

Testi del Syllabus

Resp. Did. **ZANETTOVICH ANDREA** **Matricola: 010361**

Docente **ZANETTOVICH ANDREA, 6 CFU**

Anno offerta: **2023/2024**

Insegnamento: **004PS - PSICOLOGIA DINAMICA**

Corso di studio: **PS01 - SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE**

Anno regolamento: **2023**

CFU: **6**

Settore: **M-PSI/07**

Tipo Attività: **C - Affine/Integrativa**

Anno corso: **1**

Periodo: **Secondo Semestre**

Sede: **TRIESTE**



Testi in italiano

Lingua insegnamento Italiano

Contenuti (Dipl.Sup.) Lo sviluppo della teoria di Freud. Gli assunti di base sec. Freud e sec. Sandler. Il modello del trauma affettivo. Il modello topografico. Il concetto di transfert e i derivati transferali. I limiti del modello topografico e il passaggio al modello strutturale. Il modello strutturale. Narcisismo e oggetto d'amore. La funzione del sogno. Il processo di formazione del sogno. Il background della sicurezza. Adattamento psichico. Rappresentazione del modello sandleriano del 1969. Concetto di postura psicoanalitica e di empatia. Analisi di due brevi testi freudiani.

Testi di riferimento Sandler J: I Modelli della Mente di Freud, ed. FrancoAngeli
Clarici-Zanettovich: La Postura Psicoanalitica, ed. EUT
Articoli di Freud e Sandler indicati su Moodle

Obiettivi formativi Il corso si propone di fornire allo studente una sufficiente acquisizione della teoria di base e della terminologia tecnica nell'ambito della metapsicologia freudiana, al fine di consentirgli, in futuro, una lettura responsabile dei testi freudiani e un avvicinamento più consapevole alla dimensione clinica psicodinamica, cui verrà fatto riferimento anche in base a una visione della teoria e della tecnica più attuali. Si intende anche avvicinare lo studente alla fondamentale distinzione tra tecnica e metodologia psicoanalitiche, mediante l'utilizzo del concetto di postura psicoanalitica.
CONOSCENZA E COMPrensIONE: conoscenza delle basi del pensiero freudiano e dei significati precisi dei principali concetti teorici e clinici della psicoanalisi classica, per poter meglio comprendere i testi freudiani e, più in generale, quelli a orientamento psicodinamico.
CAPACITA' DI APPLICARE CONOSCENZA E COMPrensIONE: capacità di sviluppare via via un pensiero di impronta dinamica e di comprenderne i significati.
AUTONOMIA DI GIUDIZIO: capacità di acquisire progressivamente una prospettiva di giudizio delle ragioni più profonde dei principali stili relazionali interpersonali.

ABILITA' COMUNICATIVE: attraverso una partecipazione attiva alle lezioni, sviluppare la capacità di discutere e riflettere in gruppo su temi della dinamica interpersonale da una prospettiva psicanalitica.
CAPACITA' DI APPRENDERE: sviluppo di una metodologia di studio idonea a consolidare un pensiero chiaro, solido e coerente in tale ambito.

Prerequisiti	Non sono necessari particolari prerequisiti. Si ritiene importante la partecipazione attiva alle lezioni, improntate a un atteggiamento di riflessione.
Metodi didattici	Lezione frontale
Altre informazioni	Informazioni dettagliate verranno immesse nell'area riservata al corso nella piattaforma Moodle. Eventuali cambiamenti alle modalità qui descritte, che si rendessero necessari per garantire l'applicazione dei protocolli di sicurezza legati all'emergenza COVID19, saranno comunicati nel sito web di Dipartimento, del Corso di Studio e dell'insegnamento.
Modalità di verifica dell'apprendimento	Prova scritta con domande a risposta aperta
Programma esteso	Inserito su Moodle

Obiettivi per lo sviluppo sostenibile

Codice	Descrizione
--------	-------------



Testi in inglese

	Italian
	The development of Freud's theory. Freud's and Sandler's basic assumptions. The affect-trauma frame of reference. The topographical frame of reference. The transference and the transference derivatives. Limitations and transition to the structural model. The structural frame of reference. Narcissism and object-love. The function of dreaming. The process of dream formation. The background of safety. Psychic adaptation. Sandler's model of 1969. Concept of psychoanalytic posture and of empathy. Analysis of two short Freud's papers.
	Sandler J.: I Modelli della mente di Freud, ed. FrancoAngeli Clarici-Zanettovich: La Postura Psicoanalitica, ed. EUT Papers of Freud and Sandler entered on Moodle platform
	The course aims to provide the student with a sufficient acquisition of the basic theory and technical terminology in the field of Freudian metapsychology in order to allow him, in the future, to read responsibly a Freudian text and a more conscious approach to the clinical psychodynamic dimension, which reference will also be made based on a view of the most current theory and technique. We also intend to bring the student closer to the fundamental distinction between psychoanalytic technique and methodology, through the use of the concept of psychoanalytic posture. KNOWLEDGE AND UNDERSTANDING: knowledge of the bases of Freudian thought and the precise meanings of the main theoretical and clinical concepts of classical psychoanalysis in order to better understand Freudian texts and, more generally, those with a psychodynamic

orientation.

APPLYING KNOWLEDGE AND UNDERSTANDING: ability to gradually develop a dynamic thinking and to understand its meanings. MAKING JUDGEMENTS : ability to progressively acquire a perspective of judgment of the deeper reasons of the main interpersonal relational styles.

COMMUNICATIONS SKILLS: through active participation to the lessons, development of the ability to discuss and reflect in groups on issues of interpersonal dynamics from a psychoanalytic perspective.

LEARNING SKILLS:

development of a study methodology suitable for consolidating a clear, solid and coherent thought in this field.

No special prerequisites are required. Active participation in the lessons is considered important, based on an attitude of reflection.

Classroom lesson

Detailed informations will be entered in the area reserved to the course on the Moodle platform.

Any changes to the information provided here (that might be necessary to ensure the application of the safety protocols related to the COVID19 emergency) will be communicated via Department-, Degree course- and Moodle-website.

Written examination: open-ended questions

On Moodle platform

Obiettivi per lo sviluppo sostenibile

Codice

Descrizione

Ogni principiante in psicoanalisi è probabilmente preso all'inizio soprattutto dalle difficoltà presentate dalla interpretazione delle associazioni del paziente e dal problema della riproduzione del materiale rimosso. Tali difficoltà sono però destinate a rivelarglisi ben presto di scarsa importanza e a essere sostituite dalla persuasione che le uniche vere e serie difficoltà consistono nel modo di impiegare la traslazione.

Fra le diverse situazioni che si verificano in questo contesto, è mia intenzione traseglierne una sola, ben circoscritta: e ciò sia per la sua frequenza e la sua importanza pratica, sia per l'interesse teorico ch'essa presenta. Mi riferisco al caso in cui una paziente di sesso femminile lascia capire per indubbi segni o dichiara esplicitamente di essersi innamorata, come una qualsiasi altra donna mortale, del medico che l'analizza. Tale situazione ha i suoi aspetti tragici e i suoi aspetti seri. Essa è inoltre talmente complessa e soggetta a condizionamenti molteplici, si presenta con un carattere di tale fatalità ed è così difficile da risolvere, che discuterla avrebbe risposto da molto tempo a una esigenza vitale per la tecnica psicoanalitica. Ma poiché anche noi, pur facendoci beffe degli errori altrui, non ne siamo sempre del tutto immuni, non ci siamo fino ad ora affrettati a risolvere questo problema. Continuamente ci siamo trovati di fronte al dovere della discrezione professionale a cui nella vita non possiamo sottrarci, ma che certo non giova al progresso delle nostre cognizioni scientifiche. Nella misura in cui la letteratura psicoanalitica fa parte anch'essa della vita reale, abbiamo qui una contraddizione insanabile. Or non è molto, prescindendo per un attimo da questa discrezione, ho mostrato come proprio il verificarsi della

traslazione abbia rallentato, nel suo primo decennio, lo sviluppo della terapia psicoanalitica.¹

Per il profano ben educato — e profano, rispetto alla psicoanalisi, è anche il tipo d'uomo che corrisponde agli ideali della nostra civiltà — le faccende d'amore non sono confrontabili con alcuna altra cosa; è come se fossero scritte su una pagina speciale che non sopporta altri segni. Se quindi la paziente è innamorata del medico, il profano concluderà che esistono soltanto due soluzioni: quella più rara quando la situazione nel suo complesso consente la stabile e legittima unione dei due, e quella più frequente che induce medico e paziente ad andarsene ciascuno per la propria strada e ad abbandonare, come in forza di un qualsiasi altro incidente banale, il lavoro iniziato che doveva servire alla guarigione. Naturalmente si può anche immaginare una terza via d'uscita, che sembrerebbe conciliabile con la prosecuzione della cura, e cioè il costituirsi di una relazione amorosa illegittima non destinata a durare eternamente. Ma tanto la morale borghese quanto la dignità del medico rendono questa soluzione impossibile. Comunque il profano gradirebbe d'essere tranquillizzato, con un'assicurazione possibilmente chiara dello psicoanalista, sull'esclusione di questo terzo caso.

È evidente che lo psicoanalista deve impostare il problema in tutt'altro modo.

Consideriamo la seconda soluzione del caso in esame: il medico e la paziente si lasciano dopo che la paziente si è innamorata del medico; la cura viene dunque interrotta. Lo stato della paziente rende tuttavia necessario ben presto un secondo tentativo analitico presso un altro medico; accade però che essa si innamori anche di questo secondo medico, e così pure, se interrompe nuovamente e si rivolge a un altro, del terzo, e così via. Dal fatto che questa situazione si produca con certezza (e si tratta com'è noto di uno dei fondamenti della teoria psicoanalitica) si possono trarre due ammaestramenti: uno per il medico psicoanalista, l'altro per la paziente bisognosa d'analisi. Per il medico questo fenomeno ha il valore di un chiarimento prezioso e di un buon avvertimento a premunirsi da una "controtraslazione" che eventualmente stia per prodursi in lui? Egli deve ricono-

¹ Nel mio scritto *Per la storia del movimento psicoanalitico* (1914). [Allusione alle difficoltà create a Breuer dalla traslazione nel caso di Anna O. Vedi in questo volume pp. 385 sg.]

² Il tema della "controtraslazione", già accennato da Freud nello scritto sulle *Prospettive future della terapia psicoanalitica* (1910) p. 200, è ripreso più oltre a pp. 367 e 372 sg. Freud lo menziona tuttavia assai raramente in forma esplicita nei suoi scritti.]

scere che l'innamoramento della paziente è una conseguenza dovuta alla situazione analitica, e non può dunque essere ascritto a prerogative della propria persona, sicché egli non ha alcun motivo per insuperarsi di una tale "conquistista", come si direbbe fuori dell'analisi. Ed essere rammentati di ciò è sempre un bene. Quanto alla paziente le si impone un dilemma: o deve rinunciare a un trattamento psicoanalitico, o deve accettare come un destino inevitabile di innamorarsi del proprio medico.¹

So bene che i parenti della paziente si pronunceranno per la prima delle due possibilità con la stessa fermezza con cui lo psicoanalista si esprimerà in favore della seconda. Penso però che questo è un caso in cui la decisione non può essere lasciata alla tenera, o meglio alla egoistica e gelosa sollecitudine dei parenti. Soltanto l'interesse della malata dovrebbe decidere; l'amore dei congiunti non guarisce dalle nevrosi. Non è necessario che lo psicoanalista si imponga, ma è lecito che egli si dichiari indispensabile per ottenere determinati risultati. Chi, in qualità di parente, assume la posizione di Tolstoj rispetto a questo problema, può ben conservare l'indisturbato possesso della propria moglie o figlia, ma deve anche rassegnarsi a che essa persista nella sua nevrosi e nel disturbo ad essa connesso della sua capacità d'amore. Dico questo perché si tratta di una situazione simile a quella di un trattamento ginecologico. D'altronde il padre o il marito geloso si sbaglia di grosso, se ritiene che la paziente possa sottrarsi all'innamoramento per il medico, nel caso in cui le si lasci intraprendere un trattamento diverso da quello analitico per lottare contro la nevrosi. La differenza starebbe solo in ciò: questo altro innamoramento, destinato a rimanere inespresso e innalzzato, non potrebbe mai fornire quel contributo alla guarigione dell'ammalata che l'analisi può invece ricavare da una tale situazione.

Mi si dice che alcuni medici che esercitano l'analisi spesso² preparano le pazienti al manifestarsi della traslazione amorosa o addirittura le invitano "a innamorarsi soltanto del medico, perché in tal modo l'analisi può procedere rapidamente". Non riesco a immaginare una tecnica più balorda. Si toglie in tal modo al fenomeno il

persuasivo carattere della spontaneità, e ci si crea da soli degli ostacoli che saranno poi difficili da superare.¹

Va detto che a tutta prima non si ha l'impressione che dall'innamoramento in stato di traslazione possa derivare qualche cosa di utile per la cura. La paziente, anche quella che ha dimostrato fino a quel momento la massima arrendevolezza, perde improvvisamente ogni interesse al trattamento e cessa di capirlo; non vuole udire, o parlare d'altro che di quel suo amore che vorrebbe contraccambiato: abbandona i suoi sintomi, o li trascura, o addirittura si dichiara guarita. Si ha un completo cambiamento di scena, come quando uno spettacolo viene interrotto per l'improvvisa irruzione di un elemento reale: ad esempio quando durante una rappresentazione teatrale si leva un grido d'allarme per un incendio. Il medico che sperimenta questo evento per la prima volta fatica a tenere in pugno la situazione analitica e a sottrarsi all'errata impressione che il trattamento sia effettivamente giunto alla fine.

Con un po' di riflessione si riesce però a orizzontarsi. Soprattutto se si tiene a mente il sospetto che tutto ciò che ostacola la prosecuzione della cura può rivelarsi espressione della resistenza.² La resistenza partecipa indubbiamente in misura notevole al sorgere di questa tumultuosa esigenza d'amore. Già da tempo avevamo notato i segni di una tenera traslazione nella paziente; e avevamo potuto mettere sul conto di questo atteggiamento verso il medico la sua docilità, la sua accettazione delle spiegazioni dell'analisi, la notevole comprensione e l'alta intelligenza che essa dimostrava. Tutto questo ora è come spazzato via: l'ammalata è divenuta del tutto irragionevole e sembra abbandonarsi completamente al suo amore; d'altronde tale cambiamento si produce regolarmente proprio nel momento in cui si stava per chiedere alla paziente di ammettere o di ricordare un elemento della storia della sua vita, particolarmente penoso e fortemente rimosso. Ella era dunque innamorata da tempo, ma ora la resistenza comincia a servirsi di questo amore per ostacolare il proseguimento della cura, per distogliere ogni interesse dal lavoro e per mettere l'analista in una posizione imbarazzante.

Un attento esame consente di scorgere nella situazione anche l'in-

¹ [Nella prima edizione soltanto questo capoverso (che ha la natura di un inciso) era stampato in corpo minore.]

² Questa stessa tesi Freud l'aveva già asserita in forma assai più perentoria nella prima edizione dell'*Interpretazione dei sogni* (1899) p. 472. Ma nel 1925 egli aggiunse al passo in questione ("qualsiasi cosa disturbi la continuazione del trattamento è una resistenza") una lunga nota che chiarisce il significato tecnico di questa regola.]

¹ Che la traslazione possa anche manifestarsi con sentimenti diversi e meno affettuosi è cosa ben nota che esula tuttavia dall'argomento di questo scritto. [Vedi in *Tecnica della psicoanalisi* (1911-12): *Dinamica della traslazione* (1912) pp. 528 sg.]

² [Hänfig. Nella prima edizione soltanto al posto di questa parola era scritto: *frühzeitig* (sin dall'inizio, precocemente).]

flusso di altri motivi che complicano ancor più le cose, e che in parte si riferiscono all'innamoramento, ma in parte costituiscono espressioni peculiari della resistenza. Appartiene alla prima specie il tentativo della paziente di saggiare la propria irresistibilità, di spezzare l'autorità del medico abbassandolo al rango di amante e di ricavarne dal soddisfacimento amoroso tutti i possibili vantaggi collaterali. Quanto alla resistenza, si deve presumere che utilizzi eventualmente la dichiarazione d'amore come mezzo per mettere alla prova l'austerità dello psicoanalista, il quale, ove mostrasse di compiacersene dovrebbe attendersi i rimproveri della paziente. Ma soprattutto si ha l'impressione che la resistenza si comporti come un *agent provocateur*, accentuando l'innamoramento ed esagerando la disponibilità della paziente a concedersi sessualmente, per potere in seguito, con un richiamo ai pericoli di tale licenziosità, sottolineare con più forza la leggittimità della rimozione [vedi sopra p. 358]. Come è noto tutti questi elementi accessori, che in casi più semplici possono anche mancare, sono stati considerati da Alfred Adler come l'essenza stessa dell'intero processo.¹

Ma come deve comportarsi lo psicoanalista per trarsi d'impegno in questa situazione, quando egli stabilisca che la cura, nonostante questa traslazione amorosa e proprio attraverso di essa, debba continuare?

Sarebbe facile per me a questo punto, ricalcando i principi della morale comune, sostenere che l'analista non deve mai e poi mai accogliere o ricambiare la tenerezza offertagli: e che egli deve piuttosto rendersi conto che è giunto il momento, di fronte alla donna innamorata, di fare le parti dell'esigenza morale e della necessità della rinuncia, inducendola ad abbandonare le sue aspirazioni e a proseguire il lavoro analitico, vincendo la parte più propriamente animalesca del suo essere.

Tuttavia io non soddisferei questa attesa, né nella prima né nella seconda parte: non nella prima, perché io non scrivo per la clientela, ma per i medici i quali debbono lottare contro serie difficoltà; inoltre perché ho qui la possibilità di risalire dal precetto morale alla sua origine, cioè a dire alla sua pratica utilità. Mi trovo infatti questa volta nella fortunata condizione di poter sostituire, senza che cambi l'esito, il precetto moralistico con considerazioni proprie della tecnica analitica.

¹ [A. ADLER, Beitrag zur Lehre vom Widerstand, Zbl. Psychoanal., vol. 1, 210 (1911).]

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

E neppure posso consigliare una via di mezzo, che a qualcuno può sembrare particolarmente ingegnosa. Secondo questa via si potrebbe raccomandare all'analista di ricambiare i sentimenti di tenerezza della paziente, evitando tuttavia ogni manifestazione fisica di questa tenerezza, fino a quando diventi possibile avviare il rapporto su binari più tranquilli, portandolo a un livello superiore. Contro un tale espediente debbo obiettare che il trattamento psicoanalitico si fonda sulla sincerità. Buona parte della sua efficacia educativa e del suo valore etico risiedono precisamente in ciò; ed è pericoloso abbandonare questo fondamento. Chi si è profondamente immedesimato nella tecnica analitica, non riesce più assolutamente a ricorrere alle menzogne e agli inganni che abitualmente i medici reputano inevitabili; e se, con le migliori intenzioni di questo mondo, cerca di avvalersene, finisce col tradirsi. Dal momento che si richiede al paziente la più assoluta sincerità, ci si gioca tutta la propria autorità lasciandosi cogliere da lui mentre si deflette dalla verità. Del resto, l'esperimento di lasciarsi andare a sentimenti di tenerezza nei confronti della paziente non è sempre esente da pericoli. Non sempre ci si domina al punto da non trovarsi improvvisamente, un momento o l'altro, oltre i limiti che ci si era prefissati. Penso perciò che non si debba abbandonare quella impassibilità a cui si è pervenuti trattenendo la controtraslazione.

Ho già lasciato intendere che la tecnica analitica fa obbligo al medico di rifiutare alla paziente bisognosa d'amore il soddisfacimento richiesto. D'altronde la cura deve essere condotta in stato di astinenza; e con ciò non mi riferisco soltanto alla privazione fisica; ma neppure intendo la privazione di tutto ciò a cui la paziente aspira, giacché probabilmente nessun ammalato sopporterebbe questo. Vo-

glio piuttosto porre questo principio generale: che occorre lasciar persistere nella malata i bisogni e i desideri, come forze propulsive al lavoro e al mutamento, evitando quindi di metterli a tacere con surrogati. Altro che surrogati non potrebbero infatti essere offerti, giacché l'ammalata — per il suo stato e fintanto che non sono eliminate le sue rimozioni — è incapace di un appagamento effettivo.

Si intende bene che il principio secondo il quale la cura analitica deve essere effettuata in stato di privazione va inteso ben al di là del singolo caso qui considerato, e ch'esso richiederebbe una discussione approfondita per poter definire i limiti della sua applicabilità.¹ In questa sede eviteremo tuttavia di affrontare tale discussione e ci atterremo il più strettamente possibile alla situazione da cui siamo partiti. Che cosa accadrebbe se il medico si comportasse diversamente e si servisse di una libertà concessa, supponiamo, a entrambi, per corrispondere all'amore della paziente e placare così il suo bisogno di tenerezza?

Se egli così contasse di riuscire, mediante una tale corresponsione, a garantirsi il proprio potere sulla paziente, tanto da indurla a risolvere i compiti della cura e a ottenere la definitiva liberazione dalla nevrosi, l'esperienza si incaricherebbe di mostrarci che egli ha fatto male i suoi conti. La paziente raggiungerebbe il proprio fine, mentre egli non raggiungerebbe mai il suo; così che si produrrebbe tra il medico e la paziente quello che un divertente aneddoto racconta di un sacerdote e di un agente di assicurazioni. A un agente di assicurazioni miscredente e gravemente ammalato vien condotto, per iniziativa dei parenti, un religioso perché lo converta prima della morte. Il colloquio si protrae così a lungo che coloro i quali attendono fuori cominciano a sperare. Quand'ècco che la porta della stanza dove giace il malato si apre; il miscredente non è stato convertito, ma il sacerdote se ne vien via con una polizza.

Se il suo amore venisse corrisposto, ciò costituirebbe un grande trionfo per la malata ma un totale naufragio per la cura. La malata sarebbe riuscita a far ciò a cui tendono tutti gli ammalati in analisi; cioè a mettere in atto, a ripetere nella vita reale quello che essa dovrebbe soltanto ricordare riproducendolo come materiale psichico e trattendolo nella sfera puramente psichica.² Nel corso ulteriore della relazione amorosa essa metterebbe in campo tutte le inibizioni e le reazioni patologiche della sua vita amorosa, senza che vi sia

modo di correggerle; né potrebbe esserle evitata la tormentosa esperienza che si accompagna al rimorso e l'intensa accentuazione della sua propensione a rimuovere. Una eventuale relazione amorosa porrebbe senz'altro termine alla possibilità di influenzare la paziente mediante il trattamento analitico; l'unione fra l'analista e la paziente è dunque una vera assurdità.

Esaudire la richiesta d'amore della paziente è perciò per l'analista altrettanto nefasto che reprimere. La via che l'analista deve seguire è un'altra, e tale che non esiste per essa alcun modello nella vita reale. Ci si guardi bene dal respingere la traslazione amorosa, dallo scacciarla, dal dissuadere la paziente; e ci si astenga altrettanto fermamente dal ricambiarla in qualunque modo. Si tenga in pugno la traslazione amorosa, ma la si tratti come qualche cosa di irreal, come una situazione che deve verificarsi durante la cura e va fatta risalire alle sue cause inconscie, aiutando in tal modo a ricondurre alla coscienza e quindi al controllo della paziente gli elementi latenti della sua vita amorosa. Quanto più si dà l'impressione di essere noi stessi immuni da ogni tentazione, tanto più facilmente si può trarre dalla situazione il suo contenuto analitico. La paziente, in cui la rimozione sessuale non ancora eliminata è soltanto passata in secondo piano, si sentirà allora sufficientemente sicura per mettere in luce tutte le condizioni a cui è soggetta la sua vita amorosa, tutte le fantasie connesse alle sue aspirazioni sessuali, tutte le singole peculiarità del suo innamoramento, e partendo da questi elementi si aprirà da sola la via che conduce alle radici infantili del suo amore.

Vi è una categoria di donne con le quali questo tentativo di utilizzare per il lavoro analitico la traslazione amorosa, senza tuttavia soddisfarla, comunque non riesce. Si tratta di donne dalla passionalità elementare che non ammette surrogati: figlie della natura, che non accettano una realtà psichica in cambio di quella materiale, e che, per dirla col poeta, sono accessibili soltanto alla "logica della polenta... alla tesi della bistecca".¹ Con tali persone la scelta è questa: o ricambiare l'amore oppure attrarre su di sé l'ostilità della donna delusa; e in nessuno dei due casi si possono salvaguardare gli interessi della cura. Non resta allora che ritirarsi senza aver ottenuto nulla: e rimane solo il problema di come si concili la possibilità della nevrosi con una tale indomabile esigenza d'amore.

Il mezzo che a molti psicoanalisti è risultato idoneo, per condurre

¹ Freud affronterà quest'argomento in *Vie della terapia psicoanalitica* (1918).

² Vedi il saggio che precede *Ricordare, ripetere e rielaborare* (1914), pp. 355-56.

¹ Dalla poesia di Heine "I ratti migranti".

progressivamente alla concezione analitica altre pazienti il cui innamoramento abbia caratteri meno violenti, è il seguente. Si mette anzitutto in rilievo l'inequivocabile apporto della resistenza a questo "amore". Un innamoramento vero e proprio dovrebbe rendere docile la paziente e accrescere la sua disponibilità a risolvere i problemi del proprio caso, se non altro perché l'uomo da lei amato lo esige. Una donna davvero innamorata sceglierebbe di buon grado la via che porta al compimento della cura, per rendersi più preziosa agli occhi del medico e per prepararsi a quella realtà nella quale l'inclinazione amorosa possa trovare il suo posto. Ecco invece che la paziente si mostra caparbia e indisciplinata, ch'essa ha abbandonato ogni interesse per la cura e non presta alcuna attenzione alle ben radicate convinzioni del medico. Ch'essa dunque, sotto la forma apparente dell'innamoramento, esprime semplicemente una resistenza, senza farsi alcuno scrupolo di portare il medico in un cosiddetto "vicolo cieco". Giacché se l'analista, come il suo dovere e la sua ragione gli impongono, la respinge, essa potrà assumere la parte della donna che ha subito un'umiliazione e potrà sottrarsi agli sforzi che egli fa per curarla servendosi del proprio rancore e del proprio desiderio di vendetta, così come ora si serve del proprio presunto amore.

Come secondo argomento contro l'autenticità di questo amore si fa osservare che esso non reca in sé un solo tratto originale, generato dalla situazione attuale, ma si costituisce mediante ripetizioni e riproduzioni stereotipate di reazioni precedenti, alcune delle quali risalgono addirittura all'infanzia. E si ha cura di darne una dimostrazione mediante un'analisi particolareggiata del comportamento amoroso della paziente.

Aggiungendo a questi argomenti la necessaria dose di pazienza, si riesce in genere a superare la difficile situazione, e così, sia che questo innamoramento si attenui, sia che esso si "ribalti", è possibile procedere nel lavoro il cui scopo diventa quello di scoprire la scelta oggettiva infantile e le fantasie che intorno ad essa la paziente ha elaborato.

Vorrei tuttavia a questo punto esaminare criticamente gli argomenti esposti e chiedermi se con essi abbiamo detto la verità alla paziente, o se, indottivi da uno stato di necessità, abbiamo dissimulato e deformato le cose. In altri termini, l'amore quale si rivela nella cura analitica può veramente dirsi qualcosa di non reale?

Penso che abbiamo detto la verità alla paziente, ma non tutta la verità, la quale non si dà pensiero degli esiti che produce. Dei due

nostri argomenti il primo è indubbiamente il più forte, giacché l'apporto della resistenza all'amore di traslazione è indiscutibile e assai considerevole. Tuttavia la resistenza non ha creato essa stessa un tale amore; essa lo trova di fronte a sé, se ne serve e ne esagera le manifestazioni. L'autenticità del fenomeno non risulta diminuita per il concorso della resistenza. Il nostro secondo argomento è di gran lunga più debole. È bensì vero che questo innamoramento costituisce una riedizione di antichi processi e riproduce reazioni infantili. Ma questo è il carattere tipico di qualsiasi innamoramento. Non ve n'è infatti alcuno che non riproduca modelli infantili. E proprio le determinanti infantili conferiscono all'amore quella peculiare coattività che sembra sconfinare nel patologico. Forse l'amore di traslazione offre un grado di libertà minore che non l'amore quale si verifica nella vita e che chiamiamo normale, e lascia scorgere di più la sua dipendenza dai modelli infantili, rivelandosi meno duttile e malleabile. Ma questo è tutto, e non è l'essenziale.

E che cos'altro dovrebbe contrassegnare l'autenticità di un amore? Forse le sue possibilità concrete, la sua efficacia nel conquistare la meta amorosa? Ma sotto un tale aspetto l'amore di traslazione non sembra esser da meno di alcuna altra specie di amore; si ha l'impressione di poter ottenere qualunque cosa da questo amore.

Riassumiamo dunque. Non abbiamo alcun diritto di contestare all'innamoramento, quale si produce nel trattamento analitico, il carattere di un amore effettivo. Se ci appare una cosa tanto poco normale, ciò si spiega esaurientemente col fatto che anche l'innamoramento che si verifica abitualmente al di fuori della cura analitica ci rammenta piuttosto i fenomeni psichici abnormi che non quelli normali. Tuttavia esso è caratterizzato da alcuni elementi che gli conferiscono una posizione particolare: 1) è provocato dalla situazione analitica, 2) è esaltato dalla resistenza che domina quella situazione, 3) si sottrae in misura notevole alla considerazione della realtà, e più imprudente, più incurante delle conseguenze, più cieco nella valutazione della persona amata, di quanto siano abituati a pensare di un innamoramento normale. Tuttavia non possiamo dimenticare che proprio questi elementi di deviazione dal comportamento normale costituiscono in definitiva l'essenza dell'essere innamorati.

Per quel che riguarda la condotta del medico la prima delle tre succitate peculiarità dell'amore di traslazione è quella decisiva. Egli ha suscitato questo innamoramento iniziando il trattamento analitico per la guarigione della nevrosi: si tratta per lui dell'inevitabile

esito di una situazione medica, come il fatto che un ammalato si denuda di fronte a lui o gli confida un segreto di importanza vitale. Perciò il principio a cui si attiene saldamente è che non gli è lecito trarre alcun personale da una tale situazione. Né la disponibilità della paziente può modificare questo stato di cose; essa non fa che rovesciare l'intera responsabilità sulla persona del medico. Come egli deve ben sapere, l'ammalata non può disporre di alcun altro meccanismo per la guarigione. Quando si è riusciti a superare felicemente ogni difficoltà, spesso essa ammette la fantasia anticipatoria con cui ha intrapreso la cura: se si comporterà bene durante l'analisi, alla fine sarà premiata con la tenerezza del medico.

Per il medico vi è dunque una coincidenza di motivi etici e tecnici, i quali gli vietano di concedere il suo amore all'ammalata. Egli deve sempre tener presente la sua meta: che è quella di far sì che la donna, imbita in forza di fissazioni infantili nelle sue capacità amorose, giunga a disporre liberamente di questa funzione per lei inestimabilmente importante: non però perché essa la sprechi durante la cura, ma perché la serbi per la vita reale, quando, concluso il trattamento, le esigenze della vita si faranno sentire. Egli non deve ripetere con lei la storia di quella gara di cani, nella quale vien posta come premio una filza di salicce, e che un burlone, lanciando una singola saliscia sulla pista, manda a monte, giacché i cani si slanciano su questa scordando la corsa e l'intera filza che attende sul traguardo il vincitore. Non dirò che sia sempre facile per il medico mantenersi entro i limiti che gli vengono prescritti dalla morale e dalla tecnica. In ispecie un uomo giovane e non ancora legato da saldi vincoli può avvertire questo come un compito assai duro. Indubbiamente l'amore fra i sessi è una delle cose più importanti della vita, e l'unione del soddisfaccimento spirituale e fisico che si attinge nel godimento d'amore ne rappresenta precisamente uno dei vertici. Tutti gli uomini, salvo alcuni strambi maniaci, lo sanno e orientano di conseguenza la propria esistenza. Soltanto nella scienza si ha ritengo ad ammetterlo. D'altronde è una parte imbarazzante per un uomo quella di fare lo sdegnoso di fronte alla donna che impetra l'amore; e una donna per bene la quale confessi la propria passione esercita, nonostante la nevrosi e la resistenza, un fascino incomparabile. Né la tentazione è data dalle pretese grossolanamente sensuali della paziente. Queste agiscono piuttosto in senso negativo, e richiedono tutta la tolleranza del medico per poter essere considerate come un fenomeno naturale. Il pericolo di scordare per una bella espe-

rienza la tecnica e la missione del medico è rappresentato piuttosto dai moti di desiderio più delicati, inibiti nella meta, da parte della donna.

Con tutto ciò la possibilità di cedere va assolutamente esclusa per lo psicoanalista. Per quanto in alto egli ponga l'amore, deve porre ancora più in alto l'opportunità che gli è data di far superare alla paziente una fase decisiva della sua vita. Essa deve imparare da lui a oltrepassare il "principio di piacere", a rinunciare a un soddisfacimento immediato ma socialmente inaccettabile, in favore di un soddisfacimento più lontano e forse anche meno sicuro, ma psicologicamente e socialmente ineccepibile. A tale scopo essa deve venir condotta a ripercorrere le fasi più remote del suo sviluppo psichico, così da acquistare per una tale via quel di più di libertà spirituale che distingue, da un punto di vista sistematico, l'attività psichica cosciente da quella inconscia.¹

Lo psicoanalista deve perciò combattere una battaglia su tre fronti: in sé stesso, contro le forze che tenderebbero ad abbassarlo dal piano dell'analisi; fuori dell'analisi, contro gli avversari che gli contestano l'importanza delle forze motrici sessuali e gli interdicono di avvalersene nella sua tecnica scientifica; e nell'analisi stessa, contro le sue pazienti, le quali da principio si comportano allo stesso modo degli avversari, ma in seguito manifestano chiaramente la sopravvalutazione della vita sessuale di cui sono preda, e vogliono rendere il medico prigioniero della loro passionalità socialmente incontrollata.

I profani, del cui atteggiamento verso la psicoanalisi ho detto in principio, non mancheranno certo di prendere occasione anche da questa analisi dell'amore di traslazione per attirare l'attenzione del mondo sulla pericolosità di questo metodo terapeutico. Quanto allo psicoanalista, egli sa bene di lavorare con forze altamente esplosive e di dover procedere con le stesse cautele e la stessa coscienza del chimico. Ma quando mai si è interdetto al chimico l'uso delle sostanze esplosive che gli sono necessarie per l'opera sua, a cagione della loro pericolosità? È singolare che la psicoanalisi debba conquistarsi per proprio conto e di bel nuovo quelle libertà che sono da tempo riconosciute alle altre attività mediche. Io non sono certo del parere che si debbano abbandonare i metodi blandi di trattamento. Per molti casi essi sono sufficienti: e in fin dei conti può darsi che

¹ [La distinzione fra conscio e inconscio in psicoanalisi da un punto di vista descrittivo, dinamico e sistematico è chiarita nello scritto freudiano Nota sull'inconscio in psicoanalisi (1912).]

il *furor sanandi* sia tanto poco utile alla società umana quanto ogni altra forma di fanatismo. Ma credere che si possano vincere le psiconevrosi operando con blandi mezzi, significa sottovalutare grossolanamente la natura di queste affezioni, la loro origine e la loro effettiva importanza. No: nell'attività terapeutica resterà sempre posto, accanto alla medicina, per il *ferrum* e per l'*ignis*:¹ e così pure non si può rinunciare a una rigorosa e non addomesticata psicoanalisi, la quale non tema di maneggiare i moti psichici più pericolosi e di padroneggiarli nell'interesse del malato.

¹ Allusione a un aforisma attribuito a Ippocrate: "Ciò che non cura la medicina, lo cura il ferro; ciò che il ferro non cura lo cura il fuoco; e ciò che il fuoco non può curare va ritenuto incurabile."⁷

Nell'ottobre 1913 Bleuler e Jung si ritirarono rispettivamente dalla direzione e dalla redazione dello "Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen". Il periodico mutò anche nome e uscì nel 1914 come "Jahrbuch der Psychoanalyse" sotto la direzione unica di Freud, conservando la numerazione precedente. Nel volume di quell'anno, il sesto (unico perché la pubblicazione fu poi interrotta a causa della guerra), Freud pubblicò due lavori, uno dei quali, con la data febbraio, è questo. (Per l'altro, *l'Introduzione al narcisismo*, composto circa nello stesso periodo, vedi oltre, pp. 443 sgg.)

Era già avvenuta tre anni prima la rottura con Adler e il suo gruppo, e da un anno si erano interrotti i rapporti personali fra Freud e Jung, benché Jung continuasse a tenere la Presidenza dell'Associazione psicoanalitica internazionale, che gli era stata confermata, sia pur fra molti contrasti, al Congresso di Monaco (settembre 1913).

Adler e Jung avevano continuato, malgrado i dissensi teorici con Freud, a chiamare "psicoanalisi" le loro dottrine. Freud nel presente scritto rivendica a sé, come fondatore della psicoanalisi, il diritto di precisare che cosa per psicoanalisi si debba intendere, e di respingere come estranee alla psicoanalisi le dottrine che ne modificano i principi informativi. Dopo questa netta presa di posizione, Jung diede le dimissioni dalla presidenza dell'Associazione psicoanalitica internazionale (20 aprile), dalla quale uscì in luglio con tutto il proprio gruppo. Da allora Jung chiamò la propria dottrina "Psicologia analitica". Adler, che all'inizio aveva fondato in contrapposizione alla Società psicoanalitica una "Società per una libera psicoanalisi", aveva già adottato per la propria dottrina l'espressione "Psicologia individuale".

Per svolgere la propria tesi Freud fa una storia della psicoanalisi.

Il saggio si divide in tre parti. Nella prima viene narrata l'origine della psicoanalisi: i rapporti con Breuer (che Freud tratta con molta deferenza), e il successivo isolamento fino al 1902. A proposito della tesi del fondamento sessuale delle nevrosi, che aveva determinato, oltre al distacco da Breuer, il lungo ostracismo da parte del mondo scientifico, Freud narra qui per la prima volta come questa tesi, prima di essere da

lui formulata e sviluppata, gli fosse stata suggerita separatamente, sia pure in forma concisa, da tre personalità scientifiche di grande prestigio; tali comunicazioni erano state del tutto dimenticate (rimosse) per riapparire soltanto molto più tardi nel suo ricordo. Queste amnesie sono simili a quelle per cui un adulto spesso non è in grado di dire da chi abbia avuto, nell'infanzia o nella preadolescenza, le prime rivelazioni sulla realtà della vita sessuale. Anche Freud afferma di essere rimasto scandalizzato dalle comunicazioni ricevute da queste figure paterne (Charcot, lo stesso Breuer e il ginecologo Rudolph Chrobak), e attribuisce a una tale reazione emotiva la sopravvenuta amnesia. Va del resto rilevato come assai spesso Freud, nel corso della sua attività scientifica, abbia avuto, anche in altre occasioni, il dubbio di aver già udito o letto come opera altrui i concetti che gli si erano presentati come originali.

Nella seconda parte Freud narra lo sviluppo del movimento psicoanalitico dal 1902 al 1910, e cioè la costituzione del piccolo gruppo viennese che finì col dar luogo alla "Società psicologica del mercoledì", e, dopo il 1907, l'apporto decisivo del gruppo zurighese di Bleuler e Jung attraverso il quale la dottrina e la pratica della psicoanalisi si diffusero oltre i confini dell'Austria. In una nota aggiunta nell'edizione del 1923, viene data notizia anche della ulteriore diffusione del movimento psicoanalitico. Le due prime parti di questa esposizione sono state ampiamente riprese nella *Autobiografia* (1924) di Freud.

La terza parte si rifà agli ultimi avvenimenti, e cioè al distacco dal movimento di Adler e di Jung. Chiedendosi come sia stato possibile che valenti scienziati i quali avevano dato importanti contributi allo sviluppo della psicoanalisi, accettandone i principi informativi e trovandone costante conferma nell'esercizio dell'attività analitica, avessero potuto a un tratto rinnegare quei principi, Freud fa un paragone con ciò che talora accade con i pazienti nel corso del trattamento psicoanalitico (vedi p. 421). Succede infatti che qualche paziente, dopo aver appreso alcune parti del sapere analitico fino a riuscire a maneggiarle come cosa propria, mandi improvvisamente all'aria tutto ciò che ha assimilato e sviluppi le stesse resistenze che si presentavano all'inizio del trattamento. "Con gli psicoanalisti le cose possono svolgersi esattamente come con i pazienti in analisi."

La polemica scientifica fra ex collaboratori, che in ogni campo può difficilmente essere mantenuta su un piano di assoluta obiettività, in sede psicoanalitica è più che mai esposta a quei fattori irrazionali che generano le resistenze, perché ognuno è personalmente e intimamente coinvolto in ogni tesi che venga presentata. Anche Freud nel presente scritto usa un tono per lui insolito, spesso passionale e aspro.

La polemica con Adler e Jung viene condotta da Freud, in questo periodo, anche attraverso altri due lavori, scritti peraltro in forma più pacata e scientifica, come osserva Ernest Jones in *Vita e opere di Freud*, vol. 2, p. 337. Sono i due importanti saggi *Introduzione al narcisismo* e *Dalla storia di una nevrosi infantile riportati in questo stesso volume alle pp. 443 segg. e 487 segg.* Nel primo le argomentazioni sono di tipo più teorico, nel secondo a carattere prevalentemente clinico. Spunti polemici nei

confronti di Adler e di Jung si ritrovano in molti altri scritti successivi di Freud, come ad esempio nel saggio "Un bambino viene picchiato" (1919).

Il presente scritto fu pubblicato con il titolo *Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung* nello "Jahrbuch der Psychoanalyse", vol. 6, 207-60 (1914). Esso è stato riprodotto in *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre*, vol. 4 (1918) pp. 1-77; come monografia a sé apparve presso l'*Internationaler Psychoanalytischer Verlag* (Vienna e Zurigo 1924) e ancora in *Gesammelte Schriften*, vol. 4 (1918) pp. 411-80, e in *Gesammelte Werke*, vol. 10 (1946) pp. 44-113.

Appare in italiano, nella versione di Angela Staude, in *Freud, Psicoanalisi* (Boringhieri, Torino 1963). È qui presentato nella traduzione di Angela Staude e Renata Colonna.

Freud, S. (1912) Dinamica della Traslazione. In *Tecnica della Psicoanalisi. Opere di Sigmund Freud. vol 6* (pp. 523-532), Torino: Bollati Boringhieri

Dinamica della traslazione

1912

L'argomento della traslazione, difficile da trattare esaurientemente, è stato recentemente affrontato in modo descrittivo su questo "Zentralblatt" da Wilhelm Stekel.⁶⁷⁰ Vorrei qui aggiungere alcune osservazioni che consentano di comprendere in che modo la traslazione si instauri necessariamente nel corso di una cura psicoanalitica e venga ad assumere la funzione che ci è nota durante il trattamento.

È bene che su una cosa facciamo chiarezza: ogni uomo ha acquisito, per l'azione congiunta della sua disposizione congenita e degli influssi esercitati su di lui durante gli anni dell'infanzia, una determinata indole che caratterizza il modo di condurre la vita amorosa, vale a dire le condizioni che egli pone all'amore, le pulsioni che con ciò soddisfa e le mete che si prefigge.⁶⁷¹ Ne risulta per così dire un cliché (o anche più d'uno), che nel corso della sua esistenza viene costantemente ripetuto, ristampato quasi, nella misura in cui lo consentono le circostanze esterne e la natura degli oggetti d'amore accessibili; cliché che tuttavia può in parte modificarsi in relazione a impressioni recenti. Ora, dalle nostre esperienze risulta che soltanto una parte di questi impulsi che determinano la vita amorosa ha compiuto il processo dell'evoluzione psichica nella sua interezza; questa parte è rivolta verso la realtà, è a disposizione della

personalità cosciente e ne costituisce un elemento. Un'altra parte di questi impulsi libidici è stata frenata nell'evoluzione, distolta dalla personalità cosciente nonché dalla realtà, ha potuto dispiegarsi soltanto nella fantasia o è rimasta interamente sepolta nell'inconscio; essa è quindi ignota alla coscienza della personalità. Ora, se il bisogno d'amore di un individuo non è stato completamente appagato dalla realtà, egli è costretto ad avvicinarsi con rappresentazioni libidiche anticipatorie ad ogni nuova persona che incontra, ed è del tutto verosimile che entrambe le componenti della sua libido, sia quella capace di giungere alla coscienza che quella inconscia, partecipino alla formazione di questo atteggiamento.

È dunque normalissimo e comprensibile che l'investimento libidico, parzialmente insoddisfatto, tenuto in serbo con grande aspettativa dall'individuo, si rivolga anche alla persona del medico. In conformità con le nostre premesse, questo investimento si atterrà a certi modelli, procederà da uno dei clichés esistenti nella persona interessata oppure, in altri termini, inserirà il medico in una delle "serie" psichiche che il paziente ha formato sino a quel momento. Se l'"imago paterna" (per usare la felice espressione di Jung)⁶⁷² diventa il fattore determinante di questo inserimento, il risultato corrisponderà ai rapporti reali del soggetto con il medico. Ma la traslazione non è legata necessariamente a questo modello, essa può effettuarsi anche secondo l'imago materna o fraterna e così via. Le peculiarità della traslazione sul medico, grazie alle quali, per modo e misura, essa va oltre ciò che può essere giustificato oggettivamente e razionalmente, diventano comprensibili tenendo conto appunto che non solo le rappresentazioni anticipatorie coscienti, ma anche quelle trattenute o inconscie hanno prodotto questa traslazione.

Su questo comportamento della traslazione non ci sarebbe altro da dire o da almanaccare, se non rimanessero inspiegati due punti che sono di particolare interesse per lo psicoanalista. In primo luogo non comprendiamo perché la traslazione appaia tanto più intensa nei nevrotici in analisi che negli altri; in secondo luogo rimane enigmatico perché nell'analisi la traslazione si opponga a noi come la resistenza più forte al trattamento, mentre in trattamenti diversi dobbiamo riconoscere in essa il supporto dell'effetto terapeutico, la condizione del suo esito positivo. L'esperienza ci permette pure di confermare, ogniqualvolta lo desideriamo, che quando le associazioni libere di un paziente vengono meno,⁶⁷³ l'arresto può essere sempre eliminato mediante l'assicurazione ch'egli si trova in quel momento sotto il dominio di un'associazione che ha a che fare con la persona del medico o con qualcosa che lo riguarda. Appena si è data questa spiegazione, l'arresto associativo scompare, oppure la situazione nella quale le associazioni erano venute meno si trasforma in una situazione in cui queste vengono tenute sotto silenzio.

A prima vista sembra un enorme svantaggio della psicoanalisi come metodo il fatto che in essa la traslazione, che altrove è la più potente leva del

successo, si tramuti nel mezzo più forte della resistenza. Ma se esaminiamo la situazione più da vicino, possiamo almeno eliminare il primo dei due problemi. Non è vero che la traslazione compaia durante il trattamento psicoanalitico in modo più intenso e irrefrenabile che fuori di esso. Negli istituti psichiatrici, in cui i malati nervosi non vengono trattati con l'analisi, si osservano le intensità più alte e le forme più vergognose di una traslazione che giunge all'asservimento, e che possiede inoltre la più inequivocabile coloritura erotica. In un tempo in cui non esisteva nulla di simile alla psicoanalisi, un'osservatrice acuta come Gabriele Reuter ha descritto il fenomeno in un libro molto notevole, che del resto rivela, sotto ogni aspetto, il migliore punto di vista sulla natura e sulla genesi delle nevrosi.⁶⁷⁴ Queste caratteristiche della traslazione non vanno dunque messe in conto alla psicoanalisi, ma attribuite alla nevrosi stessa. Il secondo problema rimane per ora intatto.

A questo problema, cioè alla domanda perché la traslazione si opponga a noi come resistenza nella psicoanalisi, dobbiamo ora accostarci più da vicino. Teniamo presente la situazione psicologica del trattamento: condizione preliminare, regolare e indispensabile, dell'insorgere di tutte le psiconevrosi è il processo che Jung ha definito appropriatamente introversione della libido.⁶⁷⁵ Ciò significa che la parte di libido capace di giungere alla coscienza e rivolta alla realtà viene ridotta, mentre la parte distolta dalla realtà e inconscia, che eventualmente può ancora alimentare le fantasie del soggetto ma appartiene all'inconscio, viene nella stessa misura aumentata. La libido si è data (totalmente o in parte) alla regressione e ha rianimato le imagines infantili.⁶⁷⁶ In questo cammino la segue ora il trattamento analitico, il quale si propone di rintracciare la libido, di renderla nuovamente accessibile alla coscienza e capace infine di porsi al servizio della realtà. Dove l'indagine analitica urta contro la libido ritiratasi nei suoi anfratti, scoppierà certamente un conflitto; tutte le forze che hanno dato origine alla regressione della libido si solleveranno come "resistenze" contro il lavoro analitico, per conservare questo nuovo stato di cose. Se infatti l'introversione o regressione della libido non fosse stata giustificata da una determinata relazione con il mondo esterno (o, detto in termini più generali, dalla frustrazione del soddisfacimento)⁶⁷⁷ e se essa non fosse stata addirittura vantaggiosa in quel momento, non si sarebbe potuta realizzare affatto. Le resistenze che hanno questa origine non sono però le sole e nemmeno le più forti. La libido a disposizione della personalità aveva sempre subito l'attrazione dei complessi inconsci (o, più esattamente, degli elementi di questi complessi appartenenti all'inconscio),⁶⁷⁸ ed era pervenuta alla regressione perché l'attrazione della realtà si era attenuata. Ora, per liberare la libido occorre superare quest'attrazione dell'inconscio, occorre dunque eliminare la rimozione, nel frattempo stabilitasi nell'individuo, delle pulsioni inconsce e delle loro produzioni. Di qui risulta quella parte della resistenza, di gran lunga la più cospicua, che tanto spesso consente alla malattia di perdurare anche quando il distacco dalla realtà ha ormai perduto il suo temporaneo fondamento. L'analisi deve lottare con le resistenze che scaturiscono da entrambe le fonti. La resistenza accompagna il trattamento ad ogni passo; ogni singola associazione, ogni atto della persona in trattamento deve fare i conti con la resistenza, e

rappresenta un compromesso tra le forze tendenti alla guarigione e quelle, or ora descritte, che si oppongono ad essa.

Se ora seguiamo un complesso patogeno a partire dalla sua rappresentanza nel conscio (sia che esso appaia come sintomo, sia che esso non appaia affatto) sino alla sua radice nell'inconscio, giungiamo presto in una regione dove la resistenza si fa sentire così chiaramente che l'associazione successiva non può non tenerne conto e appare necessariamente come un compromesso tra le richieste della resistenza e quelle del lavoro di investigazione. A questo punto, e la nostra esperienza ne reca testimonianza, subentra la traslazione. Quando un elemento qualsiasi tratto dal materiale del complesso (dal suo contenuto) si presta a essere traslato sulla persona del medico, si instaura questa traslazione che, nel dar luogo all'associazione successiva, si annuncia attraverso i segni di una resistenza, per esempio attraverso un arresto. Deduciamo da tale esperienza che questa idea di traslazione è penetrata nella coscienza prima di ogni altra possibile associazione perché soddisfa anche la resistenza. Un processo di questo genere si ripete innumerevoli volte nel corso di un'analisi. Quando ci si avvicina a un complesso patogeno, la parte del complesso idonea alla traslazione viene sempre spinta avanti per prima nella coscienza, e difesa con il più grande accanimento.⁶⁷⁹

Vinto questo ostacolo, il superamento degli altri elementi del complesso crea poche difficoltà. Quanto più si prolunga una cura analitica e quanto più chiaramente il malato si rende conto che le deformazioni del materiale patogeno non offrono da sole alcuna garanzia contro l'individuazione di esso, tanto più coerentemente egli si serve di quel tipo di deformazione che evidentemente gli offre i vantaggi maggiori, vale a dire della deformazione ottenuta per traslazione. Questo fatto tende a creare una situazione nella quale in definitiva tutti i conflitti devono essere affrontati nell'ambito della traslazione.

La traslazione nella cura analitica ci appare così in primo luogo, sempre e soltanto, come l'arma più forte della resistenza, e da ciò possiamo trarre la conclusione che l'intensità e la perseveranza della traslazione siano effetto ed espressione della resistenza. Se è vero che il meccanismo della traslazione è liquidato quando abbiamo fatto risalire quest'ultima alla disponibilità della libido rimasta in possesso di imagines infantili, si perviene tuttavia al chiarimento della sua funzione nella cura, soltanto se si approfondiscono le sue relazioni con la resistenza.

Donde deriva il fatto che la traslazione si presta in modo così eccellente ad essere mezzo della resistenza? Si direbbe che non sia difficile dare la risposta. È chiaro infatti che l'ammissione degli impulsi di desiderio proibiti diventa particolarmente difficile se dev'essere resa dinanzi alla persona alla quale è diretto l'impulso stesso. Quest'obbligo genera situazioni che nella realtà

appaiono praticamente insostenibili. Ma è proprio questo che vuol raggiungere l'analizzato quando fa coincidere l'oggetto dei suoi moti sentimentali con la persona del medico. Una riflessione più approfondita dimostra però che questo vantaggio apparente non può offrire la soluzione del problema. Un rapporto di tenera e devota dedizione può infatti per altro verso aiutare a vincere tutte le difficoltà della confessione. In analoghe circostanze della realtà si è soliti dire infatti: "Davanti a te non mi vergogno, a te posso dire tutto." La traslazione sul medico potrebbe dunque servire altrettanto bene a facilitare la confessione e non si capisce perché dovrebbe renderla più difficile.

La risposta a questa domanda, che ci siamo qui posti più di una volta, non si ricava da un'ulteriore riflessione, ma è data dall'esperienza che si ottiene esaminando le singole resistenze di traslazione nella cura. Alla fine ci si accorge che non si può capire l'impiego della traslazione come resistenza finché ci si limita a pensare alla "traslazione". Bisogna decidersi a distinguere una traslazione "positiva" da un'altra "negativa", la traslazione di sentimenti affettuosi da quella di sentimenti ostili, e a trattare separatamente i due tipi di traslazione sul medico. La traslazione positiva si scompone poi a sua volta in traslazione di sentimenti amichevoli o affettuosi, capaci di pervenire alla coscienza, e in traslazione delle propaggini di tali sentimenti nell'inconscio. A proposito di questi ultimi l'analisi dimostra che essi risalgono regolarmente a fonti erotiche, per cui siamo costretti ad ammettere che tutti i rapporti sentimentali di simpatia, amicizia, fiducia e simili, da cui nella nostra vita traiamo vantaggio, per quanto puri e non sensuali possano apparire alla nostra autopercezione conscia, sono geneticamente collegati con la sessualità e si sono sviluppati da brame puramente sessuali attraverso un'attenuazione della meta sessuale. Originariamente non abbiamo conosciuto che oggetti sessuali e la psicoanalisi ci dimostra che anche le persone che nella vita reale ci limitiamo a stimare o ammirare possono continuare ad essere oggetti sessuali per il nostro inconscio.

La soluzione dell'enigma è dunque che la traslazione sul medico è idonea alla resistenza nella cura solo se si tratta di traslazione negativa o di traslazione positiva di impulsi erotici rimossi. Se "eliminiamo" la traslazione rendendola cosciente, non facciamo altro che distogliere queste due componenti dell'atto emotivo dalla persona del medico; l'altra componente, capace di giungere alla coscienza e irreprensibile, continua a sussistere ed è in psicoanalisi portatrice di successo, esattamente come in altri metodi di cura. Da questo punto di vista siamo pronti ad ammettere che i risultati della psicoanalisi si fondano sulla suggestione; ma per suggestione bisogna intendere, con Ferenczi,⁶⁸⁰ l'influsso esercitato su una persona attraverso i fenomeni di traslazione possibili nel suo caso. Provvediamo all'indipendenza definitiva del malato, usando la suggestione come mezzo che gli consenta di compiere un lavoro psichico, il cui esito sarà certamente un miglioramento durevole della sua situazione psichica.

Ci si può chiedere ancora perché i fenomeni di resistenza della traslazione compaiano soltanto nella psicoanalisi e non anche in trattamenti condotti in modo indifferente, per esempio negli istituti psichiatrici. La risposta è la seguente: essi si presentano anche in queste altre situazioni, basta saperli riconoscere come tali. L'erompere della traslazione negativa è anzi molto frequente negli istituti psichiatrici. Il malato, non appena passa sotto il dominio della traslazione negativa, lascia l'istituto, in condizione immutata o in fase di ricaduta. Negli istituti la traslazione erotica non agisce in modo così inibente perché là, come nella vita, essa viene mascherata anziché portata alla luce, ma si manifesta in modo molto chiaro come resistenza alla guarigione, e precisamente non perché induca il malato ad abbandonare l'istituto – al contrario ve lo trattiene – bensì perché lo tiene lontano dalla vita. Infatti, dal punto di vista della guarigione è davvero del tutto indifferente che il malato superi nell'istituto questa o quella angoscia o inibizione; ciò che conta veramente è ch'egli se ne liberi anche nella realtà della sua vita.

La traslazione negativa meriterebbe una valutazione approfondita che non può esserle concessa nell'ambito di questa esposizione. Nelle forme curabili di psiconevrosi la si trova a fianco della traslazione affettuosa, spesso rivolta contemporaneamente alla medesima persona, ed è per questo stato di cose che Bleuler ha coniato la felice espressione di ambivalenza.⁶⁸¹ Tale ambivalenza di sentimenti sembra essere, entro certi limiti, normale, ma un alto grado di ambivalenza è di certo un contrassegno particolare di persone nevrotiche. Nella nevrosi ossessiva una precoce "separazione delle coppie di contrari"⁶⁸² sembra essere caratteristica della vita pulsionale e rappresentare una delle sue premesse costituzionali. L'ambivalenza degli orientamenti sentimentali dei nevrotici ci spiega nel modo migliore la loro capacità di porre le loro traslazioni al servizio della resistenza. Là dove la capacità di traslazione è diventata essenzialmente negativa, come nei paranoidi, cessa la possibilità dell'influsso terapeutico e della guarigione.

Ma in tutte queste riflessioni abbiamo sinora valutato soltanto un lato del fenomeno della traslazione; è necessario rivolgere la nostra attenzione a un altro aspetto dello stesso problema. Chi abbia ricavato un'impressione esatta del modo in cui l'analizzato viene catapultato fuori dai suoi rapporti reali con il medico non appena cada sotto il dominio di una cospicua resistenza di traslazione, di come egli si prende poi la libertà di trascurare la regola psicoanalitica fondamentale⁶⁸³ secondo la quale ognuno deve comunicare senza sottoporre a critica tutto ciò che gli viene in mente, di come dimentica i proponimenti con i quali aveva cominciato la cura, e di come gli diventano indifferenti connessioni e conclusioni logiche che poco prima lo avevano estremamente colpito, chi abbia osservato tutto questo sentirà il bisogno di spiegarsi questa impressione anche in base ad altri fattori oltre a quelli sinora citati. Questi ultimi in realtà non sono da cercare lontano: essi si ricavano ancora una volta dalla situazione psicologica in cui la cura ha trasposto l'analizzato.

Seguendo le tracce della libido che è andata perduta per la coscienza del malato, siamo penetrati nell'ambito dell'inconscio. Le reazioni che otteniamo portano infatti alla luce anche alcune delle caratteristiche dei processi inconsci, come abbiamo imparato a conoscerli attraverso lo studio dei sogni. Gli impulsi inconsci non intendono essere ricordati, come la cura vorrebbe, bensì tendono a riprodursi in modo corrispondente all'atemporalità e alla capacità allucinatoria dell'inconscio.⁶⁸⁴ Come nel sogno, il malato attribuisce attualità e realtà agli esiti del risveglio dei suoi impulsi inconsci; egli vuole mettere in atto le sue passioni senza tener conto della situazione reale. Il medico vuole obbligarlo a inserire questi impulsi emotivi nel contesto del trattamento e in quello della storia della sua vita, a sottoporli alla considerazione intellettuale e a identificarli secondo il loro valore psichico. Questa lotta tra medico e paziente, tra intelletto e vita pulsionale, tra conoscenza e volontà di agire si svolge quasi esclusivamente nell'ambito dei fenomeni di traslazione. È su questo terreno che dev'essere vinta la battaglia, e la vittoria si esprime nella guarigione definitiva dalla nevrosi. È innegabile che il controllo dei fenomeni di traslazione crea allo psicoanalista le maggiori difficoltà, ma non bisogna dimenticare che proprio essi ci rendono il servizio inestimabile di rendere attuali e manifesti gli impulsi amorosi, occulti e dimenticati, dei malati. Infatti, checché se ne dica, nessuno può essere battuto in absentia o in effigie.