

TRANSFERT CONTRO TRANSFERT La posizione dell'analista freudiano¹

Maria Gabriella Pediconi, Savino Romani²

«Le nostre guarigioni sono guarigioni d'amore.»
S. Freud (1907)

«L'analista non può fare il bene, eppure lo conosce.»
G. B. Contri (1994)

Così scrive Freud a Pfister nel 1910: «Per quanto riguarda la traslazione, è una vera e propria croce. Ciò che nella malattia agisce con volontà propria e indomabile – e a causa del quale abbiamo abbandonato tanto la suggestione indiretta quanto la suggestione ipnotica diretta – non può essere eliminato completamente neanche dalla psicoanalisi, ma solo contenuto, e i suoi residui si manifestano nella traslazione. Di solito sono abbastanza ragguardevoli, e qui le regole spesso ci piantano in asso, *siamo costretti ad adeguarci al carattere specifico del malato e anche a non rinunciare del tutto a qualche propria nota personale*. In generale sono d'accordo con Stekel che il paziente va tenuto in uno stato di astinenza, di amore insoddisfatto, ma questo naturalmente non è sempre del tutto possibile. Quanto più lei gli permetterà di trovare amore, tanto più raggiungerà i suoi complessi, ma tanto minore sarà il successo finale, poiché il paziente si priva degli appagamenti di complessi abituali solo perché può scambiarli con i risultati della traslazione. Si otterrà forse la guarigione, ma non il necessario grado di autonomia, né la garanzia contro le ricadute» (Freud, 1990).

Freud dunque non si illude. L'abbandono della tecnica ipnotica coincide con la fine dell'illusione della cura sotto forma di azione diretta, di influenza diretta sul malato. La psicoanalisi riporta in primo piano la relazione. Freud sa bene che la psicoanalisi non fa miracoli, la sua forma è la forma di un lavoro, un modo di produzione che, nelle condizioni favorevoli, permette o rimette in forma gli accadimenti psichici, vecchi e nuovi. Se in certe relazioni la psiche e la sua legge normale e facile di beneficio viene ingannata e cade nella crisi fino a mettersi a costruire la nevrosi, così in una nuova relazione, impreveduta e inimmaginata può decidere di risollevarsi, può riprendersi, riformarsi. Allora si troverà a fare tesoro del beneficio di inventario della nevrosi stessa, approfitterà dei suoi stessi errori a favore di un lavoro permanente di correzione. Chi va dallo psicoanalista può decidere di smettere di credere che un altro lo guarirà, riprendendo a pensare la legge di beneficio-guarigione da provare nelle sue relazioni quotidiane.

Per una certa specie di addetti ai lavori suona come un'ovvietà: prima o poi nel corso di un'analisi il terapeuta dovrà fare i conti con il proprio controtransfert. Le scelte teoriche dell'analista, la sua collocazione negli ambiti dei diversi filoni del pensiero antropologico e filosofico, le sue scelte di vita, i suoi affetti i suoi legami, i modi di quei legami e l'espressività

¹ Questo scritto, che per molti versi mantiene aspetti di compromesso, è in corso di pubblicazione sulla rivista Studi Urbinati 2006

² Questo articolo è frutto della collaborazione degli autori. Per ragioni di stesura si è proceduto alla individuazione di paragrafi da attribuire a ciascuno. Nello specifico Pediconi par. 1, 4, 5; Romani par. 2, 3. Un ringraziamento particolare va alla dott.ssa Luciana Madaio che ha dato un prezioso contributo alla costruzione della bibliografia ragionata del presente lavoro.

maggior o minor delle sue emozioni, la persuasività del suo operare, il suo stile di vita, la forma che ha dato negli anni alla propria esistenza, tutto ciò che fa di lui ineludibilmente una persona con una identità personale, professionale e sociale note e più o meno nettamente riconoscibili stabilisce, che lo voglia o meno, un assetto di controtransfert che il paziente prima o poi conoscerà e che cercherà di comporre come fenomeno coerente o meno con l'atteggiamento aspettante e silenzioso e con l'assetto di attenzione fluttuante che l'analista propone nel setting.

Il controtransfert è dunque un ostacolo o uno strumento della tecnica?

1. L'asimmetria logica della relazione analitica

Il concetto di controtraslazione nell'opera freudiana

Il padre della psicoanalisi, Sigmund Freud, fin dall'inizio ha ritenuto il controtransfert un ostacolo nella relazione analitica. Anche se con una certa cautela, la maggior parte degli autori post-freudiani sono andati contro Freud, ad eccezione di Lacan. Si tratta di controtransfert o di desiderio dell'analista? Lacan sottolinea la posizione dell'analista: «bisogna che egli sia ben radicato nella posizione di scarto per poter invitare, incitare l'analizzante - come lo chiamo io dato che è lui a fare il lavoro - a non credersi più di quanto lui, l'analista, non si creda» (Lacan, 1974, p. 15).

Nel pensiero di Freud il transfert occupa un posto centrale, la psicoanalisi è per natura transferenziale. La trafila delle intuizioni che progressivamente portarono alla scoperta del transfert fu lunga e laboriosa. Freud fin dall'inizio fu colpito dal comportamento dei pazienti sotto ipnosi, in quanto essi accettavano l'autorità dell'ipnotista come un individuo assai più potente di quanto fosse in realtà (Freud, 1924). Egli cercò una spiegazione di questo fenomeno nel corso del trattamento dei suoi pazienti, con o senza ipnosi.

In seguito all'abbandono dell'ipnosi il fenomeno del transfert non appare più come un fattore di disturbo del lavoro analitico, ma si rivela elemento indispensabile sul campo di battaglia dove si risolve la nevrosi. Freud nel 1912, nel suo scritto sulle dinamiche del transfert dice: «tutti i conflitti devono essere affrontati nell'ambito della traslazione» (Freud, 1912b, p. 528).

Freud si trovò di fronte ad un fenomeno inaspettato: si verificava una curiosa tendenza del paziente a reagire di fronte al medico, come se questi fosse qualche altra persona. Questo strano fenomeno, le manifestazioni di sentimenti affettivi intensi, come l'amore, la rabbia, l'odio, insospettirono Freud. L'osservazione attenta di quando avveniva la manifestazione di questi sentimenti confermò il suo sospetto; ciò avveniva con regolarità nel momento in cui l'indagine sul passato raggiungeva una zona più sensibile, uno dei complessi psicologici infantili più intensamente rimossi (Freud, 1912b). Quando una simile reazione del paziente, nei confronti del medico si ripete regolarmente ad ogni caso, non resta che riconoscere la più intima connessione con la natura stessa della malattia: il transfert.

In seguito Freud si accorse che anche nel medico insorgevano delle reazioni suscitate dal materiale che il paziente presentava: il controtransfert. Freud riteneva che la fonte di questa controtraslazione, derivasse da conflitti inconsci non risolti dell'analista, tali conflitti deabilitavano la percezione analitica. Riprendendo la definizione di Stekel, egli riconosce ogni rimozione non risolta dal medico, come una "macchia cieca", un ostacolo, quindi, nella relazione analitica (Freud, 1912a).

Agli albori della psicoanalisi, parlare di controtraslazione non era facile. «Egli non ignorava di fatto che i sentimenti sperimentati dal paziente grazie alla cura analitica, potessero a loro volta suscitare altrettanti nell'analista» (Borgogno, 1999, p. 91). Freud era dunque consapevole dei possibili sentimenti del terapeuta, infatti, fin dall'inizio del suo lavoro con le pazienti isteriche, aveva notato che queste donne s'innamoravano dell'analista e, come ogni amante, volevano essere amate: «In non pochi casi, specialmente con donne, e quando si tratti di chiarire processi di pensieri erotici, la collaborazione dei pazienti diventa un sacrificio personale, che deve essere compensato

con un qualche surrogato dell'amore. La premura del medico e la sua paziente cordialità devono essere sufficienti come surrogato» (Freud, 1895, p. 437).

«Le nostre guarigioni sono guarigioni d'amore», viene sottolineato in una 'riunione del mercoledì sera', dove si dibattevano alcune questioni sulla tecnica e si dava ampia rilevanza alla traslazione. «Per eliminare le resistenze vi è solo una potenza: la traslazione. Noi costringiamo il paziente ad abbandonare le resistenze per amor nostro.[...] Rimarrebbe così veramente solo il compito di eliminare le resistenze personali (quelle contro la traslazione)» (Nunberg, Federn, 1973, p. 118).

L'amore, dunque, occupa una posizione centrale nella psicoanalisi, lo stesso Freud riconosce il potere dell'amore da transfert al fine di mantenere il coinvolgimento del paziente su una strada di guarigione. In questa medesima direzione Freud e Jung mettono a tema la speciale relazione che Jung aveva intrattenuto con la sua paziente Sabina Spielrein (Gabbard, Lester, 1999). Freud scrive a Jung: «Esperienze del genere, sebbene dolorose, sono necessarie e difficilmente ci si può sottrarre ad esse. Solo dopo averle vissute si conoscono la vita e ciò con cui si ha a che fare. Quanto a me, non ci sono cascato del tutto, ma alcune volte mi ci sono trovato assai vicino e ho avuto a *narrow escape*. Io credo che soltanto le dure necessità in mezzo alle quali il mio lavoro si è svolto e i dieci anni di ritardo rispetto a Lei, prima che giungessi alla psicoanalisi, mi hanno preservato da esperienze analoghe. Ma non fa nulla. Ci si fa in tal modo la necessaria pelle dura, si domina la *controtraslazione* in cui ci si viene a trovare ogni volta, e s'impara a spostare i propri affetti e a piazzarli in modo opportuno» (Freud, 1973, p. 248).

Proprio in questa lettera del 1909 Freud utilizza per la prima volta il termine controtraslazione (*Gegenübertragung*), anche se l'entrata in scena ufficiale nel mondo psicoanalitico, si avrà solo nove mesi più tardi, durante il secondo Congresso internazionale di psicoanalisi, tenutosi a Norimberga.

Freud scrive della difficoltà di padroneggiare il controtransfert, in un'altra lettera a Jung nel febbraio 1910, «Avrei ritenuto assolutamente impossibile l'analisi della propria moglie. Il padre del piccolo Hans mi ha dimostrato che la cosa è fattibilissima. La prescrizione tecnica, di cui ho un presentimento da qualche tempo, *superamento della controtraslazione*, in questo caso riesce troppo difficile» (Freud, 1974, p. 313).

Ufficialmente solo nel marzo del 1910, al secondo Congresso internazionale di psicoanalisi, tenutosi a Norimberga, Freud parla per la prima volta di controtraslazione³. Freud parlò di progresso interno, intendendo il progresso del sapere dell'analista e della tecnica analitica. Naturalmente, l'analista sa bene che ogni miglioramento scientifico, condurrà ad un miglioramento terapeutico. All'inizio la cura psicoanalitica aveva affidato al terapeuta il compito di far dire tutto al paziente, anche facendolo a volte in maniera pressante. Ora Freud sostiene che «la cura consiste in due parti: ciò che il medico arguisce e dice al malato, e l'elaborazione da parte del malato di ciò che ha udito. Il meccanismo del nostro intervento terapeutico è, infatti, facilmente intelligibile: forniamo al paziente la rappresentazione anticipatoria cosciente [...] egli scopre in sé la rappresentazione inconscia rimossa» (Freud, 1910, p. 198). Il controtransfert «insorge nel medico per l'influsso del paziente sui suoi sentimenti inconsci (...), non siamo lungi dal pretendere che il medico debba riconoscere in sé questa controtraslazione e padroneggiarla» (Freud, 1910, p. 200).

Dopo più di un anno, dal congresso di Norimberga del 31 dicembre 1911, Freud riprende il concetto di controtraslazione in una lettera pungente indirizzata a Jung. «La C. mi ha raccontato un mucchio di cose di Lei e di Pfister, posto che si possa chiamare racconto questo modo di alludere. Da tutto ciò ne deduco che Lei e Pfister non hanno ancora raggiunto la necessaria freddezza nell'esercizio della professione, tendono ancora a imporsi e a dare molto di sé nell'intento di ottenere qualcosa in cambio. È permesso, a me venerando vecchio maestro, ammonire che con questa tecnica si finisce regolarmente per sbagliare i conti, e che si deve piuttosto restare inaccessibili e insistere sull'aspetto della ricettività? Non dobbiamo permettere che i poveri

³ Questa conferenza fu poi pubblicata sotto il titolo di *Le prospettive future della tecnica psicoanalitica*.

nevrotici ci facciano impazzire. L'articolo sulla *controtraslazione*, che mi sembra necessario non dovrebbe essere stampato, bensì circolare tra noi in copie» (Freud, 1974, p. 512).

La preoccupazione di Freud, sulla tematica del controtransfert appare evidente. Nel 1912, in *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, rimanendo sulla stessa linea dell'opera precedente, propone alcune regole tecniche del trattamento psicoanalitico: occorre utilizzare un'attenzione fluttuante (*Gleichschwebende Aufmerksamkeit*), ossia abbandonare ogni tipo d'espedito e affidarsi alla propria memoria inconscia (Freud, 1912). In questo modo l'analista avrà a disposizione il materiale conscio e quello inconscio, quest'ultimo riaffiorerà alla coscienza, non appena l'analizzato produrrà qualcosa di nuovo, con cui tale materiale, possa essere collegato. Freud continua esponendo la regola psicoanalitica fondamentale: «egli [l'analista] deve rivolgere il proprio inconscio come un organo ricevente verso l'inconscio del malato che trasmette» (Freud, 1912, p. 536). Ciò è possibile, quando l'analista si serve del suo inconscio come uno strumento per l'analisi. In che modo? Comprendendo quei complessi personali, che interferirebbero con ciò che l'analizzato gli offre nella seduta.

L'analisi personale rimane, quindi, lo strumento necessario per permettere al proprio inconscio di essere *liberato dalle catene del rimosso*, limitando l'incidenza delle proprie resistenze sotto forma di "macchia cieca" nella sua percezione analitica.

Il controtransfert è visto da Freud, quindi, come una mancanza da parte dell'analista che interferisce nell'analisi. In *Analisi terminabile e interminabile* del 1937 afferma che non sempre gli analisti hanno raggiunto quella normalità psichica, auspicabile ai pazienti al termine dell'analisi. Questa situazione deficitaria dell'analista può essere ovviata dall'analisi personale, che dovrebbe essere ripetuta ogni cinque anni.

L'inconscio dell'analista è in primo piano, «assume un ruolo ambiguo e contraddittorio di 'strumento' che vede e di 'strumento' che rende ciechi, [...] l'inconscio comunica, influenza e viene influenzato dall'inconscio dell'altro» (Albarella, Donadio, 1998, p. 4-5). Freud, suggerisce al terapeuta di mantenere una "libera attenzione fluttuante", che può essere paragonata alla tecnica delle libere associazioni usata per i pazienti. «L'inconscio del medico [come organo ricevente] è capace di ristabilire, a partire dai derivati dell'inconscio che gli sono comunicati, questo stesso inconscio che ha determinato le associazioni del malato» (Freud, 1912a, pp. 536-537).

2. Il controtransfert e la tentazione dell'equilibrio nella relazione analitica

La scoperta del controtransfert nella storia della psicoanalisi

L'atteggiamento prudente degli analisti sul controtransfert è indubbiamente dettato dalle prime formulazioni di Freud sull'argomento, «tema interessante e scabroso [...] il controtransfert mette a dura prova la *persona medici* e a volte la incrina irrimediabilmente» (Loriga, 1990). Dagli anni '10 agli anni '50, in letteratura, non si trovano molti lavori sull'argomento; la problematica del controtransfert e la sua definizione rimangono nei limiti di quella formulata da Freud.

Anche negli scritti junghiani troviamo pochi contributi sul controtransfert. Jung ha usato pochissime volte la parola controtransfert, non per una mancata conoscenza di tale termine ma piuttosto perché l'alchimia diventa per Jung il simbolismo illustrativo delle sue teorizzazioni e concetti come quello del controtransfert devono essere districati nelle sue opere.

In uno scritto del 1946, *Psicologia della traslazione*, Jung riporta parte di un breve dialogo con Freud sulla traslazione, l'alfa e l'omega della relazione analitica. In seguito, in una lettera alla sua paziente Sabina Spielrein, Jung scrive «Si ricordi quando Lei stava male e io l'ho aiutata, adesso il pazzo sono io e Lei deve aiutarmi». «C'era stata una seduzione talmente profonda che era lui a non poter più fare a meno della sua paziente, proprio come capita al paziente di non poter fare a meno dell'analista» (Carotenuto, 1994). «Jung sembra essere stato il primo analista ad aver usato il controtransfert come tecnica terapeutica. Ciò è poco noto, ma è rilevante per la storia della psicoterapia e per il ruolo che vi ha svolto Jung» (Sedgwick, 2001).

Jung delinea l'idea di una relazione inconscia molto sottile tra analista e paziente, questi con la sua "capacità d'immedesimazione" percepirà delle cose riguardanti l'analista e pertanto il coinvolgimento dell'analista è inevitabile, sebbene sia potenzialmente pericoloso. Stabilisce inoltre che questo delicato impegno è operante in maniera cruciale nella fase analitica della «risoluzione del transfert» (Jung, 1913) e che «la sua personalità [dell'analista] è uno dei fattori terapeutici più importanti» (Jung, 1914), ed il terapeuta è considerato durante il trattamento «in analisi tanto quanto il paziente» (Jung, 1929) così che sarà sicuramente inevitabile rimanere influenzati dal paziente.

Accettando la vulnerabilità del terapeuta come il "medico ferito", Jung approfondisce il concetto di controtransfert; si tratterebbe del guaritore con una ferita incurabile, paradossalmente proprio quella vulnerabilità medierebbe il potere terapeutico.

La concezione freudiana del controtransfert come ostacolo nella relazione analitica, ha avuto nel corso degli anni notevoli cambiamenti. I sentimenti controtransferali non sono cambiati nel corso del tempo, ciò che è cambiato è la consapevolezza e l'uso di tali sentimenti nella relazione analitica.

Il rapporto paziente-analista è asimmetrico, la coppia non si trova sullo stesso livello. È un rapporto dove il paziente ha bisogno dell'aiuto dell'altro, l'analista; si ottiene così, una situazione di dipendenza dal lato di chi chiede aiuto, anche il terapeuta in un certo senso instaura una dipendenza nei confronti del paziente. La differenza fondamentale tra queste due forme di dipendenza è di tipo quantitativo, in quanto il paziente ha un legame più forte nei confronti del proprio analista. Questa dipendenza nel rapporto analitico, soprattutto quando i sentimenti controtransferali vengono presi in considerazione, riproduce il modello della famiglia, dove il bambino dipende dai genitori in maniera maggiore, rispetto alla dipendenza che i genitori hanno nei confronti del bambino.

L'analista assume la funzione genitoriale: il paziente vuole essere *amato* così come lo è stato nella sua prima relazione, quella con la madre. L'*imprinting* affettivo è come un calco che si ripete in ogni tipo di legame che il soggetto instaura, è un fantasma che appare ogni volta che si ama.

Negli anni '50 ci sono stati notevoli cambiamenti nella visione del controtransfert, ritroviamo due contributi molto importanti; quello di Paula Heimann (allieva di Melanie Klein) una psicoanalista tedesca che lavora a Londra e il contributo di Heinrich Racker.

Entrambi svilupparono delle teorie sul controtransfert molto simili, senza però essere a conoscenza ognuno dell'esistenza dell'altro. Cosa introdussero?

Ecco la nuova concezione del controtransfert, rappresentato dai sentimenti e dalle emozioni che un analista prova durante una seduta psicoanalitica nei confronti del suo paziente. Il controtransfert non deve essere evitato, eliminato e in un certo modo superato, come Freud diceva. Il controtransfert è una delle risorse più importanti a disposizione del terapeuta, nella relazione analitica, uno strumento che l'analista ha a disposizione nel suo lavoro. La Heimann sottolinea che non ha importanza l'origine di questi sentimenti, postulata in relazione con gli aspetti nevrotici dell'analista stesso. Il controtransfert non è altra cosa che il transfert dell'analista verso il suo paziente.

Risulta molto importante rilevare che, se c'è qualcosa che si deve superare non è il controtransfert, ma devono essere superate le barriere, gli ostacoli che lo stesso analista oppone alla percezione del proprio controtransfert.

«Il controtransfert non costituisce solo una parte della relazione analitica, ma è una creazione del paziente, è una parte della sua personalità» (Heimann, 1949, p. 77). La Heimann sostiene che l'analista deve avere una sensibilità nelle emozioni libera e propria, deve *permettersi* di vivere le emozioni nei confronti del suo paziente, non deve avere pregiudizi o frenare ed ostacolare lo scaturire dei propri sentimenti nei confronti del paziente, questo naturalmente non vuol dire che deve comunicarli al paziente, occorre solo avere una sufficiente libertà interiore per permettere a se stesso di vivere le emozioni nei confronti del paziente: l'odio, la rabbia, la noia, l'amore, l'indifferenza, questi sono tutti esempi di sentimenti controtransferali. L'analista non deve difendersi da questi sentimenti.

Qual è la differenza fra transfert e controtransfert, se il controtransfert non è altro che il transfert dell'analista?

Se esiste una differenza è di tipo quantitativo. Il rapporto paziente analista è asimmetrico, i due non sono allo stesso livello. E' un rapporto dove il paziente ha bisogno dell'aiuto dell'altro, c'è una dipendenza sbilanciata dal lato di chi chiede aiuto. Anche l'analista in un certo senso prova dipendenza nei confronti del paziente, con una differenza fondamentale di tipo quantitativo, quindi maggiore per il paziente nei confronti del proprio analista. Partendo dall'asimmetria del rapporto i fenomeni, transferale e controtransferale, risultano asimmetrici: i medesimi sentimenti sono possibili, ma quantitativamente i sentimenti transferali sono più importanti, più massicci, più intensi o almeno dovrebbero esserlo rispetto a quelli controtransferali. Il paziente può amare moltissimo il suo terapeuta o odiarlo a morte, anche il terapeuta può sentire sentimenti d'amore oppure di odio nei confronti del proprio paziente, ma non in maniera così intensa.

Il contributo di Paula Heimann rimane uno dei più importanti nella storia del controtransfert, il passaggio da ostacolo a strumento è segnato nelle parole della psicoanalista londinese. Il controtransfert diviene una delle risorse più importanti che l'analista ha a disposizione per capire cosa succede al paziente.

Dal terapeuta specchio che riflette i sentimenti del paziente nel distacco più completo, all'uso di tali emozioni come strumento nella tecnica psicoanalitica, il salto è stato breve: che gli analisti in questione abbiano visto l'unico punto di ortodossia ai postulati del Maestro nella sua celebre frase *"le nostre guarigioni sono guarigioni d'amore"*? (Nunberg, Federn, 1973, p. 118)

Heinrich Racker, psicoanalista di origine polacca, emigrato in Argentina, rappresenta insieme alla Heimann un esponente di spicco nelle nuove teorie sul controtransfert. Egli attribuisce al controtransfert un duplice significato: interprete dei processi inconsci e oggetto di questi stessi processi; esso quindi «interviene e interferisce nel processo analitico prima, in quanto l'analista è un interprete, poi perché egli è anche oggetto degli impulsi.[...] La percezione [del terapeuta] può essere corretta ma ciò che viene percepito può provocare reazioni nevrotiche che nuocciono alla capacità interpretativa dell'analista» (Racker, 1970, p. 179).

Racker asserisce che «l'uso corrente indica con il termine controtransfert la sola identificazione complementare, e cioè quei processi psicologici che si realizzano nell'analista ed attraverso i quali, in quanto l'analista si sente trattato come un oggetto interno del paziente, con il quale in parte si identifica, il paziente diventa un oggetto interno (e proiettato) dell'analista» (Racker, 1970, p. 181).

Tale definizione riferisce il termine controtransfert all'insieme delle risposte psicologiche dell'analista al paziente. Ciò che può aiutare il terapeuta a controllare il proprio controtransfert è la percezione di tali reazioni, così facendo egli riuscirà a controllare coscientemente il transfert del paziente fino ad arrivare a interpretarlo.

Nel 1955 Lucia E. Tower, analista conservatrice, presentò alla Società Psicoanalitica di Chicago una relazione critica sul controtransfert, indicando il modo in cui poteva essere usato per il massimo vantaggio del trattamento psicoanalitico. La Tower precisa bene che non tutti gli atteggiamenti caratteriali abituali, rientrano nel concetto di controtransfert, ma solo quelli che si situano nel registro dell'inconscio. Pone l'accento su come la comprensione delle strutture controtransferali possa essere utile a definire i limiti della relazione analitica, senza che ciò implichi una interazione inconscia di transfert. L'unico fenomeno, che è a confine tra il biologico e l'ereditario, è il processo d'innamoramento così poco compreso nella sua dinamica che appartiene a livelli di transfert a cui non si ha accesso. Anche l'analista che ha fatto un ottimo training si trova di fronte a delle «impercettibili deviazioni che sviluppano in lui risposte inconsce a motivazioni e bisogni latenti del paziente, le quali, costituiscono l'essenza della genesi delle strutture controtransferali» (Tower, 1955, p. 158).

L'uso del concetto di controtransfert nella relazione analitica può essere inteso come un esempio di allontanamento dalla tradizione freudiana.

Il setting analitico è il campo di battaglia dove si scontrano, anzi si incontrano il terapeuta e il paziente: una battuta che introduce il concetto di dinamicità nella relazione analitica che tanto piace ai post-freudiani. La visione dell'analista-specchio che riflette i sentimenti del paziente sembra essere superata, l' *analista avveniristico* è colui che vive in pieno e con dinamicità tutti i sentimenti che si provano nell'analisi.

La relazione analitica rimane sempre una relazione composta da esseri umani, Baranger e Baranger la definiscono come una «situazione di due persone intrinsecabilmente legate e complementari per la durata della situazione, e contenute in uno stesso processo dinamico.[...] E' quel che si intende dire quando si raccomanda a buon motivo, di utilizzare il controtransfert come strumento tecnico» (Baranger, 1990, p. 27). Gli psicoanalisti argentini utilizzano il concetto di *campo*, rifacendosi alla Gestalt e a Merleau-Ponty, applicato alla situazione analitica: «ha la sua propria struttura spaziale e temporale, è orientata secondo linee di forza e dinamiche determinate, possiede proprie leggi di sviluppo. [...] L'osservazione dell'analista, essendo contemporaneamente osservazione dell'analizzando e di se stesso, non può definirsi se non come osservazione di questo campo» (Baranger, 1990, p. 28). I Baranger definiscono la situazione analitica come *campo bipersonale*, nel quale è conoscibile solamente la fantasia inconscia di coppia qual è strutturata dall'apporto delle due vite mentali e delle identificazioni proiettive incrociate che si sviluppano tra analista e paziente. Il campo bipersonale «è una struttura costituita dall'interazione dei processi di identificazione proiettiva e introiettiva e dalle controidentificazioni, che operano con i loro limiti, con funzioni e caratteristiche diverse nell'analizzando e nell'analista» (Baranger, 1990, p. 46). Nella relazione analitica il terapeuta si fa depositario degli aspetti dell'Io, del Super-io, degli impulsi rimossi del paziente e, in base all'identificazione proiettiva, questi elementi si estendono anche all'analista.

Il setting è caratterizzato da una dinamicità per cui il terapeuta risponde ai sentimenti del paziente. L'analista assume la funzione genitoriale che deve contenere, soddisfare tutte le richieste del paziente in uno stato regressivo. Ma fino a che punto è possibile assecondare i disegni regressivi del soggetto? La madre non può assecondare tutti i bisogni del figlio, il bambino riceve da lei una forma di delusione di tipo normativa, necessaria per la formazione di una certa indipendenza del bambino. E' essenziale vedere come si può rispondere ai disegni dei destini del paziente con una delusione a piccole dosi.

Ritornando al controtransfert, quando il terapeuta avverte che il paziente ha bisogno di coccole, per esempio, l'analista stesso deve sapere fino a che punto può accontentarlo permettendo che il paziente acquisisca una forma di dipendenza dal terapeuta, e rischiare che tale dipendenza, scaturisca in un atteggiamento di tipo aggressivo. Il terapeuta non può rispondere a tutto ciò di cui il paziente ha bisogno ma cerca di capire quali siano i suoi bisogni primari: deve riuscire a fare le cose giuste nel momento giusto. Naturalmente ogni agito del terapeuta deve essere compiuto con la consapevolezza delle conseguenze che può avere sul paziente.

Il controtransfert viene presentato così come uno strumento attraverso il quale si monitorizza il transfert del paziente, mezzo necessario per gestire l'analisi. Freud e chi dopo di lui ha visto nel controtransfert un ostacolo nella tecnica analitica, si è appellato ad una parte oscura dell'inconscio dell'analista che emerge proprio nei sentimenti controtransferali. I terapeuti che usano il controtransfert si riferiscono all'impossibilità di rendere conscio tutto ciò che è inconscio, collocando il controtransfert in una posizione centrale all'interno dell'analisi.

3. Attaccamento e controtransfert

Controtransfert nella teoria dell'attaccamento

La teoria dell'attaccamento ha evidenziato come la modalità di relazione che si forma tra il bambino e il *caregiver*, convenzionalmente identificato con la madre, contribuisce alla creazione di un legame che fornisce al bambino la base da cui partire per l'esplorazione del mondo fisico e

sociale. L'individuo sicuro e pertanto fiducioso nella disponibilità, nella comprensione e nell'aiuto che il genitore gli darà in caso di situazioni avverse, con maggiore facilità esplorerà l'ambiente circostante e si allontanerà dalla sua figura di attaccamento. Mentre quando non avrà la certezza che il *caregiver* sarà pronto o disponibile a fornirgli aiuto in caso di necessità o non avrà la fiducia che questi gli risponderà in maniera soccorrevole, il bambino, incline all'angoscia di separazione, sentirà da un lato un forte bisogno di avvicinarsi alla sua figura di attaccamento dall'altro si aspetterà di essere rifiutato. Pertanto la modalità di attaccamento che un individuo costruisce durante l'infanzia è profondamente influenzata dal modo in cui viene trattato dalle sue figure parentali.

Si possono così individuare tre stili di attaccamento e le relative condizioni che li promuovono. Un primo stile è l'attaccamento sicuro tipico del bambino che si sente pronto ad allontanarsi dalla madre potendo contare nella sua disponibilità in caso di bisogno. Si tratta di una modalità promossa da un genitore pronto a cogliere tutti i segnali del bambino e capace di rispondergli amorevolmente. Un secondo stile di attaccamento è quello ansioso-ambivalente, in questo caso il bambino non è sicuro della disponibilità e sensibilità del *caregiver* in caso di bisogno. Il genitore in questo caso è disponibile e pronto ad aiutare il bambino solo in certe occasioni e utilizza la separazione e le minacce di abbandono a scopo di controllo. Una terza modalità di attaccamento è quello evitante, in cui l'individuo non si aspetta soccorrevolezza in caso di bisogno, ma sa già di essere rifiutato. Questa modalità sarà determinata da un genitore che respinge costantemente il figlio quando questi gli si avvicina per cercare conforto e protezione. Recentemente è stato individuato anche un quarto modello di attaccamento definito disorientato-disorganizzato (Main e Solomon, 1986) tipico dei bambini maltrattati i quali mostrano comportamenti bizzarri e conflittuali in presenza dei genitori.

Sebbene una volta formati questi schemi di attaccamento tendono a persistere, non sempre è così; con il trascorrere del tempo la modalità di attaccamento diventa sempre più una caratteristica del bambino stesso che tenderà ad imporla nelle diverse relazioni che gli capiterà di incontrare: insegnanti, genitori adottivi, terapeuta.

Infatti, durante il corso dello sviluppo il bambino costruirà dei modelli di rappresentazione del mondo esterno e di se stesso che influenzeranno fortemente le nuove esperienze e la struttura della propria personalità.

Considerando le implicazioni terapeutiche della teoria dell'attaccamento, non si possono non prendere in considerazione gli effetti del controtransfert nella relazione analitica e nella ricostruzione dei modelli operativi interni.

In particolare Bowlby pone al centro della relazione analitica il concetto di base sicura offerta dal terapeuta per esplorare il mondo del paziente. Il ruolo del terapeuta, analogamente a quello della madre, è proprio quello di fornire al paziente le condizioni in cui esplorare i propri modelli rappresentazionali e quelli delle figure di attaccamento, per poterne dare una nuova valutazione e ristrutturazione grazie anche alle nuove conoscenze acquisite e alle nuove esperienze avute durante la terapia.

Tra i compiti del terapeuta analizzati da Bowlby vi è proprio quello di incoraggiare e prendere in esame la relazione tra terapeuta-paziente. La relazione analitica non sarà determinata solo dalla storia individuale del paziente che vi trasferisce tutte quelle percezioni e aspettative derivate dai modelli di rappresentazione dei genitori e di se stesso, ma anche dal modo in cui questi è trattato dal terapeuta; trattamento che risente fortemente anche delle esperienze infantili vissute dal terapeuta stesso. «Esperienze di disprezzo sdegnoso da parte di un genitore possono essere agite nuovamente come disprezzo sdegnoso del terapeuta. Approcci sessuali da parte di un genitore possono riapparire sottoforma di approcci sessuali verso il terapeuta» (Bowlby, 1989, p.133). Per questo Bowlby consiglia al terapeuta, sconcertato o risentito per il modo in cui è trattato dal paziente, di indagare rispetto al quando e da chi il paziente può aver appreso quel modo di trattare le persone.

Nella relazione analitica possono prevalere sentimenti come l'angoscia, la critica o la sfiducia dove l'obiettivo del terapeuta diventa quello di aiutare il paziente a comprendere che gran parte del suo risentimento attuale deriva da maltrattamenti fisici e psichici del passato, ma la relazione analitica può essere caratterizzata anche da gratitudine, ammirazione, affetto e da una sorta di idealizzazione del terapeuta, derivante sia dalla costruzione di speranze e aspettative irrealistiche sia dal aver vissuto un'infanzia in cui era proibito criticare i propri genitori. Il paziente con l'aiuto e il supporto dell'analista esaminerà quindi le sue esperienze infantili, per arrivare così a scoprire la vera natura dei modelli che guidano i suoi pensieri, sentimenti ed azioni.

La rievocazione di questi schemi di attaccamento susciterà determinati sentimenti non solo nel paziente, ma anche nell'analista. Gli individui insicuri-evitanti ad esempio tenderanno ad escludere il terapeuta, come loro stessi sono stati esclusi a suo tempo dalle proprie figure di attaccamento. Così, il terapeuta, catturato dal passaggio arido che il paziente sta definendo, finisce per sperimentare ciò che il paziente stesso non è in grado di percepire consciamente. Il terapeuta può dunque sentirsi come si è sentito il paziente quando era bambino: arrabbiato, angosciato, inetto. Ciò può senz'altro determinare una inconsapevole collisione tra il paziente e il terapeuta, il quale, percependosi umiliato e escluso, può dimenticare di riportare all'attenzione del paziente le proprie considerazioni ed osservazioni, dimenticando così il lavoro sul controtransfert. Allo stesso modo, gli individui ansiosi-ambivalenti, pur essendo compiacenti nei confronti della terapia, con la loro costante richiesta di aiuto possono evocare sentimenti controtransferali, che vanno dalla paura di essere fagocitati al percepirsi come impotenti nel dare aiuto.

Il racconto del vissuto infantile del paziente può scatenare nell'analista dei forti sentimenti che pongono il problema del controtransfert: rabbia e antipatia sono ad esempio tra gli affetti più diffusi di fronte ai casi di maltrattamento; l'aspetto apparentemente indifeso del paziente può a sua volta suscitare il bisogno di difenderlo e una sorta di aggressività nei confronti dei suoi persecutori. Allo stesso modo l'aver vissuto esperienze simili pone il problema della identificazione con il paziente, rischiando così di dar voce alla sua rabbia, senza nascondere le sensazioni provate di fronte all'ingiustizia ed alla violenza psicologica subita.

In un terapeuta sicuro i sentimenti di empatia generano un clima di sicurezza e di intimità, la sua capacità di prendersi cura dell'altro può certamente contribuire allo stabilirsi di quella atmosfera di empatia utile al conseguimento del successo terapeutico. Diversamente, in un terapeuta insicuro la disposizione alla cura è tanto suscettibile di distorsione quanto lo è nel paziente insicuro, infatti pazienti diversi attiveranno nel terapeuta scene diverse riguardanti l'attaccamento e rievocheranno inevitabilmente i suoi sentimenti verso la perdita, la separazione e le possibili riunioni primitive.

La situazione analitica determina in se stessa la riattivazione del comportamento di attaccamento, il transfert sarà la manifestazione dei modelli operativi interni dell'individuo che il terapeuta interpreterà per modificarli. «Se in analisi prendiamo in considerazione la parte infantile del paziente e tentiamo costruzioni e ricostruzioni sulla base degli affetti che emergono nel transfert, è chiaro che le modalità dello sviluppo mentale dell'infanzia e degli effetti più intimi che regolano la relazione madre-bambino [...] diventano centrali per la ricostruzione che possiamo proporre attraverso il lavoro sul transfert. [...] L'esperienza analitica insegna che gli effetti fondamentali della relazione del bambino con la madre e il suo ambiente sono quelli che costantemente ricompaiono nel transfert e sono quelli che con più facilità possono suscitare sentimenti controtransferali sui quali l'analista si basa per costruire, ricostruire ed interpretare» (Mancia, 1992 p. 237). Per questo Bowlby invita più volte a incoraggiare l'esplorazione del proprio passato «perché ciò getta luce sui modi attuali di sentire e di vedere» (Bowlby, 1989, p. 133).

Il compito del terapeuta, fornire una base sicura al paziente, è molto simile a quello che Winnicott ha descritto come *holding*. Infatti anche egli colloca la relazione analitica sull'asse della dipendenza, dove il terapeuta assume il ruolo del genitore che deve accudire il proprio figlio, il paziente dunque si trova in una situazione di stretta dipendenza nei riguardi del proprio analista. Le prime cure da parte della madre, l'ambiente familiare dove il bambino cresce, sono gli elementi

fondamentali che strutturano la personalità del soggetto. L'ambiente assume un ruolo fondamentale che marca la psiche del soggetto, nella continuità dell'esistenza si attivano i meccanismi di difesa che rendono deficitario l'apparato psichico; l'analisi permetterà «di regredire a stadi di non integrazione alla ricerca dei traumi precoci che deformarono il Sé, offrendo le condizioni per nuove integrazioni» (Borgogno, 1999, p. 290).

Il setting è visto sotto una nuova luce: è uno strumento terapeutico. Le interpretazioni, da sole, non riescono a far abbandonare le difese che hanno deformato il Sé, ciò che Winnicott ritiene fondamentale è l'ambiente, il setting assume la funzione di *holding*, che deve contenere il paziente.

Per Winnicott l'analista è come la madre che deve accudire i propri figli nella prima infanzia, il setting è la riproduzione dell'ambiente familiare, adempie alle funzioni di *holding*, di contenimento, offre uno spazio transizionale (Winnicott, 1995). Il setting come holding ha un tipo di adattamento attivo, la dinamicità è in stretta connessione al grado di regressione, alla dipendenza presente nel paziente. «Quando si ha a che fare con un paziente che non ha ricevuto un trattamento precoce sufficientemente buono, non si è mai certi di poter supplire a ciò che è mancato» (Winnicott, 1964, p. 116). Il paziente ha delle richieste che rivolge al terapeuta, con la speranza che possa ricevere un aiuto, proprio per soddisfare il graduale aumento del bisogno del soggetto di particolari condizioni ambientali (Winnicott, 1964). «Il concetto di Winnicott [...] di un ambiente *sufficientemente buono* implica che l'analista non deve soltanto essere relativamente stabile per il paziente, ma anche relativamente distruttibile (psicologicamente), di tanto in tanto, come richiedono i persistenti bisogni del paziente di funzionare in modo (onnipotentemente) autistico. Di conseguenza, l'analista ha bisogno intuitivamente di offrire al paziente, in certi momenti, la propria assenza forse tanto spesso quanto la propria presenza» (Searles, 1986, p. 178).

L'abilità che occorre all'analista, secondo il modello di riferimento winnicottiano, è quella di riuscire a modificare il setting quando il paziente si trova in una fase regressiva e di dare delle interpretazioni in base al Sé del paziente all'interno di un transfert nevrotico. «L'analista, in base a ciò che si trova davanti, funziona sempre sia come *holding*, sia come oggetto separato e oggettivabile per il paziente, potendo in quest'ultima evenienza procedere a interpretare» (Borgogno, 1999, p. 294).

Il lavoro interpretativo, secondo Winnicott, serve soprattutto per far capire al paziente i limiti della comprensione dell'analista. Piuttosto il terapeuta si trova nella posizione della madre, egli deve mostrare tutta la sua pazienza, la sua tolleranza, deve saper riconoscere i desideri, i bisogni del paziente, deve essere disponibile, puntuale e oggettivo: «deve sembrare desideroso di dare ciò che in realtà egli dà solo a causa dei bisogni del paziente» (Winnicott, 1947, p. 244). Il paziente non ha la capacità di capire che l'odio generato nell'analista è dato «proprio da quelle cose che egli fa nel suo rozzo modo di amare» (Winnicott, 1947, p. 244). L'unico modo per evitare che l'analisi diventi una valvola di sfogo dei sentimenti di odio dell'analista è quello di monitorare le sue emozioni. «L'analista dovrà rimanere orientato alla realtà esterna mentre di fatto è identificato col paziente perfino in simbiosi con lui. Il paziente deve diventare molto dipendente [...] anche quando c'è una parte sana della personalità che agisce in tutto come un alleato dell'analista e di fatto dice all'analista come comportarsi» (Winnicott, 1969b, p. 210).

4. Il dibattito sul corpo-a-corpo analitico

Winnicott e Lacan

La posizione di Freud sul controtransfert è molto precisa: i sentimenti controtransferali rappresentano un ostacolo nella relazione analitica, occorre dare loro la giusta collocazione. Nella storia della psicoanalisi il controtransfert diventa per gli psicoanalisti motivo di riflessione, creando diversi modi di interpretazione ma soprattutto di utilizzo nella pratica tecnica. Si distinguono due correnti di pensiero rispetto alla concezione freudiana di controtransfert: gli psicoanalisti che in maniera ortodossa si riferiscono al controtransfert come ostacolo, in tale pensiero possiamo

collocare Jacques Lacan; gli psicoanalisti che vedono nel controtransfert un mezzo valido per la conduzione della cura andando incontro ad una posizione indipendente, in cui ritroviamo Donald W. Winnicott.

Volendo immaginare un ipotetico dialogo tra Lacan e Winnicott si possono tracciare le linee di un dibattito vivace. Entrambi fanno riferimento al concetto di relazione analitica come un rapporto asimmetrico, tuttavia il termine asimmetrico non ha lo stesso significato per ambedue.

Lacan sottolinea l'importanza dell'asimmetria nella relazione analitica in quanto il terapeuta non può essere messo allo stesso livello del paziente; lo psicoanalista deve rimanere l'unico elemento della coppia a dirigere la cura. Winnicott parla di asimmetria paragonando la dualità analitica alla relazione che c'è tra genitori e figli, anzi tra la madre e il figlio; il terapeuta winnicottiano quindi deve accudire il proprio paziente ed è solo in questo che si ritrova una posizione di superiorità.

Apparentemente i due concetti sono vicini, ma la differenza è sostanziale: il rapporto madre-bambino non può essere definito strettamente asimmetrico. La madre ha bisogno del figlio così come il bambino ha bisogno di lei, l'asimmetria può essere letta solo in termini quantitativi poiché i bisogni di accudimento del bambino saranno più impellenti rispetto a quelli della madre.

Sotto questo aspetto l'asimmetria winnicottiana tra terapeuta e paziente è apparente; lo psicoanalista dipende dall'analizzato in quanto risponde alle sue domande di accudimento. Proprio quelle risposte che Lacan raccomanda di non fornire assolutamente: l'analista non deve entrare nel gioco del soggetto, anzi deve oggettivarlo.

Il paziente domanda al suo terapeuta la guarigione e alterna sentimenti di odio più profondo a quelli di amore passionale da transfert. Come deve rispondere il terapeuta a tali sentimenti? Per Lacan la risposta dell'analista è il silenzio. L'analizzante domanda amore, ma in che modo? Chiedendo degli oggetti che soddisfino i bisogni; eppure ciò che in realtà serve al soggetto non sono oggetti, piuttosto la sua domanda chiede che questi oggetti siano trasformati in doni d'amore. Il paziente vuole sapere cosa conta per l'Altro come qualsiasi innamorato chiede "io cosa sono per te, tu mi odi o mi ami?": vuole semplicemente essere amato.

La posizione di Lacan è chiara: il terapeuta non deve rispondere alle domande del paziente con degli agiti, deve solo ascoltare con la sua presenza che intende, questa è l'unica risposta che fa bene alla cura. Il controtransfert per Lacan è un'improprietà concettuale perché l'analista che risponde alle richieste del paziente con i propri sentimenti, colloca le domande nel registro dell'immaginario e non del simbolico. Lacan risponde al controtransfert immaginario con il desiderio dell'analista, asse portante della cura psicoanalitica.

Per Winnicott il terapeuta è la madre che risponde ai bisogni del proprio figlio ossia del paziente. Lo psicoanalista è sempre disponibile ad accogliere le richieste del soggetto, modifica il setting che diventa *holding*, il contenitore dell'analizzato. Il controtransfert diventa il mezzo necessario per rendere originale ogni analisi, ogni analizzato proprio perché il terapeuta con i propri vissuti, i suoi sentimenti, le emozioni rende il suo intervento unico rispetto ad altri analisti. Per Winnicott il terapeuta attraverso il controtransfert riesce a comprendere meglio il proprio paziente, donandogli l'amore che lo tira fuori dalla sua patologia.

La differenza fondamentale tra Winnicott e Lacan si ritrova nella visione dell'analista-soggetto.

Per Winnicott lo psicoanalista è attivo e partecipa con i suoi sentimenti in prima persona, si allontana dalla neutralità freudiana mette in atto la propria soggettività così da rendere singolare ogni analisi, adattando il setting ad ogni paziente.

Per Lacan, al contrario, lo psicoanalista non è soggetto dell'analisi, l'unico soggetto è e rimane solo l'analizzante; l'analista lacaniano prova sicuramente dei sentimenti all'interno dell'analisi ma non li usa, l'unico mezzo a sua disposizione è il desiderio dell'analista che dona significato alla retroattività della domanda dell'analizzante. Ciò che permette a Lacan di escludere l'uso del controtransfert nella relazione analitica si ritrova nella collocazione dello psicoanalista come significante qualunque che garantisce la concatenazione della parola analizzante. Questa posizione dell'analista lacaniano rende possibile l'assoluta singolarità del soggetto senza che ci sia l'intervento dell'inconscio di un'altra persona.

Il terapeuta non può essere messo allo stesso livello del paziente nella sua incapacità di gestire l'amore di transfert perché proprio d'amore si tratta, così come lo stesso Freud aveva detto. La risposta dell'analista deve essere invece un surrogato di tale amore. Resta allora innegabile il fatto che alcune verità e alcune libertà devono far parte della psicoanalisi e dell'amore, almeno finché riusciranno a mantenere i confini che le separano dai modi con i quali il collettivo abita il mondo. L'amore come stato d'eccezione quindi e non solo come il piacere più intenso, e non solo per la gioia e l'estasi del legame ma come sperimentazione dell'eccezionale.

«Sento degli analisti farmi l'obiezione che quel che conta in analisi non è il linguaggio, come enuncio io, bensì, a quanto sembra, l'affetto. Lo dico con prudenza, visto che tirano fuori una parola di cui non si sono mai serviti quelli che chiamerei medicastri, persone cioè che non sanno neanche quel che dicono. [...] I cosiddetti affetti rendono unicamente conto dell'affettazione di coloro che parlano. Che cos'è che fa emozione? Credete forse che siano le viscere che si muovono? Per quale motivo si muovono? Si muovono a causa delle parole. Non c'è niente che colpisca più di colui che ho qualificato di essere parlante» (Lacan, 1974, p. 19).

Se la psicoanalisi è una cura che si svolge attraverso il linguaggio, una *talking cure*, Lacan definisce la parola del paziente come medium della psicoanalisi (Lacan, 1953), l'analisi «consiste appunto nel far parlare, cosicché si potrebbe dire che in fondo essa si riassume nella levata del mutismo, il che è ciò che è stato chiamato a un certo momento col nome di analisi delle resistenze» (Lacan, 1964, p. 13).

L'esperienza della tecnica psicoanalitica è innanzitutto quella del linguaggio, un linguaggio, cioè un segno. Tale segno assume un significato nel momento in cui il terapeuta ascolta, «per il solo fatto ch'egli è presente e ascolta, quest'uomo che parla gli si rivolge, e dato che impone al suo discorso di non voler dire nulla, resta ciò che quest'uomo gli vuol dire» (Lacan, 1936, pp. 76-77). Lacan sottolinea che anche il non senso del discorso analitico si fa significativa della parola del paziente, il terapeuta nel movimento di rispondere avverte tale significato ma è sospendendo tale movimento che comprende il senso del discorso.

Il terapeuta si trasforma da uditore ad interlocutore, il paziente sostiene tale ruolo ed avido di parole vorrebbe ascoltare ciò che egli ha da dire; lo psicoanalista silenzioso, sottraendosi fin nelle reazioni del suo volto, si rifiuta pazientemente (Lacan, 1936). Con questo sottrarsi, l'analista fa emergere un'immagine parentale che il soggetto vede in lui, «immagine del padre o della madre, dell'adulto onnipotente, tenero o terribile, benefattore o punitore, immagine del fratello, bambino rivale, riflesso di sé o compagno» (Lacan, 1936, p. 78). Questa stessa immagine che viene riprodotta dal paziente è da lui stesso ignorata, nei due sensi della parola dice Lacan: «non sa che ciò che ripete [...] è spiegato da tale immagine, e misconosce questa importanza dell'immagine quando evoca il ricordo che essa rappresenta» (Lacan, 1936, pp. 78-79).

L'analista agisce in modo che il soggetto si renda conto «dell'unità dell'immagine che in lui rifrange in effetti disparati» (Lacan, 1936, p. 79).

Lacan raccomanda di assumere un atteggiamento molto prudente nei riguardi del paziente o meglio dei suoi sentimenti. Il malato esige dallo psicoanalista una partecipazione al suo male, Lacan, riprendendo Freud, sostiene che occorre essere molto prudenti e non rispondere positivamente alle richieste del paziente. Questo rifiuto naturalmente può portare ad un atteggiamento di aggressività nei confronti dello psicoanalista determinando un transfert negativo, «che è il nodo inguaribile del dramma analitico» (Lacan, 1948, p. 101).

«L'analista sa certamente, di contro, che non deve rispondere agli appelli, per quanto insinuanti siano, che il soggetto gli fa pervenire a tale scopo, pena il vedervi prendere corpo l'amore di transfert che nulla, salvo la sua produzione artificiale, distingue dall'amore-passione; nel qual caso le condizioni che l'hanno prodotto finiscono per fallire a causa del loro effetto, e il discorso analitico finisce per ridursi al silenzio della presenza evocata. E l'analista sa anche che nella misura della carenza della sua risposta, egli provocherà nel soggetto l'aggressività, o l'odio, del transfert negativo. Egli sa però meno bene che in tutto questo ciò che risponde è meno importante del posto da cui risponde. Giacché egli non può accontentarsi della precauzione di evitare di entrare nel gioco

del soggetto, quando il principio dell'analisi della resistenza gli impone di oggettivarlo» (Lacan, 1955b, pp. 340-341).

Dell'insegnamento di Lacan, molti sono gli elementi nei quali è possibile cogliere un'incompatibilità di fondo con le teorie del controtransfert che si sono sviluppate a partire dagli anni '50, sicuramente tra questi elementi spicca la sua affermazione che nell'analisi l'analista non opera come soggetto, né tanto meno soggetto diviso, diviso tra sé e il suo inconscio, tra sé e i suoi affetti, questi elementi possono essere considerati appunto emblemi dell' incompatibilità suddetta. La scansione variabile della seduta è dunque fin dall'inizio integrata dallo svuotamento della funzione soggetto dell'analista, ciò fa sì che tutto il peso dell'operazione analitica sia sbilanciato sull'algoritmo significante e sull'effetto soggetto del linguaggio; è l'analista che si destituisce come soggetto a favore dell'Altro. L'analista significante qualunque e non soggetto, è la radicalizzazione di una funzione che fin dall'inizio dell'insegnamento di Lacan, è ubicata nella pratica del significante. L'Altro per Lacan, oltre ad essere luogo simbolico, è anche desiderio dell'Altro che si manifesta come interrogativo su ciò che esso vuole dal soggetto. Una delle ragioni per cui Lacan ha così radicalmente escluso la pratica del controtransfert, si ritrova proprio nel fatto che il controtransfert dell'analista/soggetto abolisce la dimensione del desiderio dell'Altro nella cura, abolisce cioè l'incontro con *il che vuole l'altro da me*.

5. La relazione analitica come lavoro di civiltà

La posizione dell'analista freudiano

Il discorso analitico non ha fatto altro che parlare di amore, fin dall'inizio, quando Freud incomincia ad ascoltare il soggetto nevrotico che gli parla di un amore insoddisfatto, di un amore che si postula come mancanza irriducibile, mancanza che non trova mai il suo completamento nell'altro. La scienza ha rifiutato di parlare di amore per lasciare il tema ai filosofi, ai poeti e ai mistici. La psicoanalisi ha ripreso il tema eliso dalla scienza per trovarvi il campo della propria esperienza con la scoperta del fenomeno che ha isolato e che ha designato con il nome di transfert. Se si può ottenere una soddisfazione nel parlare a un altro di un amore insoddisfatto, è perché esiste il transfert, ovvero perché il soggetto può sopporre un interesse o un sapere nell'altro sulla propria mancanza d'amore.

Lacan ci illustra che, nella concezione comune, il transfert viene iscritto nel registro dell'affetto, viene visto come un artificio dell'amore. Lacan, con Freud, non si accontenta di intendere il transfert come un surrogato del sentimento d'amore. Egli differenzia due tipi di transfert con un aforisma esemplare «il transfert è positivo quando quello che sta lì, in questo caso l'analista, ebbene, va a genio – e negativo, quando sta sullo stomaco» (Lacan, 1964, p. 126). Lacan distingue «un altro uso del termine transfert [...] quando si dice che struttura tutte le relazioni particolari con quell'altro che è l'analista, e che il valore di tutti i pensieri che gravitano intorno a questa relazione deve essere connotato da un segno particolare di riserva» (Lacan, 1964, p. 126).

Nello scritto *La direzione della cura e i principi del suo potere*, del 1958, Lacan propone un'altra lettura della psicoanalisi, pone la questione non sul lato tecnico cioè di quale sia il metodo da usare, ma spiega in che modo si possa operare in maniera eticamente sostenibile secondo la psicoanalisi freudiana - in nome di un ritorno a Freud - introducendo *il desiderio dell'analista*.

Il controtransfert è un'improprietà concettuale, ciò che giustifica i discorsi alla moda sul controtransfert sarebbe l'audacia degli analisti che collocano il terapeuta allo stesso livello dell'analizzante (Lacan, 1958). L'ortodossia di Lacan è evidente, scrive: «Con ciò non denunciavamo tanto ciò che la psicoanalisi d'oggi ha di antifreudiano. In questo bisogna esserle grati per aver gettato la maschera, dato che si vanta di superare ciò che d'altronde ignora, non avendo trattenuto della dottrina di Freud se non quanto basta per sentire quanto sia dissonante con essa ciò che giunge ad enunciare intorno alla propria esperienza» (Lacan, 1958, pp. 580-581).

«La cura è sicuramente diretta dallo psicoanalista» (Lacan, 1958, p. 581), con questa affermazione Lacan vuole significare che lo psicoanalista dirige la cura e non l'analizzante, con *la direzione della cura* egli intende riferirsi all'applicazione della regola analitica. Nella relazione analitica il soggetto non è il solo ad essere pagante. L'analista paga con le parole attraverso la sua interpretazione, paga con il suo essere ponendosi come oggetto del desiderio dell'altro facendosi bersaglio del transfert dell'analizzante. L'interpretazione è il significante dell'atto analitico, Lacan definisce l'analista come il «solo capitano a bordo dopo Dio» (Lacan, 1958, p. 583), egli ha la più ampia libertà può stabilire la tattica che meglio crede di usare durante l'analisi. L'interpretazione è un mezzo di *codifica*, l'analista è colui che conosce il *linguaggio* dell'inconscio dell'analizzante. «L'interpretazione diviene così un'esigenza della debolezza cui dobbiamo venire in aiuto» (Lacan, 1958, p. 591) Lacan in questo punto sottolinea quale sia l'importanza dell'interpretazione sia per l'analista che per l'analizzante, continua poi, «tutto ciò non è che effetto delle passioni dell'analista: il suo timore, non dell'errore ma dell'ignoranza, il suo gusto, non di soddisfare ma di non deludere, il suo bisogno non di governare ma di conservare la superiorità» (Lacan, 1958, p. 591). Il *contro-transfert*, così ama scriverlo Lacan, non rientra nelle *passioni* dell'analista, queste sono *delle conseguenze della relazione duale*. Il transfert in tale ottica diventa la *sicurezza* dell'analista, *l'interpretazione che è stata aggiornata fino al consolidamento del transfert* è subordinata alla riduzione di quest'ultimo (Lacan, 1958).

Lacan insiste sulla coincidenza tra transfert primario e l'amore, se amare vuol dire donare quello che non si ha e non quello che si ha, l'analista dona all'analizzante il niente, il silenzio. L'analizzante domanda di essere ascoltato dall'altro, attribuisce retrospettivamente il senso di domanda al suo dire. La domanda viene prima dell'offerta di ascolto, ma la domanda diventa tale solo dopo che quanto è stato detto viene ascoltato da un altro. La domanda è radicale, va al di là di ogni oggetto di soddisfazione del bisogno. È la domanda intransitiva come tale che include la propria frustrazione d'amore. Il soggetto non regredisce a oggetti infantili perché mancano gli oggetti di soddisfazione attuale. Non si tratta di frustrazione di bisogni ma di frustrazioni d'amore. La regressione mostra il ritorno al presente di significanti in uso in domande per le quali vi è prescrizione.

Il soggetto non chiede solo che l'altro lo accudisca rispondendo ai suoi bisogni, donandogli ciò che può, ma esige anche sapere cosa è lui per l'altro, sapere se l'altro lo odia o lo ama. Finché l'altro dà solo cure il soggetto non può sapere se l'altro lo ama o lo odia, vedendo azzersarsi la sua domanda d'amore. Il soggetto esige che l'altro abbia un altro desiderio, solo in questo modo può riconoscere il proprio, allora «il desiderio dell'uomo è il desiderio dell'Altro» (Lacan, 1958, p. 624); ciò non significa che il soggetto assume le insegne dell'altro, bensì che «deve trovare la struttura costitutiva del suo desiderio nella beanza prodotta dai significanti in coloro che per lui vengono a rappresentare l'Altro, in quanto la sua domanda è loro soggetta» (Lacan, 1958, p. 624).

Lacan sostiene la dualità del transfert, in esso sono coinvolti analista e analizzante, «dividerlo nei termini di transfert e contro-transfert [...] non è mai altro che un modo di eludere ciò di cui si tratta» (Lacan, 1964, p. 235). Il sentimento di transfert dell'analizzante, colloca l'analista in una posizione di *soggetto supposto sapere*. «In quanto supposto sapere, l'analista è supposto anche andare in contro al desiderio inconscio. Per questo io dico [...] che il desiderio è l'asse, il perno, il manico, il martello, grazie a cui si applica l'elemento forza [...] del discorso del paziente, come domanda, cioè il transfert. L'asse, il punto comune di questa doppia ascia, è il desiderio dell'analista, che designo come funzione essenziale» (Lacan, 1964, p. 239), Lacan pone la questione del desiderio, in una posizione centrale nella dinamicità del rapporto analitico. Il desiderio del soggetto si costituisce in base al desiderio dell'Altro, «nel rapporto tra desiderio e desiderio si conserva qualcosa della alienazione, ma non con gli stessi elementi [...] ma, da una parte, con ciò che si è costituito con la rimozione originaria, [...] dall'altra, con ciò che inizialmente appare come mancanza in ciò che è significato dalla coppia di significanti, nell'intervallo che li lega, e cioè il desiderio dell'Altro» (Lacan, 1964, p. 239).

Il desiderio dell'analista è ciò che guida l'analista, «l'importanza del preservare il posto del desiderio nella direzione della cura, necessita che si orienti questo posto in rapporto agli effetti della domanda, i soli attualmente concepiti alla base del potere della cura» (Lacan, 1958, p. 629).

Lacan formula e riprende la croce del transfert individuata da Freud e si ferma alla sua doppia incidenza nel procedimento analitico: sempre in tensione tra rischio e soluzione, tra finzione ed effettività.

Non mancano altri psicoanalisti che si dibattono tra il riconoscimento della inevitabilità tecnica del controtransfert e la sua ammissione velata di presunzione, quasi ostentata, come fosse, da solo, garanzia di correttezza. Il controtransfert sembra essere diventato una specie di tabù della psicoanalisi (Eagle, 2004) sia nella sua forma di monitoraggio delle reazioni che permettono di venire a conoscenza di ciò che sta accadendo nel paziente, sia come inconsapevole meccanismo selettivo del materiale analitico su cui si focalizzerà la terapia, determinando materiale, contenuti e stile interpretativo.

«Come si sa, il controtransfert è una reazione al transfert, in quanto il discorso dell'analizzando produce degli effetti di risonanza e di rifiuto su ciò che è stato insufficientemente mal analizzato nell'analista, spingendolo a comprendere in modo parziale e parcellare – in breve, distorto – quanto cerca di trasmettere l'analizzando. Con il controtransfert si è aperto il capitolo sempre più vasto della patologia dell'analista, degli effetti di quel che resta in lui di non analizzato, suscettibile di disturbarlo nel suo lavoro d'analisi, che esige distanza e sangue freddo.» (Green, 2004, p. 61) Analista reagisce all'analizzando: secondo lo schema azione-reazione il concetto di controtransfert e la sua formulazione nella storia psicoanalitica dopo Freud segna il passo di una regressione alla simmetria, che il padre della psicoanalisi aveva volentieri abbandonato, rinunciando all'ipnosi e alla sua fascinazione, subita dal medico come dal paziente.

Alla fascinazione della simmetria Freud preferisce l'elaborazione senza presupposti. Ecco che il controtransfert torna a condensare gli scrupoli, questa volta dell'analista. Da analista, anche dopo un percorso analitico individuale, potrò dirmi davvero guarito? Chi mi autorizzerà a dirmi guarito? Oppure dovrò guardarmene, pena l'accusa - da parte di chi? - di narcisismo? Ma come potranno accusarmi di narcisismo se quotidianamente e formalmente lavoro alla costituzione di rapporti che formino e riformino antiche e nuove vite individuali soddisfacenti e dunque, almeno tentativamente, civili?

Se il controtransfert diventa il nome di una *impasse* nella tecnica, ipotizziamo quale obiettivo possiamo intravedere in questa formulazione. L'*impasse* raccoglie il rischio di mettere in dubbio lo stesso transfert, ovvero la forma chiara e distinta della relazione analitica. Il successo del concetto di controtransfert nella storia della psicoanalisi ci permette di distinguere due concezioni che si fronteggiano e precisamente due concezioni del transfert: transfert contro transfert!

Ci sarà confusione sul transfert, ormai pensato come l'effetto della coazione a ripetere (Green, 2004) della patologia dell'analizzato durante la terapia, non frutto di una posizione amorosa che rielabora apporti antichi e nuovi nella elaborazione analitica reformanda. In un certo senso l'analista sarà la prima vittima di questa confusione, sarà il paradosso dell'analista. «È questo che caratterizza la seduta d'analisi allorché il processo è in corso. Essa è impregnata di una qualità indefinibile che qualsiasi descrizione rende solo imperfettamente, non solo perché ci si riferisce ad una qualità affettiva indicibile che concerne la natura intima dello scambio, ma anche perché ci si ritrova qui, un po' come di fronte alla relazione d'indeterminazione di Heisenberg, nell'impossibilità di definire di volta in volta il corpuscolo e l'onda. Se si focalizza l'attenzione sul corpuscolo, si perturba il movimento dell'onda e non la si può più definire, mentre, se non si pensa che all'onda, si sacrifica la definizione dei corpuscoli. (Green, 2004, p. 63)

Questi discorsi sul controtransfert prendono spesso i colori di un atto di accusa o di autoaccusa nei confronti dell'analista: farà bene a stare in guardia, il suo inconscio potrebbe metterlo in scacco, ancora una volta e con l'aggravante di portare alla deriva anche il trattamento analitico particolare. L'aggravante si attesterà specialmente sull'idea dell'analista come guida

analitica, già ferocemente criticata da Lacan. A voler seguire il controtransfert il terapeuta farà bene a prendere posizioni timorose e scrupolose, sempre in guardia, pronto ad evitare l'errore, a prevenirlo, costretto ad una operazione pressoché impossibile. Potrà esercitarsi, certo, nella *figura* di analista prendendo di volta in volta la posizione – maschera? – che *corrisponda* alla posizione – maschera? – del paziente. Che figura! Dove finirebbe il desiderio dell'analista? Esiste dunque il desiderio dell'analista?

Se l'analista non si mette a fare la guida né la guardia del trattamento, anzi discerne il proprio operato analitico da quello psicoterapeutico per cogliere le mosse di partnership da parte del suo cliente, allora saranno partner nel transfert, senza contro-indicazioni. Si tratterà di «una sola legge di moto – e una sola norma fondamentale di essa – per il moto di due corpi distinti (analista e analizzando), che interpretano, nel senso attivo della parola “interpretare”, la medesima norma rispettivamente secondo due versioni corrispettive di essa: la regola o norma di non omissione e non sistematizzazione nell'analizzando; la regola o norma di attenzione fluttuante nell'analista.» (Contri, 1994, p. 222) Se «nella norma fondamentale dell'analisi due soggetti, nei moti dei loro corpi, fanno astensione-astinenza da un fare obiezione, da tutto ciò che in loro potrebbe ergersi come obiezione. Allora è astensione, non da un bene, ma dall'obiezione al riceverlo.» (Contri, 1994, p. 223) Saranno in due ad elaborare, personalmente e universalmente, la medesima legge di beneficio e di rapporto che, per via dell'analisi comincia a riprendersi, rinnovarsi, riformarsi. Partner nel transfert, primi attori, senza esclusione di alcuno – altro o tema – dal lavoro di civiltà che Freud ha istituito per primo. In questo lavoro di civiltà «guarigione e caduta dell'obiezione di principio coincidono.» (Contri, 1994, p. 224)

Indicazioni bibliografiche

- AA. VV., L'aldilà il corpo, Milano, Sic Edizioni 2000.
- AA. VV. A non è non A, Milano, Sic Edizioni 1997.
- A.A.V.V., Il controtransfert nella relazione analitica, Torino, Il Segnalibro 1990.
- AA. VV., Da inconscio a inconscio, Napoli, Alfredo Guida Editore 1994.
- C. Albarella, M. Donadio, Il controtransfert, Napoli, Liguori 1998.
- M. Ammaniti, D. N. Stern, (a cura di), Attaccamento e Psicoanalisi, Bari, Laterza 1992.
- A. Ballabio, M. D. Contri, G. B. Contri, (a cura di), La questione laica, Milano, Edizioni Sipiell 1990.
- W. Baranger, M. Baranger, La situazione psicoanalitica come campo bipersonale, Mialno, Raffaello Cortina Editore 1990.
- F. Borgogno, La partecipazione affettiva dell'analista, Milano, Franco Angeli 1999.
- J. Bowlby, Attachment and loss. «Attachment» 1, NY, Basic books, 1969. Tr. It. Attaccamento e perdita. «L'attaccamento alla madre» 1, Torino, Bollati Boringhieri, 1972.
- J. Bowlby, Attachment and loss. «Separation» 2, NY, Basic books 1973. Tr. It. Attaccamento e perdita. «La separazione dalla madre» 2, Torino, Bollati Boringhieri 1975.
- J. Bowlby, Attachment and loss. «Loss, sadness and depression» 3, NY, Basic books 1980. Tr. It. La perdita della madre, Torino, Bollati Boringhieri 1983.
- J. Bowlby, Una base sicura, Milano, Raffaello Cortina Editore 1989.
- P. Carbone, P. Miglianò, Tappe fondamentali dell'evoluzione del concetto di controtransfert, in «Psicoterapia», 16/17, 1999.
- L. Carli, Attaccamento e rapporti di coppia, Milano, Raffaello Cortina Editore 1995.
- A. Carotenuto, La colomba di Kant: problemi del transfert e del controtransfert, Milano, Studi Bompiani 1994.
- G. B. Contri, Il pensiero di natura, Milano, Sic Edizioni 1994.
- G. B. Contri, L'ordine giuridico del linguaggio, Mialno, Sic Edizioni 2003.

- M. N. Eagle, A critical evaluation of current concepts of transference and countertransference, in «Psychoanalytic Psychology» 17, 2000, pp. 24-37.
- N. Eagle Morris, Alcuni tabù nelle mode psicoanalitiche attuali, in «Psicoterapia e scienze umane» 2, 2004.
- S. Freud, Studi sull'isteria, in Opere, Torino, Boringhieri 2000.
- S. Freud, Lettere a Sabina Spielrein 1909-1923, in «Rivista di psicologia analitica» 25, 1982, pp. 197-213.
- S. Freud, Le prospettive future della tecnica psicoanalitica, in Opere, Torino, Boringhieri 1976.
- S. Freud, Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico, in Opere, Torino, Boringhieri Torino 1976.
- S. Freud, Dinamica della traslazione, in Opere, Torino, Boringhieri 1976.
- S. Freud, Osservazioni sull'amore di traslazione, in Opere, Torino, Boringhieri 1976.
- S. Freud, L'inconscio, in Opere, Torino, Boringhieri 1976.
- S. Freud, Autobiografia, in Opere, Torino, Boringhieri 1976.
- S. Freud, Necrologio di Sándor Ferenczi, in Opere, Torino, Boringhieri 1999.
- S. Freud, Analisi terminabile e interminabile, in Opere, Torino, Boringhieri 1999.
- S. Freud, C. G. Jung, (1906-1913), Lettere tra Freud e Jung, Torino, Boringhieri 1974.
- S. Freud, Pfister, (1909-1939) Lettere, Torino, Boringhieri 1990.
- G. O. Gabbard, E. P. Lester, Violazioni del setting, Milano, Raffaello Cortina 1999.
- P. L. Giovacchini, Trionfi e catastrofi del controtransfert, Roma, Armando Editore 1997.
- A. Green, Idee per una psicoanalisi contemporanea, Milano, Raffaello Cortina Editore 2004.
- P. Heimann, (1949), Sul controtransfert, in Il controtransfert, a cura di C. Albarella e M. Donadio, Napoli, Liguori 1998.
- C. G. Jung, Saggio di esposizione della terapia psicoanalitica, in Opere, Torino, Boringhieri 1981.
- C. G. Jung, Questioni attuali di psicoterapia: carteggio tra C. G. Jung e R. Loy, in Opere, Torino, Boringhieri 1981.
- C. G. Jung, Problemi della psicoterapia moderna, in Opere, Torino, Boringhieri 1981.
- J. Lacan, Aldilà del Principio di Realtà, in Scritti, Torino, Einaudi 2002.
- J. Lacan, L'aggressività in psicoanalisi, in Scritti, Torino, Einaudi 2002.
- J. Lacan, Funzione e campo della parola e del linguaggio in psicoanalisi, in Scritti, Torino, Einaudi 2002.
- J. Lacan, Varianti della cura-tipo, in Scritti, Torino, Einaudi 2002.
- J. Lacan, La direzione della cura e i principi del suo potere, in Scritti, Torino, Einaudi, 2002.
- J. Lacan, Il seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi, Torino, Einaudi 1979.
- J. Lacan, Il fenomeno lacaniano, in La psicoanalisi. Studi internazionali del campo freudiano. «Rivista Italiana della Scuola Europea di Psicoanalisi», 24, 1998.
- J. Laplanche, J. B. Pontalis, Enciclopedia della psicoanalisi, Bari, Edizioni Laterza 2000.
- V. Loriga, Il controtransfert come disturbo, in Il controtransfert nella relazione analitica, AA. VV., Torino, Il segnalibro 1990.
- M. Main, J. Solomon, Discovery of a disorganised/disoriented attachment pattern, in Affective development in infancy, T. B. Brazelton, M. W. Yogman (Eds.), Norwood, NY: Ablex, 1986.
- M. Mancina, La separazione nello sviluppo e nel transfert, in Attaccamento e Psicoanalisi, a cura di M. Ammaniti, D. N. Stern, Bari, Laterza, 1992.
- H. Nunberg, H. E. Federn, (a cura di), Dibattiti della società psicoanalitica di Vienna 1906-1908, Torino, Boringhieri, 1973.
- H. Racker, Studi sulla tecnica psicoanalitica, Roma, Armando Editore 1970.
- P. Roazen, Freud e i suoi seguaci, Torino, Einaudi 1998.
- H. F. Searles, Il paziente borderline, Torino, Boringhieri 1988.
- D. Sedgwick, Il guaritore ferito: il controtransfert da una prospettiva junghiana, Milano, Vivarium 2001.

- E. L. Tower, Il controtransfert, in Il controtransfert, a cura di C. Albarella, M. Donadio, Napoli, Liguori 1998.
- D. W. Winnicott, L'odio nel controtransfert, in Dalla pediatria alla psicoanalisi, Firenze, Martinelli 1975.
- D. W. Winnicott, L'importanza del setting nelle situazioni regressive in psicoanalisi, in Esplorazioni psicoanalitiche, Milano, Raffaello Cortina 1995.
- D. W. Winnicott, Il controtransfert, in Sviluppo affettivo e ambiente, Roma, Armando Editore 1970.
- D. W. Winnicott, Esplorazioni psicoanalitiche, Milano, Raffaello Cortina 1995.