggiosa posizione di chi è allo stesso tempo superiore e soccorritore; e trascureremo probabilmente il fatto che da una fanciulla nevrotica ci sarebbe da aspettarsi piuttosto un disturbo della capacità di amare. Quanto più poi le circostanze personali del medico e del paziente si allontanano dal caso che abbiamo supposto, tanto più ci sorprenderà che si stabilisca comunque e immancabilmente questa stessa relazione emotiva. Passi ancora se la giovane donna, sfortunata nel matrimonio, sembra dominata da una seria passione per il medico, ancora libero, se è pronta a cercare di ottenere lo scioglimento del proprio matrimonio per appartenergli, oppure se, in caso di impedimenti sociali, non manifesta alcuna perplessità ad allacciare una segreta relazione amorosa con lui. Cose simili accadono anche al di fuori della psicoanalisi. Ma in queste circostanze si odono con stupore da parte delle donne e delle ragazze dichiarazioni che attestano una precisa presa di posizione di fronte al problema terapeutico: esse avevano sempre saputo di poter guarire solo attraverso l'amore, e avevano atteso fin dall'inizio della cura che tramite questo contatto umano si offrisse finalmente loro ciò che la vita fino a quel momento non aveva concesso; solo perché avevano questa speranza si erano date tanta pena durante la cura e avevano superato tutte le difficoltà di comunicazione. Aggiungeremo per nostro conto: e avevano compreso così facilmente cose che altrimenti riescono tanto difficili da credere. Ma una simile confessione ci sorprende; essa manda all'aria i nostri calcoli. Possibile che abbiamo lasciato fuori dal nostro bilancio preventivo la voce più importante?

E in effetti, quando più progrediamo nell'esperienza, tanto meno possiamo opporci a questa rettifica che umilia le nostre pretensioni scientifiche. Le prime volte si poteva magari credere che la cura analitica si fosse imbattuta in un intralcio dovuto a un evento casuale, cioè non rientrante nelle sue intenzioni e non da essa provocato. Ma quando un simile attaccamento affettuoso del paziente nei confronti del medico si ripete regolarmente a ogni nuovo caso, quando continua a ricomparire nelle condizioni più sfavorevoli, con incongruità addirittura grottesche, anche nella donna attempata, anche verso l'uomo dalla barba grigia, anche là dove a nostro giudizio non esistono allettamenti di sorta, allora non ci resta che abbandonare l'idea di un casuale contrattempo e riconoscere che si tratta di un fenomeno che sta nella più intima connessione con la natura stessa della malattia.

Il nuovo fatto, che riconosciamo con riluttanza, è da noi chiamato traslazione. Ci riferiamo a una traslazione di sentimenti sulla persona del medico, giacché non riteniamo che la situazione della cura possa giustificare la nascita di sentimenti simili. Presumiamo, al contrario, che l'intera predisposizione a tali sentimenti abbia un'altra origine, esista già pronta nella paziente e venga trasferita sulla persona del medico in occasione del trattamento analitico. La traslazione può comparire come appassionata richiesta d'amore o in forme più moderate; al posto del desiderio di essere amata, può affiorare nella giovane donna rispetto all'uomo anziano il desiderio di essere accolta come figlia prediletta; il desiderio libidico può mitigarsi nella proposta di un'amicizia indissolubile ma idealmente non sensuale. Alcune donne riescono a sublimare la traslazione e a modellarla finché essa acquista una sorta di compatibilità; altre devono esprimerla nella sua forma grezza, originaria, perlopiù impossibile. Ma in fondo si tratta sempre della stessa cosa la cui provenienza dalla medesima fonte non può essere equivocata.

Prima di domandarci dove vogliamo collocare il nuovo fatto della traslazione finiamo di descriverla. Che cosa succede con i pazienti di sesso maschile? In questo caso sarebbe legittimo sperare di sfuggire alla molesta interferenza della diversità di sesso e dell'attrazione sessuale. Eppure dobbiamo rispondere che le cose non vanno molto diversamente che con le donne. Lo stesso attaccamento al medico, la stessa

sopravvalutazione delle sue qualità, lo stesso assorbimento nei suoi interessi, la stessa gelosia verso tutti quelli che gli stanno vicino. Le forme sublimite della traslazione sono più frequenti fra uomo e uomo e la richiesta sessuale diretta più rara, nella misura in cui l'omosessualità manifesta passa in seconda linea rispetto agli altri impieghi di questa componente pulsionale. Nei suoi pazienti maschili il medico, inoltre, osserva più spesso che nelle donne un modo di manifestare la traslazione che a prima vista sembra contraddire quanto finora descritto, la traslazione ostile o negativa.

Mettiamo per prima cosa in chiaro che la traslazione insorge nel paziente sin dall'inizio del trattamento e rappresenta per un certo tempo il suo fattore più intensamente propulsivo. Fin tanto che essa opera a favore dell'analisi condotta in comune, non la si avverte e non c'è neanche bisogno di preoccuparsene. Se poi si trasforma in resistenza, è necessario prestarle attenzione, e si capisce che ha mutato il suo rapporto con la cura se si verificano due diverse e opposte condizioni: in primo luogo, quando come inclinazione affettuosa è diventata talmente forte, ha tradito con tale evidenza la sua origine dal bisogno sessuale, da dover suscitare contro di sé un'opposizione interna; e, in secondo luogo, quando consiste in impulsi ostili anziché affettuosi. I sentimenti ostili fanno di solito apparizione più tardi di quelli affettuosi e al seguito di questi ultimi; nella loro presenza simultanea essi rispecchiano bene l'ambivalenza emotiva [vedi lez. 26, in OSF, vol. 8] che domina la maggior parte dei nostri rapporti intimi con gli altri esseri umani. I sentimenti ostili indicano un legame emotivo quanto quelli affettuosi, così come un atteggiamento di sfida indica dipendenza allo stesso modo dell'obbedienza, pur essendo di segno opposto. Non può esserci dubbio per noi che i sentimenti ostili verso il medico meritano il nome di "traslazione", perché la situazione della cura non comporta assolutamente il loro sorgere; la concezione della traslazione negativa è necessaria e ci assicura che non siamo caduti in errore nel giudicare quella positiva o affettuosa.

Da dove sorga la traslazione, quali difficoltà ci presenti, come le superiamo e quale profitto alla fine traiamo da essa, tutto ciò è materia che andrebbe trattata esaurientemente in una guida tecnica all'analisi e oggi sarà da me soltanto sfiorato. Mentre è ovvio che non dobbiamo cedere alle richieste del paziente che conseguono dalla traslazione,

sarebbe assurdo respingerle in modo scortese o addirittura indignato; noi superiamo la traslazione dimostrando all'ammalato che i suoi sentimenti non derivano dalla situazione presente e non sono destinati alla persona del medico, bensì ripetono qualcosa che in lui è già accaduto precedentemente.⁷¹⁷ In tal modo lo costringiamo a trasformare la sua ripetizione in ricordo. Allora la traslazione che sembrava costituire comunque (affettuosa o ostile che fosse) la più forte minaccia per la cura, ne diventa il migliore strumento, con il cui aiuto si possono aprire i più impenetrabili scomparti della vita psichica.

Vorrei aggiungere alcune parole per cancellare il vostro stupore di fronte alla comparsa di questo inatteso fenomeno. Non dimentichiamo che la malattia del paziente che prendiamo in analisi non è qualcosa di concluso, di cristallizzato, ma qualcosa che continua a crescere e a svilupparsi come un essere vivente. L'inizio della cura non pone fine a questo sviluppo ma, appena la cura si è impadronita del malato, avviene che l'intera neoproduzione della malattia si riversa su un solo punto, ossia sul rapporto col medico. La traslazione diventa così paragonabile alla zona di cambio fra il legno e la corteccia di un albero, dalla quale deriva la formazione di nuovi tessuti e l'aumento di spessore del tronco. Non appena la traslazione è assurta a questa importanza, il lavoro sui ricordi dell'ammalato passa decisamente in secondo piano. Allora non è inesatto dire che non si ha più a che fare con la precedente malattia del paziente, bensì con una nevrosi di nuova formazione e profondamente trasformata, che sostituisce la prima. Questa nuova edizione della vecchia malattia noi l'abbiamo seguita fin dall'inizio, l'abbiamo vista nascere e crescere e in essa ci raccapezziamo particolarmente bene perché al suo centro, come oggetto, stiamo noi stessi. Tutti i sintomi del paziente hanno abbandonato il loro significato originario e hanno assunto un nuovo senso, che consiste in un rapporto con la traslazione; oppure sono sopravvissuti solo quei sintomi ai quali poteva riuscire una simile trasformazione. Domare questa nuova nevrosi artificiale significa però anche eliminare la malattia portata nella cura, significa risolvere il nostro compito terapeutico. Colui che nei rapporti con il medico è ormai diventato normale e non più soggetto a spinte pulsionali rimosse, tale resterà anche nella vita privata, quando il medico sarà uscito di scena.⁷¹⁸

La traslazione ha questa importanza straordinaria (che per la cura è addirittura fondamentale) nelle isterie, nelle isterie d'angoscia e nelle nevrosi ossessive, le quali perciò vengono raggruppate, a ragione, sotto la comune denominazione di "nevrosi di traslazione". Chi ha ricavato dal lavoro analitico un quadro complessivo della traslazione non può più dubitare di quale natura siano gli impulsi repressi che pervengono a esprimersi nei sintomi di queste nevrosi e non pretende che vengano addotte prove più convincenti del loro carattere libidico. Possiamo dire che soltanto con l'inserimento della traslazione il nostro convincimento sul significato dei sintomi come soddisfacimenti libidici sostitutivi si è definitivamente consolidato.

Abbiamo ora ampi motivi per migliorare la nostra precedente concezione dinamica del processo di guarigione e per farla armonizzare con le nuove vedute che abbiamo acquisito. Per imporsi nel normale conflitto con le resistenze messegli da noi a nudo nell'analisi [vedi lez. 27, in OSF, vol. 8], al malato occorre una potente spinta che influisca sulla sua decisione nel senso da noi desiderato e sia tale da orientarlo verso la guarigione. Altrimenti potrebbe succedere che egli si decidesse per la ripetizione dello sbocco precedente e lasciasse ripiombare nella rimozione ciò che ha elevato fino alla coscienza. A questo punto la lotta è decisa non dalla sua perspicacia intellettuale – che non è né abbastanza forte né abbastanza libera per tale impresa – bensì unicamente dal suo rapporto con il medico. Finché la sua traslazione è preceduta dal segno positivo, essa riveste il medico di autorità e si converte in fiducia nelle sue comunicazioni e concezioni. Senza tale traslazione, o se questa è negativa, egli non presterebbe nemmeno ascolto al medico e ai suoi argomenti. La fiducia ripete qui la storia della propria origine: è un derivato dell'amore e all'inizio non ha avuto bisogno di argomenti. Solo in seguito egli ha fatto un certo spazio a questi ultimi, sottoponendoli a verifica quando erano esposti da una persona cara. Argomenti privi di tale sostegno non hanno mai avuto valore, non valgono mai nulla nella vita della maggior parte degli uomini. Possiamo dunque dire in generale che anche sotto il profilo intellettuale, l'uomo è accessibile solo in quanto è capace di investimenti libidici oggettuali, e abbiamo valide ragioni per riconoscere e temere nelle dimensioni del suo narcisismo una barriera alla sua influenzabilità, anche a petto della migliore tecnica analitica.

La capacità di rivolgere investimenti libidici oggettuali anche su persone va evidentemente attribuita a tutte le persone normali. L'inclinazione alla traslazione dei cosiddetti nevrotici è soltanto un accrescimento straordinario di questa caratteristica universale. Ora, sarebbe davvero molto strano se un tratto della natura umana di questa diffusione e importanza non fosse mai stato notato e apprezzato. E in effetti ciò è stato fatto. Con sicuro acume Bernheim fondò la teoria dei fenomeni ipnotici sulla tesi che tutti gli uomini sono in qualche modo suscettibili di essere influenzati, "suggestionabili". Ciò che egli chiamava suggestionabilità non era altro che l'inclinazione alla traslazione, intesa in senso un po' troppo ristretto, talché la traslazione negativa non vi trovò posto. Ma Bernheim non poté mai dire che cosa sia propriamente la suggestione e come si instauri. Essa era per lui un dato di fatto fondamentale, della cui provenienza non poteva addurre alcuna prova. Non riconobbe la dipendenza della suggestibilità dalla sessualità, dall'attività della libido. Quanto a noi, dobbiamo renderci conto che nella nostra tecnica abbiamo abbandonato l'ipnosi solo per riscoprire la suggestione nella forma della traslazione.

Ma adesso mi fermo e lascio a voi la parola. Noto che in voi si agita un'obiezione che va facendosi talmente forte da togliervi ogni capacità di ascolto, se non le si lascia la possibilità di esprimersi: "Dunque, finalmente lei ha ammesso di operare con l'ausilio della suggestione come gli ipnotizzatori. Ce l'eravamo immaginato da un pezzo. Ma allora, perché seguire il cammino indiretto attraverso i ricordi del passato, la scoperta dell'inconscio, l'interpretazione e la ritraduzione delle deformazioni, perché quest'enorme dispendio di fatica, tempo e denaro, se l'unica cosa efficace è la suggestione? Perché non ci dà direttamente dei suggerimenti per combattere i sintomi, come fanno gli altri, gli onesti ipnotizzatori? Tanto più che se vuole addurre la scusa di aver fatto, lungo la via indiretta da lei seguita, numerose scoperte psicologiche importanti destinate, con la suggestione diretta, a rimaner nascoste, chi ci garantisce adesso che siano sicure? Non sono, anche queste scoperte, un risultato della suggestione, di una suggestione inintenzionale? Non può lei forse, anche in questo campo, imporre all'ammalato ciò che vuole e le sembra giusto?"

La vostra è un'obiezione interessantissima a cui va data una risposta. Ma oggi questo non è più possibile: ce ne manca il tempo. A

risentirci dunque la prossima volta. Per oggi devo ancora portare a termine quanto ho cominciato. Ho promesso di rendervi comprensibile, con l'aiuto del fatto assodato della traslazione, il motivo per cui i nostri sforzi terapeutici non hanno successo nelle nevrosi narcisistiche.

Posso farlo con poche parole, e vedrete con quanta facilità l'enigma si risolve e tutto torna perfettamente. L'osservazione permette di riconoscere che chi soffre di una nevrosi narcisistica non ha la minima capacità di traslazione o ne ha solo residui insufficienti. Sono malati che respingono il medico, non per ostilità, ma per indifferenza. Perciò non possono venire influenzati da lui e ciò che egli dice non fa loro né caldo né freddo; per conseguenza non possiamo con loro mettere in moto il meccanismo di guarigione che riusciamo a far funzionare negli altri, cioè il rinnovamento del conflitto patogeno e il superamento della resistenza dovuta alla rimozione. Restano come sono. Hanno già intrapreso, spesso di propria iniziativa, tentativi di guarigione che hanno prodotto esiti patologici [vedi lez. 26, in OSF, vol. 8]; noi non possiamo mutare questa situazione in alcun modo.

In base alle nostre impressioni cliniche, avevamo affermato che in questi malati gli investimenti oggettuali dovevano essere stati abbandonati e la libido oggettuale doveva essere stata trasformata in libido dell'Io [ibid.]. Per questa caratteristica li avevamo distinti dal primo gruppo di nevrotici (affetti da isteria, nevrosi d'angoscia e nevrosi ossessiva). Il loro comportamento di fronte al tentativo terapeutico conferma ora questa supposizione. Essi non dimostrano alcuna traslazione e perciò sono inaccessibili ai nostri sforzi e non possono essere da noi curati.