



TRANSFERT CONTRO TRANSFERT

Luca Lupo, Moreno Manghi, Ettore Perrella,
Luca Salvador, Mathieu Bellahsen, Erika D'Incau,
Maria Mutata Margherita, Finizia Scivittaro, Lucia Tower



Periodico diretto da Ettore Perrella

Redazione: Luca Lupo, Luca Salvador, Moreno Manghi, Ettore Perrella

© 2026 Polimnia Digital Editions

via Campo Marzio 34, 33077 Sacile (PN)

Tel. 0434 73.44.72.

info@polimniadigitaleditions.com

<https://polimniadigitaleditions.com>

Catalogo:

https://polimniadigitaleditions.com/download_me/catalogo_polimnia.pdf

Prima edizione a stampa febbraio 2026

ISBN: 9791281081727

Copertina:

Pittore della Sirena (vaso eponimo). Ulisse e le Sirene. Dettaglio da uno stamnos attico a figure rosse, 480-470 a.C., British Museum, Londra.

Pubblico dominio: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Odysseus_Sirens_BM_E440.jpg?uselang=fr.

Progetto grafico e copertina: Marcello Manghi

Luca Lupo, Moreno Manghi, Ettore Perrella,
Luca Salvador, Mathieu Bellahsen,
Erika D’Incau, Maria Mutata Margherita,
Finizia Scivittaro, Lucia Tower

GIORNALE DI BORDO | 7
FORME DELL’ATTO: ETICA, POLITICA, PSICANALISI

TRANSFERT CONTRO TRANSFERT

Indice

<i>Giornale di bordo</i>	
Forme dell'atto: etica, politica, psicanalisi	11
Nota dell'Editore	15
TRANSFERT CONTRO TRANSFERT	21
<i>La stanza dei bambini</i>	23

<i>Ettore Perrella</i> I bambini e noi. Quattro domande e quattro risposte sull'infanzia	25
1.	25
2.	32
3.	38
4.	41
<i>Maria Mutata Margherita</i> Elia e il gioco della "fiera" in gabbia	45
<i>Breve epilogo</i>	50
<i>Che cos'è il gioco?</i>	51

<i>Luca Lupo</i> «Allora tu sei un assassino, papà». L'arcano della filiazione	53
<i>Clinica e tecnica: transfert contro transfert</i>	67
<i>Moreno Manghi</i> Lasciarsi piegare. Nota su Lucia Tower	69
1. <i>Lo stupro</i>	69
2. <i>Dead archives</i>	75
3. <i>Truquage e overclocking</i>	85
<i>Bibliografia</i>	90
<i>Lucia Elisabeth Tower</i> Controtransfert	93
I. <i>Considerazioni teoriche</i>	93
II. <i>Materiale clinico</i>	113
III. <i>Sommario e conclusioni</i>	140
<i>Riferimenti bibliografici</i>	144
<i>Sandra Puiatti</i> Lo scandalo del controtransfert	147
<i>Luca Salvador</i> Efficienza e verità: dicotomie cliniche tra Janet e Freud nella contrapposizione tra psicoterapia e psicanalisi	157
1. <i>L'influenza sonnambulica in Janet e Freud</i>	158
2. <i>La volontà di verità di Freud e il pragmatismo terapeutico di Janet</i>	186

<i>3. Parrhēsia e Wahrhaftigkeit</i>	202
<i>Documenti</i>	211
Mathieu Bellahsen <i>Psichicidio</i>	213
<i>Psichicidio, Mesocidio</i>	221
<i>Recensioni</i>	225
Erika D’Incau “Morfologia delle potenze”, adolescenza e formazione	227
Finizia Scivittaro Psicologia in bilico e psicanalisi: una breve storia	233
Ettore Perrella «À mon âge on ne lit pas, mais on relit». Due recenti romanzi documentari	241

Giornale di bordo

Forme dell'atto: etica, politica, psicanalisi

Sotto questo titolo complessivo saranno raccolti in singoli brevi volumi dei testi che derivino da confronti ed incontri su temi che riguardino in primo luogo l'atto, e quindi l'etica. L'atto, essendo libero, non ha una forma, ma la dà ai vari campi del sapere ed alle varie pratiche. Pubblicare questi scritti sarà perciò come tenere il *giornale di bordo* d'una navigazione in mari nonostante tutto ancora inesplorati.

Perciò nel nostro tempo, sempre più determinato dai meccanismi dell'informazione, appare urgente ridare al sapere ed al pensiero un valore formativo, al di là delle varie competenze specialistiche (universitarie) e professionali.

Questo problema riguarda, prima che la psicanalisi, la politica, perché la formazione – quella che Nietzsche chiamava la *grande educazione* – è in primo luogo un problema politico. Il fatto che l'intero pianeta sia divenuto oggi, grazie all'informazione, un "villaggio globale" non ha eliminato le epidemie e le guerre. E per questo capire quale politica possa occuparsi di questi problemi al tempo stesso nuovi ed antichissimi è particolarmente urgente per chiunque si occupi della formazione, vale a dire del pensiero.

*Se ti metti in viaggio per Itaca
augurati che sia lunga la via,
piena di conoscenze e d'avventure.*

Costantino Kavafis, *Itaca*

Nota dell'Editore

Il centro di questo numero 7 del «Giornale di bordo» è costituito dalla sezione “Clinica e tecnica: transfert contro transfert”, in particolare dalla prima traduzione italiana integrale (che ha richiesto l’impegno di ben quattro traduttori) del famoso articolo – il solo e unico da lei pubblicato in vita – *Countertransference* di Lucia Elisabeth Tower, pubblicato nell’aprile del 1956, nel «Journal of the American Psychoanalytic Association», n. 4, e recentemente riproposto nel 2023, dopo sessantasette anni, nel n. 71 dello stesso «Journal». Innumerevoli lavori sul controtransfert hanno fatto seguito a questo, ma lo scritto di Tower, «*direct and unguarded, gutsy and thoughtful*» – come osserva giustamente Mitchell Wilson nella sua Introduzione alla ripubblicazione del 2023 – rimane, oltre che un capostipite, qualcosa a sé stante. Per la prima volta la nozione di *countertransference response* viene *isolata* teoricamente in quanto tale, estratta da un coacervo di astrusità, banalità, misconoscimenti, *pruderies*, censure decennali, dopo che nessun analista uomo, nemmeno Freud, ne aveva voluto sapere niente. Al di là del coraggio con cui Tower rompe con l’egemonia dell’*ego psychology* degli anni Cinquanta, che proseguiva e

radicalizzava la psicanalisi americana degli anni Quaranta denunciata da Adorno come *revidierte Psychoanalyse*, psicanalisi revisionistica (una psicanalisi convertitasi in psicoterapia riconciliativa dell'adattamento sociale), lo scritto di Tower va dritto al nucleo vitale pulsante [*the vital living core*] dell'analisi, che solo l'analista che accetta di esporsi senza protezioni e garanzie a tutta la violenza del transfert può sperimentare. La *Nota su Lucia Tower* di Moreno Manghi e *Lo scandalo del controtransfert* di Sandra Puiatti cercano di darne conto. Resta da sottolineare l'intreccio fra tensione etica e tensione erotica nel testo (e nella pratica analitica) di Lucia Tower, che merita di essere letto integralmente, appunto in modo a sé stante, e non solo ricordato fuggevolmente grazie alla mediazione teorica di Lacan che, se lo ha meritoriamente reso celebre e letteralmente salvato dall'oblio dei *dead archives* del Chicago Institute for Psychology, è anche grazie alla spregiudicatezza di Wladimir Granoff, che glielo ha imposto.

Un altro testo duro, denso e importante di questo numero è costituito dall'articolo di Luca Salvador *Efficienza e verità: dicotomie cliniche tra Janet e Freud nella contrapposizione tra psicoterapia e psicanalisi*, dove a fare la differenza fra l'uno e l'altro, fra l'una e l'altra, è la questione della verità, declinata nei termini di *parrhēsia* e *Wahrhaftigkeit* (veridicità), che fanno della psicanalisi, come dice Freud, la "nemica della civiltà", «al punto – scrive Salvador – che si potrebbe dire che nel momento in cui dovesse smettere di mettere in crisi la società,

avremmo evidentemente agito nel senso di una [sua] adulterazione».

La sezione “La stanza dei bambini” si apre con quattro sorprendenti risposte di Ettore Perrella a Maria Mutata Margherita – *I bambini e noi. Quattro domande e quattro risposte sull’infanzia* – su un “tema” che sorprenderà i suoi lettori, abituati a scalare come possono le cime più ardue della filosofia e dell’etica: l’infanzia, che pure attraversa discretamente a più riprese la sua opera (quella poetica in particolare). E Perrella risponde – testimoniando del suo essere rimasto bambino – a partire dalla questione sempre preclusa da ogni presunta “psicologia dell’infanzia”, ovvero che per *prima cosa* occorre «smentire il mito imbecille dell’“infanzia felice”: i bambini non sono mai felici, essendo condannati ad affrontare quotidianamente quella sorta di dislivello strutturale che c’è fra il poter dire e il poter fare». Perrella parte, così, dalla piena consapevolezza del sentimento del tragico che flotta, non visto, nell’umor vitreo degli occhi di ogni bambino, e che la “nemica della civiltà” gli impedirà di dimenticare.

Segue l’articolo di Maria Mutata Margherita su *Elia e il gioco della “fera” in gabbia*, dove l’apertura dello spazio del gioco comincia dal *non* interpretare (ma anche dal *non* diagnosticare): «Avere una posizione interpretante vorrebbe dire tradire tutto quello che, nella relazione con me, con lo spazio e con la sala, ha permesso ad Elia di produrre questo momento fondamentale e fondante». Quando il pensiero di aver trascorso la giornata “senza aver concluso niente” non si fa debitamente carico della

colpa, si è molto, molto vicini al bambino: «Il gioco è questo “Niente” che si colora d’assoluto».

*Da futili doni e parole stente
sa il cuore umano
di niente –
“niente” è la forza
che rinnova il mondo (E. Dickinson).*

Conclude, letteralmente (letalmente?) a buon diritto “La stanza dei bambini” la sconcertante affermazione, che ci riguarda tutti: «Allora tu sei un assassino, papà». Chi è un padre? «Da quel momento, dare una risposta a mio figlio è stato il vero e unico problema della mia vita». Dedicato da Luca Lupo «a Vito e Ludovico Alfieri Fontana, uomini di pace».

Chiudono il numero tre meditate recensioni – di Erika D’Incau, Finizia Scivittaro e Ettore Perrela – ad alcuni libri da poco pubblicati.

Last not least, nella sezione “Documenti”, *Psichicidio* di Mathieu Bellahsen, sulla mancata proroga dell’autorizzazione all’esercizio dell’attività psichiatrica della clinica di La Borde, la clinica di Jean Oury, «dove è stata inventata un’altra psichiatria». Dove finiranno i matti? A chi chiederanno la loro ultima sigaretta? Articolo dal vecchio stile spigoloso e militante, ma necessario oggi, nel solco del romanzo del 1935 di Horace McCoy e del film di Pollack del 1969 (l’anno dopo...): *Non si uccidono così anche i cavalli?*

Così, senza esserne consapevoli, meno che mai concordi, senza dichiarazioni, quasi di per sé, tutti gli scritti di questo «Giornale di bordo» si stringono, a giochi fatti, intorno al *the vital living core* della psicanalisi: una risposta che non è solo di controtransfert.

TRANSFERT CONTRO TRANSFERT

La stanza dei bambini

Ettore Perrella | I bambini e noi. Quattro domande e quattro risposte sull'infanzia

1.

A volte mi chiedo per quale motivo tutto quello che Lei articola nella sua teoria trova nella pratica con i bambini una concretezza straordinaria, sia che ci si muova sul piano della “cura”, sia che ci si muova sul piano della riabilitazione. Che cosa c'è nella Sua teoria – nell'impianto logico che la sostiene –, da rendere il suo pensiero così aderente a ciò che di fondamentale appare nel bambino, ed a ciò che, del modo d'essere al mondo del bambino, s'impone a uno sguardo “sgombro”? Non sgombro, ad esempio, da pregiudizi o da altro, ma sgombro e basta, senza nessuna altra aggettivazione. In altre parole, perché la sua teoria forma l'adulto a questo sguardo che non so come altro definire se non, semplicemente, “sgombro”?

Questa domanda, come le successive tre, mi sono state rivolte da Maria Mutata Margherita, dopo che, nel corso d'una riunione della redazione del “Giornale di Bordo”, mi aveva chiesto di riassumere in che modo, nei miei scritti, ho affrontato il tema dell'infanzia. Comincerò perciò, prima di tutto, spiegando perché le ho chiesto

di formulare queste domande, trasformando l'articolo che mi chiedeva in un'intervista (anzi, se tutto va bene, in un dialogo).

C'è sicuramente un motivo per cui, nel quasi mezzo secolo che è trascorso da quando pubblico diversi miei interventi, non ne ho mai scritto nessuno dedicato a questo argomento, del quale pure mi sono sempre occupato, direttamente o indirettamente, in altri contesti. E questo motivo è molto semplice: nella mia esperienza come psicanalista, non mi sono mai occupato di bambini. Beninteso, questo non è avvenuto perché mi rifiutassi di farlo, ma semplicemente perché non mi è mai stato chiesto.

Eppure chiunque operi nel campo della psicanalisi si occupa in continuazione dell'infanzia, anche se non riceve in studio dei bambini. Si tratta però sempre di un'infanzia ricordata – o più spesso dimenticata o rimossa –, vale a dire di un'età attraverso la quale tutti gli adulti sono passati e che però ha sempre acquisito per tutti loro – che abbiano vent'anni o cinquanta poco importa – un *valore mitico*. In questo senso, credo d'essermi sempre attenuto alle indicazioni di Freud: il nucleo di tutte le nevrosi degli adulti risiede sempre in una nevrosi infantile, che raramente si risolve senza resti, ma produce una “nevrosi adulta”: scrivo fra pudiche virgolette questa espressione, che nessun analista degno di questo nome ha mai usato, per il semplice motivo che è contraddittoria. Di fatti nessuna nevrosi è degli adulti, se a questo termine attribuiamo un significato non solo

anagrafico. Le nevrosi – come le psicosi, le dipendenze e le perversioni – sono sempre delle infanzie prolungate, cioè sono una manifestazione secondaria – e per questo sintomatica – del fatto che il soggetto che v’incorre non è mai realmente uscito dall’infanzia, nel corso del passare degli anni, perché non ha mai elaborato il *lutto* che comporta l’abbandono della posizione infantile, per acquisire, attraverso la cosiddetta “crisi dell’adolescenza”, la posizione adulta.

Quando ora parlo d’infanzia, d’adolescenza e di età adulta, non mi riferisco quindi affatto ad un modello anagrafico, ma alla diversa strutturazione simbolica – e di conseguenza anche comportamentale, e quindi in definitiva etica – fra queste tre fasce d’età. Riassumendo, posso schematizzare queste differenze come segue.

1. Per i bambini tutto è possibile in futuro, ma ben poco è possibile al presente. È quanto basta per smentire il mito imbecille dell’“infanzia felice”: i bambini non sono mai felici, essendo condannati ad affrontare quotidianamente quella sorta di dislivello strutturale che c’è fra il poter dire e il poter fare; essi, non essendo ancora in grado di fare quasi nulla da sé, sono costretti ad immaginare quello che vorrebbero, in una lunga impotenza, dalla quale non vedono l’ora d’uscire, diventando maggiorenni. Questa impotenza ha due aspetti: uno è oggettivo, dipendente dal fatto che non hanno ancora gli strumenti per decidere da sé quasi nulla; l’altro è invece sintomatico; mi riferisco naturalmente alle nevrosi infantili, che però non dipendono mai dai sintomi dei

bambini, ma da quelli dei loro genitori. I sintomi dei bambini sono ricalcati, per così dire, sulle insufficienze del padre e della madre. Di questo aspetto dell'infanzia m'ero occupato nel mio primo seminario, nel quale avevo commentato l'articolo di Freud sul Piccolo Hans¹. Anche la fobia dei cavalli di Hans è, in definitiva, un prodotto dell'insufficienza di suo padre a svolgere il proprio "mestiere impossibile". E tutti i bambini sono costretti ad accogliere – compito particolarmente faticoso – le conseguenze della distanza che intercorre fra le figure ideali e simboliche dei propri genitori e le loro figure reali, sempre inevitabilmente insufficienti. Freud, com'è noto, attribuiva alla scoperta delle insufficienze paterne lo sviluppo di quell'istanza interna che viene solitamente chiamata Superio, in quanto i bambini preferiscono accollare a sé stessi le insufficienze del proprio genitore, piuttosto che riconoscerne i limiti, dal momento che non possono vivere che appoggiandovisi. Così interiorizzano la figura di un legislatore assoluto, che impone loro due imperativi contraddittori: per riutilizzare la formula freudiana, «così (come il padre) devi essere, così (come il padre) non ti è concesso di essere». E qui, come si vede, il dramma familiare, che di solito è solo una "commedia umana", diventa una tragedia interiore, dalla quale possono scaturire molte patologie, anche molto gravi, dopo l'adolescenza, come le dipendenze.

¹ Svoltosi nel 1979-80, ed ora accessibile nel sito <https://www.accademiaperlaformazione.it/i-il-piccolo-hans/>.

2. Gli adolescenti possono incominciare a mettere in questione i genitori, cosa che di solito fanno rigettando tutti i loro schemi. Questa fase di passaggio, dovuta anche allo sviluppo psicosessuale, li porta di solito ad estremizzare il proprio rifiuto, incappando così nelle proprie insufficienze e nei propri sintomi reali, che, se non risolti autonomamente (compito molto difficile e molto penoso), diverranno anche i sintomi dell'età adulta.

3. Infine dovrebbe prodursi l'acquisizione di quella effettiva autonomia di valutazione delle cose del mondo e dei propri desideri che dovrebbe portare all'accettazione adulta dei propri limiti, ma senza rinunciare alle proprie doverose aspirazioni.

Questo schema triplice oggi è ben di rado corrispondente alla crescita effettiva degli individui, nell'attuale situazione storico-culturale. Non dimentichiamo che gli scritti di Freud sono fondati su situazioni cliniche che si erano sviluppate nell'Europa precedente alle due guerre mondiali. La clinica con la quale noi analisti siamo chiamati a confrontarci oggi ben di rado assomiglia a quella descritta da Freud fra la fine del XIX Secolo e l'inizio del XX. Il punto è che oggi sono totalmente stati abbandonati quei "riti di passaggio" che una volta, nelle società arcaiche, scandivano ancora simbolicamente la vita dei soggetti, traducendo la loro crescita cronologica in assunzione di precise responsabilità sociali o politiche, come la scuola, il servizio militare, il matrimonio, l'assunzione dei compiti genitoriali ecc.

Io ho sempre pensato che la psicanalisi sia stata inventata da Freud per effetto del tramonto dei riti sociali di passaggio, per sostituirli con una pratica formativa che, per me, era fin dall'inizio una pratica iniziatica. Perciò ho sempre insistito nel dire che la psicanalisi non è terapia, ma formazione. Penso insomma – per quanto qui io possa esprimermi solo schematicamente – che la psicanalisi debba contenere *sempre* un rito di passaggio dall'infanzia all'età adulta, indipendentemente dall'età anagrafica di chi la fa, che può avere cinque o cinquant'anni, poco importa. L'essenziale è che questa pratica contenga realmente un'iniziazione alla vita. Come si vede, qui siamo mille miglia lontani dal modello psicoterapeutico, al quale Freud e Lacan si opposero sempre, e sempre, purtroppo, con poco successo, presso i loro allievi.

Per venire ora alla domanda che mi è stata posta, l'unica cosa che posso dire per esperienza diretta è che, quando scoprii che i concetti che io andavo elaborando a partire dalla mia esperienza come psicanalista, cent'anni dopo gli anni in cui Freud aveva elaborato la propria teoria dell'inconscio, venivano trovati molto utili anche da alcune persone che, come Maria Vittoria Rinaldi e la stessa Maria Mutata Margherita, alla quale ora cerco di rispondere, al contrario di me, si occupavano spesso o anche prevalentemente dell'infanzia, questa fu per me una piacevole scoperta, che mi confermò che quello che io andavo elaborando nell'esperienza che facevo, anche grazie alle analisi che conducevo, con dei “bambini” che

avevano da venti a cinquant'anni, doveva avere colto qualcosa d'essenziale nell'infanzia stessa.

Posso solo presumere – ma senza poterlo dimostrare – che questa corrispondenza fra quanto io dicevo e l'infanzia “vera” dei bambini dipendesse dal fatto che per me l'infanzia è stata sempre al centro della mia riflessione. Molti anni fa, quando lessi il meritorio libro di Serge Leclaire, *Si uccide un bambino*, pur riconoscendone subito l'importanza, ebbi però l'impressione che la psicanalisi non dovesse solo servire per elaborare il lutto del bambino che ciascuno di noi è stato in un tempo ormai remoto, ma dovesse anche *consentire la sopravvivenza delle doti essenziali che solo l'infanzia ha trasmesso all'età adulta, come la capacità di creare, d'immaginare, di pensare: insomma la capacità di giocare*. Il lavoro, infatti, è sempre una *corvée*, se non si riesce a lavorare giocando, vale a dire inventando qualcosa di nuovo e di sorprendente, anche per chi lavora. Da questo punto di vista, sono sempre stato convinto del fatto che l'intera storia della filosofia – e poi anche la teoria psicanalitica – altro non siano mai state che una ripresa adulta di quelle che Freud chiamava le “teorie sessuali” dei bambini. In fin dei conti, penso che tutti i geni dell'umanità – da Platone ad Einstein, da Michelangelo a Mozart – altro non siano mai stati che dei “bambini prodigio” diventati adulti, ma rimasti anche sempre bambini, per tutta la loro vita.

2.

Perché non è possibile parlare, in una logica diadica, della verità del bambino, della verità del suo sviluppo, della verità della sua posizione, della verità di qualunque cosa lo riguardi? Lacan, per provare a venire fuori da una logica diadica, parla della nascita del soggetto nel luogo dell'Altro come sovrapposizione di due mancanze (il bambino risponde alla mancanza dell'altro offrendo la propria). Non è male come logica, è un punto di vista che contiene alcune verità. Non è il suo punto di vista, e io sono molto contenta di essermi potuta formare a questo suo punto di vista. Il problema è che la logica che Lacan sviluppa, rispetto allo sviluppo teorico del suo pensiero, è enormemente più semplice. Credo che comprendere meglio la differenza di orientamento fra la sua teoria e quella di Lacan, a proposito del bambino, potrebbe aiutare a puntualizzare alcune questioni e a rendere più evidente l'estrema concretezza del suo pensiero.

Questa seconda domanda verte sulla differenza fra la mia teoria e quella di Lacan. Quando iniziai ad occuparmi di psicanalisi, prima della laurea, nelle mie letture, lo feci leggendo assieme Lacan e Freud. Quindi devo dire che il mio Freud è sempre stato molto lacaniano.

Questo avvenne nell'anno che dedicaì a scrivere la mia tesi di laurea, che era composta da una prima parte, alla quale si aggiunse dopo una seconda parte. Quando terminai la prima, chiesi di leggerla ad un professore (che

non era il mio relatore), che mi chiese come mai, fra gli autori che citavo, non compariva mai Lacan, che pure gli era parso presentissimo, nel modo in cui avevo impostato il mio lavoro. Gli risposi, sorridendo, che, quando avevo scritto la prima parte, non lo avevo ancora letto, ma che sarebbe stato sicuramente citato nella seconda parte.

Se m'è tornato in mente questo curioso episodio, non è certo perché io mi sia mai riconosciuto il merito d'essermi inventato Lacan senza leggerlo, visto che l'ho letto moltissimo, ma senza mai farmi contagiare dall'ondata di venerazione lacaniana, che si diffuse poi anche in Italia, negli anni successivi. Lo ricordo solo per dire che Lacan, per me, non è mai stato l'unico autore di riferimento – anche se è sempre rimasto l'unico maestro che mi riconosca –, e quindi non mi sono mai sentito un “lacaniano”, neppure dopo che frequentai il suo studio, per alcuni mesi, poco prima della sua morte.

Quando cominciai il mio seminario, che è stato la prima fucina dei miei scritti, nel 1979, certamente non pensavo affatto d'insegnare niente di mio. Del resto, come avrei potuto farlo, visto che ero ancora, come si dice, un analista in erba? Tutto ciò che volevo fare era mostrare a coloro che mi venivano a sentire come ci si può raccapezzare con gli scritti di Freud, e con quelli di Lacan, se ci si vuole orientare nel campo della psicanalisi. L'unica cosa che allora ci mettevo di mio era tutto quello che avevo imparato, anche prima di leggere Lacan, da altri autori che, per me, non sono stati mai meno importanti di lui (per esempio Platone, Nietzsche, Marx, Husserl,

e più tardi Gregorio Palamas). E forse solo per questo il mio seminario, per coloro che lo seguivano, ha avuto qualche valore formativo. Io non ho mai detto a nessuno nessuna verità, ma mi sono limitato ad esporre – forse con qualche necessaria, ma spero moderata, impudicizia – qual era il mio percorso. Lacan, pur essendosi sempre definito freudiano, sapeva che i suoi allievi si sarebbero potuti definire lacaniani. E devo dire che il lacanismo non ha mai portato niente di buono alla psicanalisi. Io invece non ho mai pensato che i miei allievi un giorno si sarebbero definiti perrelliani. Questa sarebbe una pura stupidaggine, perché io non ho mai voluto insegnare o trasmettere una dottrina, ma solo un movimento. È come se dicessi ai miei allievi: se volete una teoria, dovete costruirla con le vostre mani e con le vostre teste. E questo è certamente molto più difficile che citare a memoria i testi di Lacan, come se fossero versetti della Bibbia.

Ora, per venire alla diade e alla triade, l'unica differenza fra me e Lacan sta nel fatto che al tre Lacan ci è arrivato solo dopo aver parlato del simbolico, quando introdusse il reale come terza dimensione dell'esperienza analitica. Ora, il simbolico è sempre fondato sulla diade: per esempio, si dice che i bambini stanno imparando a parlare quando conoscono due parole, “mamma” e “papà”, e non quando si dedicano al gioco della lallazione. Quando s'introduce il significante, si tratta almeno di due significanti, che fanno sì che il mondo intero si divida in due. E bastano due numeri – lo 0 e l'1 – per scrivere tutte le difficili operazioni della matematica.

Quindi Lacan è passato alla triade – simbolico, immaginario e reale: *RSI*, come suona il titolo d'un suo seminario – solo dopo essersi occupato della diade simbolica. Ora, in francese *RSI* si pronuncia *hérésie*, è quindi sinonimo di “eresia”, perché sapeva bene che la triade stava al culmine della teologia cristiana. Ma si è fermato qui. Io devo dire invece d'aver preso la faccenda molto più seriamente, forse soprattutto grazie alle mie letture palamitiche, che ho compendiato psicanaliticamente dicendo che il Padre è l'ente, il Figlio è la Parola e lo Spirito è l'atto. Non l'ho fatto di certo per un semplice ghiribizzo erudito, ma perché ho capito molto presto che, nella psicanalisi, in fondo si trattava di quel “parlare le lingue” che, come sappiamo dagli Atti degli apostoli, è un dono dello Spirito. Insomma è come dire: la psicanalisi, se non ha niente a che vedere con lo Spirito (con quello santo, oltre che con quello che fa ridere, come sapeva Freud), è fottuta, perché si riduce a psicoterapia. Lacan non ci credeva che la psicanalisi sarebbe riuscita ad affermarsi in quanto tale, e pensava che le cupole di Roma avrebbero avuto il sopravvento su di essa. Invece io, per non uscire di metafora, ho provato a mettere la psicanalisi in cima a quelle cupole. Se vogliamo che la psicanalisi sia laica, non dobbiamo affatto pretendere che sia anche atea. Sta di fatto che Freud, pur essendo ebreo ed ateo, non lo pensava affatto, come testimoniano le sue lettere al pastore analista Pfister.

Ora, per venire ai bambini, devo dire che io non ho mai pensato, come forse aveva pensato Freud, quando

scrisse sul piccolo Hans, che l'infanzia sia la pietra di paragone della teoria analitica. Invece ho sempre pensato che la domanda che si pongono tutti i bambini – “da dove vengono i bambini?” – senza mai riuscire a dare una risposta, se non viene otturata dalla risposta fisiologica (“vengono da uno spermatozoo che penetra in un ovulo”), può divenire un enigma filosofico, perché in fondo tutti i filosofi e tutti gli scienziati non hanno mai fatto altro, nella storia, che tentare di dare una soluzione a questo enigma.

Veniano ora a Lacan, a quando parla dello stadio dello specchio, nel quale un bambino, vedendosi in uno specchio assieme alla madre, capisce che quell'immagine irraggiungibile è la sua stessa immagine, per sempre inappropriabile. Lacan ne deduceva che l'io è sostanzialmente una produzione speculare, e quindi immaginaria.

Ma possiamo chiudere così il problema della natura dell'io? È quel che sembra fare Lacan, stando al modo in cui risolve, in termini fondamentalmente scettici, l'*ego cogitans* cartesiano, che secondo lui significa *ego cogito me cogitare*, e così all'infinito. Ma così dimenticava che l'*ego* ha anche una funzione strutturante fondamentale nella fenomenologia trascendentale, vale a dire nell'unico tentativo serio che sia stato compiuto di fondare la scienza su qualcosa di più solido, per la conoscenza, di quanto non sia l'immaginario. E a mio avviso Lacan ha letto troppo Heidegger e troppo poco Husserl, che io avevo letto anche prima di leggere Lacan. Ora, per quanto mi riguarda, penso invece che il *cogito* funziona

come fondamento solo perché il verbo *cogitare* deriva, anche etimologicamente, dall'unione di un *cum* con il verbo *agito*, che è un frequentativo di *ago*. Quindi il *cogito ergo sum* ha a che fare col pensiero solo secondariamente, perché potrebbe rendersi con un "con-agisco, quindi sono". Insomma, l'ente è fondato nell'atto, come lo è il pensiero, e non è fondato affatto sul pensiero. Altrimenti la filosofia trascendentale sarebbe una forma d'idealismo. C'è quindi, trascendentalmente, un primato dell'etica sull'ontologia. E devo dire che Lacan non ha mai visto niente di tutto questo. E perciò anche il suo seminario sull'*Etica della psicanalisi*, benché sia imprescindibile, dal punto di vista filosofico non sta affatto in piedi, come non stanno in piedi, filosoficamente, i seminari in cui riprese il *Simposio* di Platone.

Certo, mi si potrebbe obiettare che Lacan era un analista, non un filosofo. Ma la psicanalisi come potrebbe fondarsi, diventando una scienza, se non si fondasse trascendentalmente, come la matematica o la fisica? Io penso che l'io, come soggetto dell'atto, sia l'unico ancoraggio che trattienga quello che *diciamo* al senso di quello che *facciamo*. Ma questo "io" non ha nulla a che vedere con il narcisismo, perché ciascuno di noi partecipa al proprio atto proprio in quanto coincide con il luogo logico in cui l'atto si genera; e di conseguenza penso che l'io trascendentale non abbia quasi nessuna relazione con la raffigurazione speculare e narcisistica dell'io nella sua divisione. *L'agente, insomma, non è mai diviso*, nemmeno quando l'io sembra esserlo, come nel narcisismo. E questo agente

è già lì, perfettamente funzionante, anche prima che il bambino scopra la propria immagine, accanto a quella della madre, nello specchio. È forse è proprio questo che genera quella concretezza – trascendentale, aggiungerei io – che Lei attribuisce al mio pensiero.

Certo, quando ci si fonda sul simbolico, le cose sembrano molto più facili, perché si procede sempre con il due. Ma, quando si fa questo – che è poi la caratteristica dell'informatica, per esempio nel funzionamento dei computer –, non si sa mai né da dove si parte né dove si arriva. Per dirla tutta, il rischio del lacanismo, oggi (cosa che non era ancora vera al tempo di Lacan), è d'accreditare la favola informatica dell'intelligenza artificiale. Le macchine non sono vive, e noi, finché viviamo, non siamo delle macchine.

3.

Qual è il luogo logico dell'infanzia all'interno del suo impianto teorico? In che modo i concetti che nella sua teoria riguardano "l'origine" e "il fondamento" costruiscono necessariamente un'idea del bambino come "logicamente innocente" e allo stesso tempo come "logicamente sapiente"? Se è vero, dal punto di vista di Lacan, che i "perché?" del bambino puntano alla mancanza dell'Altro, dal punto di vista della sua teoria, quale altro sapere indicano questi "perché?" del bambino? E, soprattutto, quale altro concetto di sapere essi esprimono? O meglio quale altro sapere i bambini sono?

Dico che i bambini sono questo altro sapere, e non che lo incarnano. Penso sia che anche questa domanda sia coerente con la sua teoria e possa situarsi nella logica che la sostiene.

Incominciamo dagli infiniti “perché?” dei bambini, quando hanno scoperto che di ogni cosa c’è una ragione. Ciò fa sì che le singole risposte che vengono date loro dagli adulti – che qui intervengono come dei perfetti soggetti supposti sapere – continuano a rinviare ad un altro perché, e il susseguirsi delle domande rischia di diventare estenuante, per il malcapitato adulto che tenta di rispondere, finché non si decide a porre fine al gioco.

Questo gioco tuttavia – e qui rimando a quanto dicevo prima sulla relazione fra l’infanzia e la filosofia – è serissimo. Il principio di ragione – formulato da Leibniz con il *nihil est sine ratione* – è stato appena scoperto dai bambini, e, siccome infiniti sono i condizionamenti, essi restano molto male, quando il gioco viene interrotto dagli adulti. Ma i condizionamenti sono infiniti anche per la scienza e per la filosofia. Ora, se la prima può non porsi il problema del fondamento delle proprie verità (e fa malissimo a non farlo), invece la filosofia suppone che la serie dei condizionamenti sia *una* serie, e perciò la considera come condizionata da un incondizionato, che alla fin fine coincide con il Dio onnisciente della Bibbia (almeno così imposta il problema Kant nella prima *Critica*). Peccato che i bambini, nell’età dei “perché?”, se hanno capito benissimo il condizionamento, non sappiano invece nulla dell’incondizionato. Del quale,

naturalmente, non sanno dire nulla nemmeno i più grandi filosofi.

Naturalmente adesso parlo dei filosofi, e non degli scienziati, che con i loro “perché?” si ostinano a far indietreggiare d’un breve passo l’incondizionato, vale a dire il mistero, quando le teorie scientifiche vengono messe alla prova degli esperimenti. E non è affatto detto che tutti gli scienziati sappiano che la scienza non potrà mai spiegare tutto. Il limite, per loro, è comunque remotissimo, perché l’estensione del mistero, nonostante i progressi della scienza, continua ad essere sterminata. E solo i filosofi continuano, come i bambini, a voler capire quale sia il principio di tutto, insomma il *primum movens* dell’intera realtà, nell’intero universo.

I bambini sono quindi, come dicevo prima, i primi filosofi, ed i filosofi sono coloro che sono rimasti bambini fino agli ultimi giorni della loro vita, con quest’unica differenza, che hanno piegato alla domanda infantile sull’enigma tutto il peso enorme del sapere accumulatosi, *per saecula saeculorum*, nelle biblioteche. Da questo si può ricavare l’importanza di quello che potremmo chiamare, in tutti noi, il “bambino trascendentale”, visto che l’individuo è sempre, nei confronti del mondo e dell’ideale, nella posizione del principiante.

Bisogna però non idealizzare mai i bambini. Il bambino divino, che si trova in tutte le mitologie di questo mondo, è sempre un bambino destinato ad essere messo a morte, ad essere sacrificato, come il giovane Isacco, al Dio dell’assoluto. È come dire che fra l’adorazione del

bambino divino e la strage degl'innocenti c'è solo un passo. È bene quindi che i genitori non idealizzino mai i propri figli, perché le conseguenze cliniche di questo possono essere veramente gravi.

4.

Perché — se è pur vero che, come ha sempre sostenuto Freud, l'infanzia occupa un posto non eliminabile nella teoria della psicanalisi, in quanto l'infanzia è un momento privilegiato della vita, perché ha in essa un ruolo che non possiamo eludere dal nostro ragionamento sull'uomo — tuttavia non possiamo essere d'accordo con Freud, quando dice che la nevrosi dell'adulto deriva direttamente dalla nevrosi del bambino? Mi spiego meglio: a me pare che il fatto che l'infanzia si chiuda, e non ci appartenga più, possa essere considerato — alla luce del suo pensiero — come una fase della vita alla quale potremmo attingere per tutta la vita, come fedeltà a ciò che ci trascende e del quale partecipiamo; e che questo sia possibile solo a condizione che noi lasciamo che l'infanzia si chiuda realmente. La nevrosi dell'adulto non deriva dalla nevrosi del bambino, a mio avviso, ma è, invece, la conseguenza dell'incompiutezza di questa chiusura dell'infanzia. In un certo senso, potrei dire che di compiuto c'è solo l'infanzia, mentre, per il resto della vita, noi adulti dobbiamo impegnarci in un'ascesi mai finita. A me sembra che questo possa dedursi dalla sua teoria e dal suo pensiero. Mi sbaglio?

Non si sbaglia affatto, e quello che ho detto prima sembra confermarlo. Passare, attraverso l'adolescenza, nell'età adulta, comporta sempre, come avveniva nei riti di passaggio, quando c'erano, un confronto con la morte. I bambini aspettano di diventare grandi, ma i grandi possono solo aspettare di morire. Nell'attesa, possono però allevare dei bambini: e questo non significa solo generarli, ma soprattutto educarli. E nel grande compito, anche politico, dell'educazione, rientrano la filosofia, la scienza e la psicanalisi. Sono tutti strumenti di quella che Nietzsche chiamava *la grande educazione*.

L'educazione, però, non ha niente a che fare con la trasmissione delle informazioni. Insomma, si può educare solo il sapere, anche se i bambini per divenire adulti devono imparare molte cose e, come dice il proverbio, "non si smette mai d'imparare". Purtroppo, negli ultimi decenni, le scuole e le università sembrano aver assorbito questo falso modello dell'informazione, finendo così per cessare d'essere degli strumenti educativi. Eppure le scuole erano un tempo degli straordinari strumenti d'iniziazione alla vita.

Tutti noi dobbiamo educare i bambini. E, per farlo, dobbiamo prima di tutto educare gli adulti. Sto parlando d'un compito che oggi è divenuto davvero un'impresa disperata, perché tutto, nel mondo in cui viviamo, sembra andare nella direzione contraria. Questo è un problema, prima di tutto politico, enorme, che oggi quasi nessuno sta affrontando. Siamo rimasti davvero in pochi – anche nel campo della psicanalisi – a ricordarcelo. E

sarebbe molto importante che questi pochi si riconoscessero e collaborassero assieme a salvaguardare, nei bambini – vale a dire in tutti noi – le stesse fondamenta della nostra civiltà.

Maria Mutata Margherita | Elia e il gioco della “fiera” in gabbia

Elia è un bambino di sei anni affetto da sordità profonda e da altre importanti problematiche derivanti dall’aver contratto il citomegalovirus durante la gravidanza della madre.

Mi viene inviato dalla logopedista che ne segue la riabilitazione al linguaggio verbale secondo la metodica oralista pura. È preoccupata perché Elia è un bambino molto oppositivo e per questo in riabilitazione non consegue risultati soddisfacenti.

Fin dal primo nostro incontro Elia accetta di buon grado di venire agli appuntamenti che fisso nella misura di uno alla settimana.

È un bambino molto serio in viso, sorride poco, appare teso, si muove con una certa rigidità, quando corre rischia continuamente di inciampare, in oltre ha una forza muscolare notevole per la sua età, riesce a sollevare e trasportare anche i cubi di gommapiuma più pesanti e più grandi che sono presenti in sala e ha una notevole resistenza alla fatica.

La sala con il materiale presente lo attrae immediatamente, il gioco libero appare subito, seguo il bambino nei suoi giochi che si presentano inizialmente estremamente

frammentari: si susseguono uno dopo l'altro senza che arrivino mai a prendere un loro ritmo, senza una vera e propria durata. Lentamente alcuni di essi diventano più consistenti e iniziano ad avere una certa articolazione spazio-temporale. In particolare si lascia catturare dal piacere di tirare una corda lunghissima alla quale vuole che io leghi una cesta o un birillo che si diverte a trarre a sé dopo averlo sistemato nell'angolo più lontano della sala. Spesso aggiunge degli ostacoli che ne rallentano l'avvicinamento. Quando il tempo è finito ed è ora di andare vuole a tutti i costi portare via la corda, se non accetto la sua richiesta si oppone violentemente a ogni mio tentativo di farlo uscire.

Durante le sedute ama spostare tutto il materiale presente in sala, anche quello più pesante, distrugge ogni precedente architettura per ricomporne altre, in particolare occupa tutto lo spazio centrale con i grandi cubi di gommapiuma costruendo muri alti e molto poco stabili sui quali si arrampica per poi lanciarsi verso il basso in cadute che mettono duramente alla prova la mia capacità di lasciarlo fare senza però che si faccia del male.

Ogni sua azione, dal momento in cui entra al momento in cui dovrebbe uscire e non vuole, veicola un appello che Elia rivolge all'Altro sotto forma di opposizione e sfida che rivelano l'impotenza di questo bambino davanti a tutto quello che gli accade. Elia, tramuta questa impotenza, questa difficoltà grave ad esprimersi in forma positiva come bambino competente, in uno sforzo rigido e assoluto di controllo sul mondo che lo circonda.

Leggo tutto questo e accolgo ogni espressione del bambino, anche la più eccessiva, lo faccio con una certa malleabilità mostrandogli a volte il mio limite quando sono davvero stanca e quando il tempo della seduta è finito, ma, con la mia posizione, punto attivamente e decisamente a sottolineare e sostenere ciò che di ogni gioco si deposita o si libera come piacere del gioco in sé.

È questo piacere, che chiamiamo piacere senso-motorio, che permette al gioco di iniziare a durare, di articolarsi in una scansione spazio-temporale. A partire dall'emergere del gioco in quanto tale, Elia articola nella relazione con me una reale possibilità di uscire dalla trappola dell'appello rivolto all'altro in forma di sfida, per lui divento, un po' alla volta, un adulto che si prende cura del suo giocare. Nient'altro che questo!

Non gioco con lui, il gioco, in terapia, resta di pertinenza e di competenza del bambino, ma condivido il piacere quando emerge e lo sottolineo apertamente con lo sguardo, la mimica facciale e con i gesti.

Così Elia un giorno mi mostra il punto avanzato della sua elaborazione e facendolo porta alla luce qualcosa di molto intimo che lo riguarda. Nella sequenza di eventi che si sviluppa e che vi descriverò, tutto si svolge in quella dimensione nominata da Winnicott con l'espressione "essere solo in presenza di se stesso" che a mio avviso sintetizza mirabilmente di cosa si tratta nella posizione etica di un bambino e come questa si realizzi propriamente, come dice ancora Winnicott "Giocando" titolo originale del suo prezioso libro "Gioco e realtà".

Quando emergono momenti come questi qualcosa della storia del bambino si è alleggerito, è stato elaborato, o per dirlo con altre parole ha preso le vesti di una metafora, in questo senso il gioco occupa lo stesso posto nell'infanzia della creazione artistica nell'età adulta. Ma si badi bene non è arte è solo gioco. L'arte comporta sempre un'assunzione della propria morte, il gioco, invece, come l'infanzia, resta al di qua di ogni assunzione da parte del bambino, segnala, invece, una corretta assunzione del proprio ruolo da parte dell'adulto. In questo senso, l'etica nell'infanzia, è un'interfaccia che collega al mondo degli adulti.

Elia entra nella sala, non fa grandi spostamenti di materiale, si guarda un po' intorno ed è piuttosto tranquillo. Svuota una grande cesta che contiene piccole palle e, come ha fatto altre volte, la capovolge per terra e infila le palline sotto di essa poi le osserva attraverso le fessure che hanno la forma di piccole sbarre di plastica. Dopo un po' toglie ad una ad una tutte le palline e si infila sotto la cesta. I movimenti sono rallentati, il viso sereno e disteso ma serio, c'è nei suoi gesti molta attenzione e una certa emozione, da questo momento tutto scorre con leggerezza.

Elia è sotto la cesta, piegato sulle ginocchia e ha davvero pochissimo spazio utile per muoversi al suo interno. Inizia a imitare i gesti e la postura di quello che mi appare come un piccolo animale selvatico, una fiera, in gabbia.

Con ogni movimento misura lo spazio, per spostarsi, per rigirarsi, per mettersi seduto, per mettersi in ginocchio, per voltarsi a pancia in su per fingere di mangiare, per fingere di dormire. Il suo è un lungo gioco

della durata temporale davvero eccezionale di oltre venti minuti. Durante tutto questo tempo è impegnato a cercare le posizioni più giuste con ogni parte del corpo per trovare tutti i differenti modi in cui, la piccola fiera che finge di essere, può stare sotto quella gabbia.

Sono lì con lui, seduta per terra e guardo rilassata, quel suo cercare lungo e lento. Lo aiuto a volte quando per potersi spostare all'interno è necessario che la cesta sia un po' sollevata. Per il resto me ne sto tranquilla e accolgo questo vero e proprio dono che Elia fa di sé stesso, di qualcosa di intimo che lo riguarda.

A partire dalla sua storia si potrebbero dire molte cose sul significato di questa sequenza di gioco, ma è essenziale che, pur comprendendone e accogliendone tale significato io mi astenga da ogni forma di interpretazione. Avere una posizione interpretante vorrebbe dire tradire tutto quello che, nella relazione con me, con lo spazio e con la sala aveva permesso a Elia di produrre questo momento fondamentale e fondante. Non è il significato del gioco che importa anche se, come spero possa essere evidente da questo esempio, il gioco, quando si produce, permette in sé stesso al bambino di accedere alla propria storia,- anche la più profonda e la più sofferta-, come protagonista, ricreandone il senso. Questa possibilità è racchiusa nella posizione che l'adulto assume con il bambino, quando in terapia, ma anche nella vita, accogliendo l'importanza del gioco in sé nutre il bambino del valore in sé assoluto che la vita ha al di là di ogni

storia. La certezza di questo valore assoluto, che mette radici nella nostra infanzia, è direttamente in rapporto con quella che solitamente chiamiamo “salute mentale”.

Il gioco in sé, prendendosi cura di questo valore assoluto, ha permesso ad Elia di elaborare la sua storia, di ripercorrere creativamente il reale dei suoi limiti sensoriali e, nella forma del piacere di mimare tutte le possibilità di movimento di un animale in gabbia, lo ha di fatto liberato dalle molte “gabbie” che il bambino ha vissuto, prima tra tutte, quella senza uscita dell’appello reattivo rivolto all’Altro.

Il gioco, messo in rilievo nella relazione con me come ciò che davvero conta, gli ha permesso di dire un sì che si è subito esteso a tutti gli ambiti della sua vita, anche a quello, davvero arduo per un sordo profondo, della riabilitazione al linguaggio verbale.

In fondo mi piace pensare che ho solo contribuito a rasserenare un bambino e a riportarlo alla dimensione più giusta per l’infanzia.

Breve epilogo

Il gioco è la tessitura teorica ed esperienziale sulla quale si fonda la pratica di Bernard Aucouturier, alla quale mi sono formata tantissimi anni fa.

In questi quarant’anni di lavoro con i bambini mi sono molto impegnata perché questa pratica fosse conosciuta anche in altri ambiti – mi riferisco in particolare all’ambito

psicanalitico, nel quale si è svolta una parte importante della mia formazione – e ne fosse apprezzato il senso.

Devo constatare che è davvero molto difficile aprire le porte che permetterebbero un vero dialogo tra le pratiche. Forse è impossibile.

Le nostre vite sono limitate, e le pratiche, per essere davvero conosciute, devono, appunto, essere *praticate*: solo così si può forse arrivare a parlarsi, a far incontrare il livello delle teorie, ad aprire un confronto.

Ma questo livello è, forse, ancora più difficile.

Che cos'è il gioco?

Christopher Robin, parlando all'orsetto Winnie Puh:

«Ma la cosa che preferisco fare in assoluto è Niente».

«E come si fa Niente?» chiese Puh, dopo averci riflettuto a lungo.

«Bè, è quando ti chiamano proprio quando stai andando a farlo e ti chiedono: “Che cosa stai andando a fare, Christopher Robin?” e tu rispondi: “Oh, niente” e poi vai e lo fai. [...] Significa passeggiare, ascoltare tutte le cose che non si possono sentire e non preoccuparsi».

Il gioco è questo “Niente” che si colora d'assoluto.

Essere nella pratica nata dall'amore e dal desiderio di Bernard Aucouturier significa accogliere, ogni volta, questo “Niente”.

Luca Lupo | «Allora tu sei un assassino, papà». L'arcano della filiazione²

*A Vito e Ludovico Alfieri Fontana,
uomini di pace*

A tutta prima saremmo inclini a ridurre di molto il valore del criterio di consapevolezza, essendosi esso dimostrato così poco affidabile. Ma avremmo torto. È come la nostra vita: non vale molto, ma è tutto ciò che abbiamo.

Sigmund Freud

²Una prima versione di questo testo è stata presentata e discussa durante il convegno “Polemos. Quale cura possibile per un mondo in conflitto?”, svoltosi presso l'Istituto Universitario don Giorgio Pratesi di Soverato il 15 e il 16 novembre 2024 e pubblicata parzialmente su “Amica Sofia”, 01/2025 a cura di Massimo Iiritano e Marco Risadelli. Una seconda versione dal titolo “Un terribile amore per la guerra” è stata presentata in occasione dell'iniziativa “Creare il disarmo. Scienza, filosofia e politica nell'era atomica”, a Cosenza, il 13 dicembre 2025.

Nel 2023 le spese militari globali degli stati nazionali hanno raggiunto un nuovo record, ammontando a circa 2.443 miliardi di dollari, secondo il SIPRI (Stockholm International Peace Research Institute), con un aumento del 6,8% rispetto all'anno precedente. Negli Stati Uniti, la spesa ha toccato i 916 miliardi di dollari, pari a circa il 68% del totale della NATO. Anche la Cina ha investito 296 miliardi di dollari per sostenere la modernizzazione delle proprie forze armate³.

Occorre poi aggiungere 400 miliardi di dollari annui di produzione di armi per i privati.

A pensarci bene, nella storia del capitalismo non esistono merci più autocontraddittorie e anticapitalistiche delle armi dal momento che la loro specifica funzione consiste nell'eliminare i loro stessi consumatori e fruitori. Le armi nucleari, poi, eliminano la possibilità stessa del mercato e del profitto rispetto ai quali, peraltro, l'umanità sarebbe un trascurabile epifenomeno se non fosse necessaria per alimentarli.

Se questo scenario non fosse tragico sarebbe di una comicità irresistibile. Tragico e di una ripetitività estenuante, apparentemente senza soluzione di continuità.

Si vive e si prospera sulle armi, dunque, ovvero sulla morte degli altri. Negli ultimi 25 anni si calcola che siano morte in guerra o per la guerra 25 milioni di persone, ovvero la metà delle persone che sono morte nella

³ Cfr. <https://www.sipri.org/yearbook/2024/05>; <https://ourworldindata.org/grapher/military-spending-sipri>

Seconda guerra mondiale.

Nel 2025 l'Unione Europea ha deciso di lanciare una imponente campagna di riarmo, per compensare il disimpegno militare nel vecchio continente che gli Stati Uniti hanno annunciato. Si tratta di una decisione controversa e largamente, ma purtroppo anche vanamente osteggiata; una decisione che, per il momento, sarà pagata da ogni cittadino dell'Unione con la rinuncia a servizi essenziali già ridotti al minimo da decenni di politiche neoliberiste di tagli alla spesa pubblica, e, domani, direttamente con la vita dei giovani europei che dall'Erasmus potranno passare direttamente alle trincee, come se non fossero trascorsi più di cento anni dalla Prima guerra mondiale. Negli ultimi tre anni, i giovani ucraini e russi hanno già potuto sperimentare un'anticipazione del male che forse⁴ si prepara. Sono occorsi milioni di morti e secoli affinché l'Europa uscisse dalla logica della guerra⁵ ma, a quanto pare, non sembrano essere bastati per evitare che in questa logica ricadesse, come se niente fosse accaduto. Naturalmente, come i guerrafondai di ogni epoca, i responsabili delle decisioni che preparano guerre future si guarderanno bene dall'affrontarle in prima persona.

⁴ C'è da aggrapparsi a questo "forse" con tutte le forze che abbiamo.

⁵ Con eccezioni non secondarie come la guerra nell'ex Jugoslavia dei primi anni '90 e l'attività incessante di produzione massiva di armi con la conseguente delocalizzazione della guerra in altri paesi.

Alla luce di questi dati, cercare una cura per un mondo in conflitto appare una battaglia persa in partenza. E già la semplice scelta lessicale ci mette di fronte a un paradosso: chi vuole la pace deve combattere per affermarla, anche se soltanto con le parole.

Chi parla di pace crede nel potere delle parole. D'altra parte, anche i demagoghi e i manipolatori credono nel potere delle parole e lo conoscono e lo usano al meglio. Ogni parola che si pronuncia è una scommessa. In quale anima cadrà la parola che diciamo? Sarà ascoltata? Che effetto potrà produrre? (sempre che ne produca uno). E quando? Non è detto che abbia effetto subito e potrebbe non avere mai effetto. Per questo, formare, atto che richiede l'uso delle parole per essere compiuto, è, come diceva Freud, un compito (*Beruf*) impossibile⁶.

E parlare all'altro comporta sempre il rischio di non essere ascoltati. Non abbiamo alcuna certezza, mai, che l'altro ci ascolti.

⁶Gli altri due sono per Freud analizzare e governare che condividono con il formare il fatto di essere attività di parola. La loro impossibilità dipende dal fatto che si tratta di forme dell'agire che hanno a che fare con l'essenza dell'umano; un'essenza che si sottrae al calcolo, alla misura, alla definizione, al compimento. Di qui l'impossibilità ma allo stesso tempo la necessità di queste forme dell'agire in quanto elementi costitutivi e tentativi continui di plasmare tale essenza in divenire, cangiante, mutevole; caratteristiche che spingevano Nietzsche a definire l'uomo come «l'animale non ancora stabilmente determinato» (Friedrich Nietzsche, *Al di là del bene e del male* (1886) in «Opere di Friedrich Nietzsche», Vol. VI, tomo II, Adelphi, Milano § 62).

Chi ha il coraggio e l'incoscienza di mettersi nella posizione di chi insegna, parla. E costruisce le sue cattedrali di parole come i costruttori delle cattedrali di pietra che sapevano che non avrebbero visto la fine dell'opera che avevano iniziato, eppure costruivano lo stesso.

Perché gli umani fanno quello che fanno? Perché fanno quello che li danneggia? Che li distrugge e li autodistrugge? Forse, ci sfugge la risposta più semplice e ci sfugge proprio perché è la più semplice: perché lo vogliono. E perché lo vogliono? Perché provano piacere nel far soffrire, nell'uccidere, nell'annientare e si sentono vivi nel rischiare di perdere a propria volta la vita⁷.

In un recente libro-testimonianza, l'ingegnere Vito Alfieri Fontana racconta la sua conversione da progettista e fabbricante di mine a sminatore⁸.

«A Bari tutti sanno quello che produce la Tecnovar e del mio lavoro di progettista di mine» racconta Fontana. «Probabilmente» continua «s'inizia a parlarne anche nella scuola frequentata dai miei figli, Pia e Ludovico, e nelle loro comitive di amici».

⁷ Cfr. Friedrich Nietzsche, *Genealogia della morale* (1887), in «Opere di Friedrich Nietzsche», Vol. VI, tomo II, Adelphi, Milano § 6, pp. 263-265 e Sigmund Freud, «Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte» (1915), in *Opere di Sigmund Freud* (OSF), a cura di C. L. Musatti, Boringhieri, Torino 1978, vol. 8, pp. 119-148; p. 144.

⁸ Cfr. Vito Alfieri Fontana e Antonio Sanfrancesco, *Ero l'uomo della guerra. La mia vita di fabbricante di armi e sminatore*, Laterza, Bari-Roma 2023, e-book.

In guerra, l'offensiva è un modo di operare delle forze armate che obbligano il nemico alla difensiva e a subire l'attacco prima eventualmente di avere la forza di reagire. Una parola che, fuori dal gergo bellico, ha assunto il significato, come scrive l'enciclopedia Treccani, di "azione energica e decisa di un gruppo o anche di una singola persona, intesa a ottenere determinati risultati".

L'offensiva sulla mia coscienza comincia un giorno del 1993, in automobile, con mio figlio di otto anni accanto. Sul sedile posteriore c'è un catalogo della Tecnovar che descrive le caratteristiche delle mine e la tecnologia sviluppata indulgendo, come sempre in questi casi, alla retorica del marketing che descrive questi ordigni nei dettagli magnificandone l'efficienza, la durata nel tempo e l'efficacia.

Ludovico comincia a farmi domande su cosa sono le mine, come vengono impiegate, a cosa servono, a quali Paesi vengono vendute. Tentenno perché la domanda a bruciapelo mi ha spiazzato. Poi glielo spiego perché non ha senso raccontare bugie e perché, come spesso capita, le domande scomode, se sulle prime ci infastidiscono, dopo, paradossalmente, diventano una provvidenziale ancora di salvataggio per liberarci da un peso che ci opprime il cuore e non ci lascia dormire la notte. Lui ascolta e ribatte: "Allora tu produci armi?". Provo a rispondere che qualcuno deve pur fabbricarle, ma mio figlio insiste: "Sì, ma perché devi farlo proprio tu?". Farfuglio ancora qualcosa. Allora Ludovico mi guarda deluso e abbozzando un sorriso amaro dice: "Allora tu sei un assassino, papà".

Poi, come pentendosi immediatamente delle sue parole:
“Ho capito che le armi le possono produrre tutti, ma perché devi farlo proprio tu?”

Da quel momento, dare una risposta a mio figlio è stato il vero e unico problema della mia vita⁹.

Problema a cui Fontana ha risposto smettendo di fabbricare mine e diventando uno sminatore.

«Allora tu sei un assassino, papà». Una constatazione di una semplicità brutale, la cui verità risuona ancora più brutale se a fare tale constatazione è un bambino. Si tratta di parole in grado di aprire una voragine nella coscienza di un padre ma anche di chiunque intenda porsi seriamente in ascolto della verità che esse contengono. Parole che suscitano pensieri al limite del pensabile e del dicibile; pensieri che, non appena si presentano, vengono subito accantonati e censurati perché insostenibili, insopportabili, se attraversano o sfiorano la mente di genitori e figli. “Se tu sei un assassino” avrebbe potuto continuare Ludovico “allora potresti uccidere chiunque; anche me”. Se pensieri come questi arrivano, sorprendono e atterriscono e si prova sollievo quando dileguano.

Forse, allora, non solo il padre di Ludovico è un assassino, ma ogni genitore per il fatto di essere tale. Cosa fanno infatti un padre e una madre quando danno la vita? Nello stesso tempo danno la morte. Tecnicamente,

⁹ Cfr. *ivi*, Parte seconda, Cap. 1.

dunque, i genitori sono degli assassini¹⁰. Nel metterli al mondo, i genitori restituiscono ai figli la morte che hanno ricevuto a propria volta dai loro genitori e in questo modo si vendicano.

D'altra parte, i genitori sanno anche che i figli sopravviveranno loro. E, accanto all'amore, sviluppano una invidia inconscia per il fatto che i figli prenderanno il loro posto e continueranno ad esistere una volta che saranno scomparsi¹¹.

I figli, poi, privano i genitori di spazio e di libertà. Gran parte dei genitori accetta questo sacrificio e mentre ama i propri figli, inconsciamente anche li odia per i vincoli e le rinunce che essi comportano.

¹⁰ Recentemente anche Ettore Perrella si è soffermato su questo punto in *Abramo, vita di un padre*, Polimnia Digital Editions, Sacile 2025, pp. 323-328.

¹¹ «L'esistenza stessa d'un figlio evoca, per un padre, la propria morte. Ciò significa che l'atto d'amore paterno deve comunque confrontarsi con il riconoscimento della finitudine e della caducità dei beni di godimento. Del resto, se non fossimo mortali, a nessuno importerebbe niente di generare un figlio. Il prezzo dell'amore paterno è quindi il superamento dell'angoscia prodotta dall'idea della morte. Lo stesso mito di Edipo presenta il problema proprio in questo modo: è perché teme che Edipo lo uccida che Laio, ordinando ad un servo di farlo morire, fa in modo che l'oracolo minaccioso si realizzi. Questo fa parte dell'umorismo sublime che è l'altra faccia dello spirito tragico. Non si sfugge al destino. E generare dei figli è eticamente possibile solo quando lo si sa» (Ettore Perrella, *La psicoanalisi oltre la pandemia. Atto analitico, atto politico, atto sovrano*, Poiesis, Alberobello 2020, pp. 61-62).

Con la figura di Laio – il padre di Edipo che ha cercato di sbarazzarsi del figlio indicato da un oracolo come suo assassino – il mito dà conto della natura tragica di queste verità. Nasciamo all'insegna della morte e la restituiamo, quando si presenta l'occasione. E i figli sanno, sentono questo inconsciamente. In questa luce il parricidio che Edipo commette appare come una risposta giustificata alla violenza originaria subita dal padre¹².

La morte e il conflitto, dunque, sembrano collocarsi all'origine dei nostri legami¹³. La brutale constatazione di Ludovico ci ha fatto toccare il fondo oscuro e carico di ambivalenza affettiva¹⁴ della filiazione e dei rapporti tra genitori e figli.

Eppure, nello stesso tempo, le parole di Ludovico dicono anche altro. Esse fanno irruzione nel cuore di un padre indicandogli un'altra strada. Qui è il figlio stesso a incarnare l'angelo del Signore che ferma la mano di Abramo¹⁵ in procinto di levarsi per uccidere non solo il suo Isacco ma innumerevoli altri figli. Fino a quel momento, Vito aveva usato argomenti razionali per

¹² Si veda la nota precedente e G. Devereux, *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento* (1967), Istituto della Enciclopedia italiana, Roma 1984 p. 174 e Ettore Perrella, *La ragione freudiana III. Il mito di Crono. Principi di clinica psicanalitica*, Polimnia Digital Editions, Sacile 2023, pp. 23-24.

¹³ Cfr. Sigmund Freud, "Considerazioni..." cit.

¹⁴ Cfr. *ivi*, p. 129.

¹⁵ Genesi, 22, 1-18; E. Perrella, *Abramo, vita di un padre*, cit.

nascondere a sé stesso la mostruosità degli effetti del proprio operare. Fino a quel momento si era concentrato sulla soddisfazione che gli procurava il progettare e costruire manufatti perfetti; si era concentrato sull'eccellenza e l'efficienza tecnica dei prodotti che creava senza pensare e proprio per non pensare alla loro funzione mortifera. All'improvviso, le parole di suo figlio gli hanno permesso di vedere l'evidenza che gli era invisibile e gli hanno mostrato che era possibile fare altrimenti. Ma a differenza dell'automatismo istintivo della distruttività e del piacere della crudeltà, la possibilità del fare altrimenti non si presenta, non si dà da sé.

Se, come vuole l'atavismo che abbiamo descritto, *Polemos* ci appartiene costitutivamente, se il nostro "terribile amore per la guerra"¹⁶ e dunque per la morte e per la distruzione è ineliminabile, allora la risposta a tutto questo può dimorare solo in una decisione; una decisione dettata da un'eticità radicale. Ed è questo il tipo di decisione a cui le parole di Ludovico richiamano il padre. Parole che, forse, solo un bambino si può permettere di dire senza che suonino retoriche e vuote.

Dobbiamo decidere di non uccidere; di non distruggere; di divenire donne, in un senso che trascende il semplice essere fisicamente, morfologicamente connotati come donne o come uomini. Qui "essere donne" rinvia a una costellazione di atti: essere ricettivi, aperti, capaci

¹⁶ Cfr. l'omonimo libro di James Hillman, *Un terribile amore per la guerra*, Adelphi, Milano 2005.

di portare in noi la vita. E poi accogliere, curare, accudire, dialogare, lasciare spazio all'altro; lasciare essere¹⁷.

Questa decisione è necessaria e fa di noi umani una specie "condannata ad amare"¹⁸. L'alternativa a questa decisione, infatti, è l'autodistruzione. Perché se non decidiamo di non uccidere, continuiamo ad uccidere. E la verità è, come abbiamo visto, che uccidere ci piace. Ed è difficile smettere di fare qualcosa che ci piace. E che ci vergogniamo di ammettere che ci piaccia.

Uno dei modi più perversi, se non il più perverso con cui giustifichiamo l'ingiustificabile del piacere che proviamo nell'uccidere, è la ragione di stato: improvvisamente, come per magia, in guerra l'omicidio smette di essere omicidio¹⁹. Se si adottasse e se valesse la logica e la ragione rigorosa di un bambino, saremmo costretti a riconoscere che uccidere un uomo è sempre un omicidio e che l'etica non ammette zone franche.

Tuttavia, occorre coraggio per scegliere la posizione di un'eticità radicale e, di solito, noi umani siamo troppo vigliacchi per la semplicità altrettanto radicale di questa decisione.

¹⁷ Cfr. Sergio Benvenuto, *Leggere Freud*, Orthotes, Napoli-Salerno 2017, e-book, Capitolo 6, § 4.

¹⁸ Traggo questa espressione da André Green, *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*, Raffaello Cortina, Milano 2018, p. 50.

¹⁹ «Lo Stato in guerra ritiene per sé lecite ingiustizie e violenze che disonorerebbero l'individuo singolo» (S. Freud, "Considerazioni...", cit., p. 127).

Tuttavia, la storia di Vito Alfieri Fontana e di suo figlio Ludovico ci mostra che il coraggio è possibile; per ognuno di noi.

Clinica e tecnica: transfert contro transfert

Moreno Manghi | Lasciarsi piegare. Nota su Lucia Tower

1. Lo stupro

Come ricorda Mitchell Wilson nell'Introduzione alla riproposizione, dopo sessantasette anni, sul «Journal of the American Psychoanalytic Association» n. 71 del 2023, di *Countertransference* (1956) – «*a psychoanalytic paper of enduring value, direct and unguarded, gutsy and thoughtful*» –, l'articolo di Lucia Tower fu scritto «*at the zenith of ego psychology's hegemony in the United States*», in totale contrasto con la psicanalisi americana dell'epoca. Basti pensare, nota ancora Wilson, all'indiscussa influenza esercitata all'epoca dall'articolo di Kurt Eissler – sostenitore della filosofia politica della *ideal theory*, che si proponeva «di fornire una guida per apportare miglioramenti su come la società dovrebbe essere idealmente» – “The Effect of the Structure of the Ego on Psychoanalytic Technique” (1953)¹. In tutta modestia,

¹ Eissler, K.R. (1953). “*The effect of the structure of the ego on psychoanalytic Technique*”. «Journal of the American Psychoanalytic Association» 1:104–143. Citato in Wilson, M. (2023). “*Introduction: Lucia Tower's 'Countertransference'*”. «Journal of the American

Eissler ci assicura che «*in our assumption not disturbance of the psychoanalytic*», che sarcasticamente potremmo tradurre, sfruttando il gioco di parole su *assumption*: “secondo la nostra arroganza non c’è niente che non vada nella psicanalisi”.

Nella visione di Eissler, l’analisi è paragonata a una procedura medica, in particolare chirurgica, e l’analista a un chirurgo. Questo analista-chirurgo è un uomo senza qualità, un uomo senza desiderio inconscio, per non parlare di passione, paura o libidine. Come sappiamo, l’articolo di Eissler faceva parte di un più ampio sforzo all’interno della psicanalisi americana dell’epoca per forgiare una teoria e una pratica scientifiche presumibilmente oggettive. Per mantenere questa illusione furono utilizzati tutti i tipi di stratagemmi, compresa la totale esclusione delle caratteristiche umane dell’impegno analitico².

È in questo contesto storico dell’egemonia dell’*ego psychology* degli anni Cinquanta (implacabilmente denunciata da Lacan negli stessi anni), che proseguiva e radicalizzava la psicanalisi americana degli anni Quaranta denunciata da Adorno come *revidierte Psychoanalyse*, “psicanalisi revisionistica”³ (una psicanalisi convertitasi

Psychoanalytic Association», 71(5), 933-935.

² M. Wilson, *art. cit.*, trad. mia.

³ Theodor W. Adorno, *Scritti sociologici*, Einaudi, Torino 1976, pp. 14-34.

in psicoterapia riconciliativa dell'adattamento sociale) che dobbiamo collocare l'articolo di Lucia Tower.

Certo, il linguaggio di Tower, la sua terminologia, il suo stesso apparato concettuale, pagano un pesante dazio al retaggio linguistico, culturale e teorico del suo tempo, e a volte la vediamo rapita da un vero e proprio *furor* diagnostico, anche se mai *sanandi*. Ma non ci si deve lasciar sviare: dietro la *falsatura*⁴ del lessico (inevitabilmente) medicalizzato non troviamo il medico (il “chirurgo”), e nemmeno lo psicoterapeuta⁵, ma un'analista che accetta – senza invocare leggi, norme, tutele, garanzie – di esporsi all'*ordalia* in cui ritrova il suo desiderio. Da qui la tensione erotica del racconto, (*story*, e non resoconto, *report*, *clinical vignette*) delle sue analisi, in una delle quali, seguendo la sua *countertransference response*, si lascia andare a farsi piegare (*to bend*) *in quanto donna* dal desiderio di un uomo. Per Lacan, come vedremo,

https://www.lacan-con-freud.it/ultimi/adorno_psicanalisi_revisionistica3.pdf

⁴ Per questo termine rimando al mio “*La falsatura della psicanalisi*”, in *La psicanalisi come arte liberale*, Polimnia Digital Editions, Sacile (PN) 2023, pp. 83-91.

⁵ «*Slowly, there were gains which in all honesty I would have to look upon as psychotherapeutic largely*»: «Lentamente, ammette Tower in *Countertransference*, vi furono dei miglioramenti che, *in tutta onestà* [cors. miei], dovrei considerare in gran parte psicoterapeutici», per sottolineare come i *gains*, seppure auspicabili, desiderabili, di sicuro non la ingannavano, per quanto possano ingannare molti psicanalisti e perfino illuderli che, grazie ad essi, si possa ottenere un *reasonably successful* dell'analisi.

si tratta del suo *trucco* di analista, di uno stratagemma che mette in scena un semblante di donna necessario alla risoluzione dell'analisi del suo paziente, da molto tempo bloccata e senza progressi. A lungo, anch'io mi sono piegato a questa tesi, ma oggi, dopo che l'intensa esperienza di traduzione mi ha costretto a piegarmi al testo di Tower, affrontato direttamente nella sua lingua e senza la mediazione teorica del maestro parigino, sono meno persuaso che Tower abbia messo effettivamente in atto, con premeditazione, un "trucco".

La "reazione di controtransfert" è un concetto che Lucia Tower ha per prima *isolato* teoricamente in quanto tale, estraendolo da un coacervo di astrusità, banalità, misconoscimenti, *pruderies*, censure decennali, dopo che nessun analista uomo, Freud compreso, ne aveva voluto sapere niente. Mi chiedo se la ragione per cui il controtransfert sia storicamente dalla parte delle analiste donne – che sono riuscite a riconoscerlo e ad affermarlo nella sua specificità⁶, contro la ferrea resistenza degli analisti uomini – sia dovuta al fatto che la sua esperienza comporta «in una certa misura», come precisa spesso Tower, l'esporsi a una violenza del transfert paragonabile allo stupro e alle conseguenti reazioni che può provarne una donna. *Détresse*, assoluto scoramento, impotenza, mutismo, furore omicida, voglia di sparire dal mondo,

⁶Tale specificità, come osserva Tower, esclude sia che i fenomeni della realtà possano indurre reazioni di controtransfert, sia che queste ultime possano essere coscienti e l'analista ne abbia consapevolezza.

si nascondono dietro una reazione di controtransfert che impone all'analista-Tower di continuare terapeuticamente a pazientare e a porgere l'altra guancia allo stupratore (o, in questo caso, alla stupratrice) transferale, fino a quando non interviene un *acting out* risolutore. E se, come accade per molte donne che diffidano spontaneamente dell'ideologia dell'"emancipazione femminile", nonostante la sua intollerabilità lo stupro non è denunciato, al di là delle fin troppo ovvie ragioni che possono "spiegare" questa scelta, non è escluso che per alcune esso possa diventare – suscitando uno scandalo superiore perfino all'abuso subito – una fonte di risorse.

In una conversazione privata Sandra Puiatti ha osservato, a mio avviso molto opportunamente, che lo "stupro di transfert" si insinua attraverso quei punti ciechi rimasti inanalizzati (o non sufficientemente analizzati) nell'analisi personale dell'analista⁷. Nondimeno, le reazioni di controtransfert – che per Tower si manifestano prevalentemente, se non esclusivamente mediante degli *acting out* – permettono, a condizione che l'analista avvertito sia disposto ad accoglierle e ad elaborarle⁸, di analizzare le questioni

⁷ In proposito, Tower precisa: «Ho potuto rintracciare questa tendenza [essere stata infinitamente paziente con la "paziente" che la ingiuriava continuamente] in me stessa in modo dettagliato da certe influenze che ho subito nella mia infanzia. Durante il mio sviluppo questa tendenza mi ha causato difficoltà di tanto in tanto. Ne ero in parte consapevole ma non era sufficientemente risolta nella mia personalità».

⁸ La stessa Tower sottolinea più volte la grande difficoltà di

in lui non analizzate per servirsene nelle analisi che sta praticando. Penso addirittura che Tower fosse arrivata alla conclusione che solo procedendo in questo modo (e non attraverso le interpretazioni) un'analisi può arrivare a una effettiva conclusione. E forse la famosa “comunicazione da inconscio a inconscio” consiste proprio in questo.

Semplicemente non credo che due persone, indipendentemente dalle circostanze, possano chiudersi in una stanza, giorno dopo giorno, mese dopo mese, anno dopo anno, senza che accada qualcosa a ciascuna di loro in relazione all'altra. Forse lo sviluppo di un cambiamento rilevante in una delle due, che è, dopo tutto, il fine della terapia, sarebbe impossibile senza qualche piccolo cambiamento nell'altra, e probabilmente ha poca importanza se questo piccolo cambiamento sia di natura razionale. È con ogni probabilità molto più importante che il piccolo cambiamento nell'altra, cioè nel terapeuta, sia quello specificamente importante e necessario per colui per il quale speriamo di ottenere il cambiamento maggiore⁹.

Così, mentre la tecnica psicanalitica per Eissler «*requires interpretation as the exclusive tool*»¹⁰, per Tower «*interpretations as such do not cure, nor will any analyst ever be remembered primarily for his interpretative brilliance by*

riuscire a individuare le proprie reazioni di controtransfert.

⁹ Cfr. *infra*, *Controtransfert*.

¹⁰ K. Eissler, *art. cit.*, p. 110.

any patient with whom he has been successful», «le interpretazioni in quanto tali non curano, e nessun analista sarà ricordato principalmente per il suo acume interpretativo da alcun paziente con il quale abbia avuto successo».

Ma è tempo di dire qualcosa della vita di questa «figura minore dell'Istituto di Chicago».

2. Dead archives

Della vita di Lucia Tower oltre all'anagrafe non si sa niente. Nessuna voce di Wikipedia a lei dedicata; nessuna immagine; su Google cerchi Tower e trovi “*Countertransference*”, e sempre in riferimento a Lacan, che tiene in qualche modo in vita il suo ricordo, sia pure fagocitandolo (suo malgrado). Il «*Journal of the American Psychoanalytic Association*» ripropone *Countertransference* nel 2023 (offrendo al suo caporedattore Mitchell Wilson l'occasione di scrivere un lungo articolo su... Lacan¹¹), ma se cerchi sul sito dell'American Psychoanalytic Association (JAPA) “Lucia Elisabeth Tower”, suo membro didatta per lunghi anni, ciò che trovi è: «*Sorry, no posts matched your criteria*». Proviamoci ugualmente.

¹¹ Wilson, M. (2023). “*Anxiety, Desire, and the Object a: Lacan on Lucia Tower's 'Countertransference'*”. «*Journal of the American Psychoanalytic Association*», 71(5), 967-981. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00030651231214722>.

Terminati gli studi all'università di Chicago, Lucia Elisabeth Tower si laureò in medicina, presso il Rush Medical, condizione allora necessaria per esercitare la psicanalisi. Fece l'analisi personale con Helen McLean e fu ammessa al Chicago Institute for Psychology, fondato nel 1932 da Franz Alexander. Nel 1935 iniziò a praticare, divenne membro dell'Institute nel 1936 e analista didatta nel 1946. Durante gli anni 1955 e 1956 fu presidente della Chicago Psychoanalytic Society e membro del comitato di selezione professionale dell'American Psychoanalytic Association. Cessò di praticare l'analisi a 83 anni, pur continuando a seguire le attività dell'Institute e come lettrice per il *Journal of the American Psychoanalytic Association*¹².

Tanto più sorprendente, dunque, in una carriera professionale a pieni titoli e ai più alti livelli istituzionali, la fiamma del controtransfert che custodì e alimentò, anche se ben poche erano le probabilità di infuocare l'Istituto di Chicago, quando vi espone il suo lavoro nel maggio 1955¹³, e successivamente nel dicembre

¹²Trovo queste informazioni sul sito del Collectif psychanalyse et politique (sous la direction de Jacqueline Sag), *Lucia Elisabeth Tower* (cfr. *infra*, la Bibliografia).

¹³Basti pensare che lo scritto di Freud *Die Gewinnung des Feuers* (1931), inconfutabilmente "L'estrazione del fuoco" (poiché *Gewinnung* è uno specifico termine tecnico della mineralogia che non ha sinonimi) è tradotto nella Standard Editions, *The acquisition AND CONTROL of fire*. Sembra la parabola del movimento psicanalitico.

dello stesso anno (aveva allora 57 anni) davanti all'*American Psychoanalytic Association*, a New-York, per poi pubblicarlo l'anno dopo, aprile 1956, nel *Journal of the American Psychoanalytic Association*, n. 4, pp. 224-255, unico testo – qui per la prima volta presentato in traduzione italiana integrale¹⁴ – da lei pubblicato in vita¹⁵. Fatto di cui tenere debito conto, perché evidentemente queste trentuno pagine contengono tutto ciò che aveva da dire in quanto psicanalista. Le 11.500 parole di *Countertransference* sono quelle che Lucia Tower ha ritenuto essere necessarie e sufficienti per dare testimonianza pubblica del *passaggio con cui si è autorizzata da sé a praticare l'analisi al di fuori dell'iter formativo dell'IPA*, che pure ha ottemperato con tutti i crismi dell'ufficialità e della consacrazione.

¹⁴ Una traduzione italiana parziale (ma sarebbe più esatto parlare di parafrasi) è stata pubblicata nel volume collettaneo a cura di C. Albarella e M. Donadio, *Il controtransfert*, Liguori, Napoli 1998 (1986): «Del lavoro della Tower riportiamo soltanto l'introduzione teorica e non i casi clinici, sia per motivi editoriali sia perché essi, seppure interessanti, non contengono aggiunte sostanziali rispetto all'impostazione teorica». Curioso giudizio se si pensa che all'inizio del suo articolo Tower afferma che «*my main purpose is to present some ideas of my own and some detailed case material*».

¹⁵ L'unica altra pubblicazione di Tower consiste in un riassunto di tre pagine, scritto insieme a Victor Calef, di una tavola rotonda sul sistema didattico in psicanalisi, durante una conferenza dell'*American Psychoanalytic Association*. Cfr. Tower, L.E., e Calef, V. (1954). «*Training and therapeutic analysis*». «*Journal of the American Psychoanalytic Association*» 2:175-178.

Tuttavia, grazie alle ricerche di Gloria Leff¹⁶, oggi sappiamo che dell'articolo pubblicato esistono due versioni anteriori conservate nell'archivio del Chicago Institute for Psychoanalysis. La prima è una minuta o brutta copia che dir si voglia, una *working copy*, come lei stessa la definì, sulla quale preparò la sua esposizione per la Chicago Psychoanalytic Society; l'altra è la versione corretta tale quale fu presentata. La *working copy* presenta dei passaggi, profondamente modificati, corretti o eliminati, di cui vale la pena riportarne almeno due, visto che si tratta di una copia d'archivio inaccessibile al pubblico. Il primo:

Il mio interesse per il controtransfert è nato durante la mia analisi personale, osservando piccoli fenomeni di controtransfert nel mio analista, molti dei quali ho tenuto per me. Negli anni successivi, queste piccole reazioni

¹⁶ Psicanalista messicana, membro dell'ELP (École Lacanienne de Psychanalyse). Quasi tutte le informazioni di questa nota le devo al suo bel libro *Juntos en la chimenea. La controtransferencia. Las "mujeres analistas" y Lacan*, México, Epee, 2008, che però ho letto nell'edizione francese di Epel in formato ebook, *Portraits de femmes en analyste. Lacan et le contre-transfert*, tradotto dallo spagnolo da B. Cano, Epel, Paris 2009. Ricordo anche due brevi scritti di J. Allouch: "Psychanalyse et écriture: Lucia Tower," trascrizione della conferenza del salon (Edipe, Librairie Le divan, Paris, 7 ottobre 2001 e la trascrizione dell'intervento alla serata Wladimir Granoff, Centre de recherche en psychanalyse et écritures, 2 luglio 2002: "Wladimir Granoff, Jacques Lacan: une rupture ?", di cui esiste una traduzione per mia cura (cfr. *infra*, la Bibliografia).

umane non riconosciute mi hanno colpito sempre più come segni di processi più profondi che avevo percepito in modo latente e che avevano suscitato in me alcune delle reazioni più significative all'analisi. Alla fine, ho percepito questo come il nucleo vitale pulsante [*the vital living core*] dell'analisi stessa. Le interpretazioni fantasiose [*fancy interpretations*] passarono in secondo piano. Mi interessai molto presto alle mie reazioni nei confronti dei pazienti e cercai di comprendere appieno il ruolo del controtransfert nel processo terapeutico. Da tempo sostengo che esso è parte integrante di tutti i trattamenti analitici e che ha un significato molto più importante di quanto gli analisti generalmente ammettano. Ho spesso affermato, quasi umoristicamente, che probabilmente in ogni analisi è presente una nevrosi di controtransfert e che essa ha un significato preciso per lo svolgimento del trattamento¹⁷.

Si comprende perché Tower abbia eliminato questo brano dalla *working copy*: 1) per discrezione, non voleva coinvolgere la sua analista; 2) per lei sono ormai le «piccole reazioni umane non riconosciute», cioè i piccoli fenomeni di controtransfert dell'analista, a orientare la cura, e non

¹⁷ Lucia Elizabeth Tower, “*Countertransference*”, *working copy* dell'esposizione presentata alla Chicago Psychoanalytic Society, 24 maggio 1955; citato in G. Leff, *op. cit.* Questo brano e tutti quelli che appaiono in questa Nota su Lucia Tower, sono tradotti per mia cura.

più le *fancy interpretations*, che forzando un po' potremmo tradurre "interpretazioni immaginarie"; sostenerlo apertamente di fronte alla *selected audience* della Psychoanalytic Society, di cui lei stessa era presidente, richiedeva coraggio ma anche una certa prudenza. In effetti, lo stesso Alexander, fondatore del Chicago Institute che l'aveva accolta e teorico di spicco, pur riconoscendo l'utilità e l'importanza del controtransfert, continuava nondimeno a "proibirlo", contrapponendogli il mito dell'analista perfettamente analizzato e perfettamente formato (quale deve imprescindibilmente essere l'analista dell'IPA):

Non è prudente [*is not safe*¹⁸] lasciare che la benché minima manifestazione di controtransfert s'insinui inavvertitamente nel rapporto interpersonale. L'analista deve riconoscere e controllare simili reazioni¹⁹.

A cui Tower, non senza umorismo, controbatte che questa presunta facoltà dell'analista di essere padrone del proprio inconscio:

viola la premessa di base della nostra scienza – che gli esseri umani possiedono un inconscio che *non* è soggetto

¹⁸ Che si potrebbe anche tradurre: «*non è salvo...* l'analista che si lascia andare...».

¹⁹ Franz Alexander, "Some Quantitative Aspects of Psychoanalytic Technique", JAPA, vol. II, n. 4, 1954, pp. 691-692; citato in G. Leff, *op. cit.*

al controllo cosciente, ma che è soggetto (fortunatamente) ad essere investigato attraverso lo strumento del transfert (e presumibilmente anche del controtransfert)²⁰.

Contro-battuta che raggiunge, risalendo d'un tratto la china delle censure storiche del concetto di controtransfert, lo stesso Freud:

Wir sind auf die „Gegenübertragung“ aufmerksam geworden, die sich beim Arzt durch den Einfluß des Patienten auf das unbewußte Fühlen des Arztes einstellt, und sind nicht weit davon, die Forderung zu erheben, daß der Arzt diese Gegenübertragung in sich erkennen und bewältigen müsse²¹.

Abbiamo acquisito la consapevolezza del “controtransfert” che insorge nel medico per l’influsso del paziente sui suoi sentimenti inconsci, e non siamo lungi dal pretendere [*Forderung*] che il medico debba [*müsse*] riconoscere in sé questo controtransfert e padroneggiarlo [*bewältigen*]²².

²⁰ Cfr. *infra*, *Controtransfert*, corsivo di Tower.

²¹ S. Freud, “*Die zukünftige Chancen der psychoanalytischen Therapie*” (1910), *Gesammelte Werke*, band VIII, Imago Publishing Co., LTD, London 1943 (ristampa 1955) p. 108.

²² S. Freud, “*Le prospettive future della terapia psicoanalitica*” (1910), in *Opere*, 11 voll., a cura di C. L. Musatti, Boringhieri, Torino 1967-1979, vol. 6, p. 200 (ho sostituito l’intollerabile “controtraslazione” con controtransfert). Come si può notare, Freud usa un linguaggio più sfumato: «[...] il medico deve riconoscere in

A cui Tower replica:

un'eccessiva attenzione a possibili reazioni sfavorevoli di controtransfert, potrebbe portare l'analista a una sorta di difesa fissa, in virtù della quale del materiale molto significativo potrebbe essere trascurato. Ogni analista esperto sa che, mano a mano che si addentra sempre più a fondo in un'analisi, in un modo o nell'altro, perde una certa prospettiva della situazione nel suo complesso²³.

Per quarantacinque anni fu impensabile che l'analista potesse utilizzare le sue manifestazioni di controtransfert al fine di rimettere in discussione le implicazioni delle *sue* resistenze all'analisi; da qui la censura teorica della nozione di controtransfert e l'adozione della prassi secondo cui qualsiasi analista che ravvisasse in sé delle «reazioni controtransferali» doveva avere l'obbligo di ritornare immediatamente a *farsi* psicanalizzare.

Il secondo passaggio, che compare solo nella *work copy* di Tower, è di grande importanza teorica, perché fa una preziosa distinzione fra le reazioni di controtransfert (che sono inconsce) e i sentimenti di piacere e dispiacere, d'attrazione e d'irritazione, ecc., insomma quelli che si possono chiamare i «sentimenti» (*feelings*), di cui l'analista ha piena consapevolezza, nei confronti dell'analizzante, sentimenti che fanno parte delle «considerazioni basate

sé e superare [*bewältigen*] questo controtransfert».

²³ Cfr. *infra*, la traduzione di *Coutertransference*.

sulla realtà» (*reality based considerations*), e che Lacan sottolinea – proprio come Lucia Tower – essere degli *effetti* dovuti «al fatto di aver dimissionato dal concepire la vera natura del [contro]transfert»²⁴:

Considero i controtransfert per quello che sono per definizione, ovvero dei transfert dell'analista verso il paziente. Non hanno nulla a che vedere con sentimenti quali apprezzare o meno un paziente, o con il fatto che il suo atteggiamento vi irriti o vi attragga. Sebbene possano inconsciamente contribuire a tali sentimenti. Sono dei problemi della realtà e devono essere trattati come tali²⁵.

Per intendere meglio questa differenza, possiamo riferirci ancora una volta all'*acting out* di Lucia Tower che si dimentica completamente della seduta di un'analizzante particolarmente insopportabile e arrogante fino all'insolenza, per prendersi invece un pasto delizioso. L'*acting out* gli consente di prendere coscienza di ciò che l'adesione al canone dell'analista-ideale (in cui consiste la sua reazione di controtransfert) non poteva permettergli: perdere una

²⁴ J. Lacan, "La direzione della cura e i principi del suo potere" (1959), in *Scritti*, a cura di G. Contri, Einaudi, Torino 1974, p. 584 (ed. originale *Écrits*, Seuil, Paris 1966, p. 589).

²⁵ Lucia Tower, "Countertransference", *working copy* dell'esposizione presentata alla Chicago Psychoanalytic Society, 24 maggio 1955; citato in G. Leff, *op. cit.*

buona volta la pazienza, presunta dover essere concessa terapeuticamente all'analizzante senza alcun limite²⁶.

Lucia Elisabeth Tower, nata a Cambridge nel 1899, muore a Chicago il 25 aprile 1991, a novantuno anni. Alle sue esequie non sono presenti che due o tre persone. Una sua nipote, Lucia (nome portato in onore della nonna) Smallwood, eredita tutti i suoi scritti personali, che distrugge, giudicandoli confidenziali e da non rendere pubblici²⁷. Per qualche preveggenza, Tower aveva però consegnato le due versioni anteriori di *Countertransference* all'archivio del Chicago Institute for Psychoanalysis. E là sono rimaste, custodite nei *dead archives*, quei grandi magazzini situati nei dintorni di Chicago il cui unico scopo è quello di ospitare quintali di carta ingiallita, fino al 2002, quando Gloria Leff è andata a cercarli.

Non è un caso che il dottor Jérôme Kavka, allora direttore della biblioteca dell'Istituto, abbia cercato di dissuadermi dal recarmi a Chicago, convinto che non ci fossero

²⁶ «Così, un atteggiamento terapeutico adeguato, teoricamente, cioè quello di un'infinita pazienza, di sforzi per comprendere un paziente molto disturbato, in tale situazione era in realtà una struttura di controtransfert negativo, praticamente una nevrosi di controtransfert di breve durata, che, senza dubbio, dissipava una gran quantità di tempo della paziente, e, se non fosse stata per la mia improvvisa risoluzione attraverso un *acting out*, sarebbe continuata più a lungo».

²⁷ Ci chiediamo perché non li abbia semplicemente conservati, magari solo per i suoi occhi.

documenti interessanti, ad eccezione del magro fascicolo che mi aveva già inviato per posta. Incuriosito dal mio interesse per questa figura minore dell'Istituto, e dopo aver tentato invano di convincermi che sarebbe stato più produttivo concentrare i miei sforzi su una personalità più prolifica e rinomata, mi ha generosamente concesso l'accesso ai *dead archives* dell'Istituto e della Società di Chicago²⁸.

3. Truquage e overclocking

Nonostante la sua lunga vita, di Lucia Elisabeth Tower si sa ben poco e probabilmente dopo la sua morte di lei non si sarebbe saputo niente, se il suo nome, legato all'unico articolo che ha pubblicato, non fosse apparso all'interno del seminario di Jacques Lacan *L'angoisse* (1963). Non per iniziativa di Lacan, ma di Wladimir Granoff, che si può ben dire glielo abbia imposto. Infatti Lacan, appassionato sciatore, assentatosi quattro settimane (dal 30 gennaio al 27 febbraio 1963) per le vacanze invernali, aveva lasciato in sua assenza la responsabilità del seminario a François Perrier e Granoff, che ne approfittò per presentare e discutere l'articolo di Tower all'insaputa di Lacan²⁹.

²⁸ G. Leff, *op. cit.*

²⁹ Invano il lettore dell'edizione Seuil del Seminario di Lacan stabilita da J.-A. Miller cercherà gli interventi di Granoff e Perrier, a cui si aggiunse quello di Piera Aulagnier. Dovrà orientarsi sulle edizioni

Granoff – per la migliore conoscenza della lingua e della cultura inglese, per il suo ruolo nell’IPA, e non da ultimo per la sua spregiudicatezza intellettuale – era sicuramente all’altezza di ordire un piccolo “putsch” all’interno del seminario, cosa che non mancò di infastidire un Lacan “agacé”, trovatosi al suo rientro dalle vacanze davanti al fatto compiuto, anche se ormai, come dichiarò, non poteva più tirarsi indietro. Non credo che l’irritazione di Lacan sia del tutto imputabile alla scena rubatagli dal solo con cui aveva accettato di firmare congiuntamente un articolo sul feticismo (peraltro scritto da Granoff). La mia ipotesi è che Granoff si fosse spinto inopinatamente entro un terreno, quello del controtransfert appunto, dove Lacan giudicava prematuro avventurarsi in quel momento senza prima avere il tempo di prepararlo. Niente ci impedisce di imputare l’irritazione di Lacan (che non molto tempo dopo esplose, testimone Serge Leclair, in giudizi feroci contro Granoff che portarono alla rottura) proprio a quei “sentimenti” incontrollabili che fanno parte dei «problemi della realtà», ma la cui origine risiede in reazioni di controtransfert inanalizzate. Fatto sta che Lacan, nella seduta del 27 marzo 1963, fa due clamorose *bévues*, attribuendo a Sheridan, e non a Goldsmith, la paternità di *She stoops to conquer*, e mettendo in bocca a Tower *to stoop* anziché, come lei dice effettivamente, *to bend*³⁰. Jean Allouch ha

non stabilite che circolano in Internet (cfr. *infra*, la Bibliografia).

³⁰ «[...] En somme, son désir, à lui, le patient, est beaucoup moins dépourvu de prise qu’il ne croyait sur sa propre analyste,

mostrato la fecondità di queste *bévues* nel decifrare la peculiarità della posizione analitica di Tower in uno dei casi di controtransfert che racconta. Lacan sottolinea il *truquage*, il trucco da lei messo in atto – alla stregua del trucco messo in atto da Kate Hardcastle, l'eroina della pièce di Goldsmith *She Stoops to conquer* (1773)³¹ per conquistare Marlow – per sbloccare e portare a termine la difficilissima analisi di un uomo, e che potremmo descrivere come il passaggio da donna-analista che *si lascia piegare* inconsciamente dal desiderio di un uomo, ad analista-donna che usa lo stratagemma di *piegarsi* al desiderio di un uomo per far riuscire l'analisi. Come osserva Allouch:

Lacan leggeva *Countertransference* come un articolo in cui una psicanalista dichiarava il suo trucco, esponeva l'artificio che aveva permesso a questa analisi di riuscire, il semblante di donna che l'analista aveva saputo mettere in gioco (*jouer*), la posizione di agente che aveva saputo prendere in questa cura³².

qu'effectivement, il n'est pas exclu que cette femme, qui est son analyste, il ne puisse jusqu'à un certain point en faire quelque chose, la courber – *to stoop* en anglais; *She Stoops to conquer*, c'est un titre d'une comédie de Sheridan – de la courber à son désir». Lacan, *L'angoisse*, seduta del 27 marzo 1963 (cfr. la Bibliografia).

³¹ O. Goldsmith, *Lei si abbassa per conquistare ovvero gli equivoci di una notte*, nuova traduzione italiana di Sandra Puiatti, Polimnia Digital Editions, Sacile (PN) 2014.

³² J. Allouch, "Wladimir Granoff, Jacques Lacan: une rupture ?", p. 17 della traduzione citata.

Da notare che Lacan non usa la parola *truc*, ma *truquage*, che propriamente significa: 1. falsificazione, contraffazione; 2. La produzione di effetti speciali nel cinema, per creare una realtà fantastica. In italiano “truccheggio” non risulta nei dizionari, ma popolarmente si dice per esempio “il truccaggio di un motore”, cioè l’uso di un espediente per potenziarlo rispetto a come è stato prodotto in fabbrica. Mi viene in mente, in riferimento all’informatica, anche l’*overclocking* di un processore, se non fosse che il *truquage* non può assolutamente essere una *procedura* o una *tecnica* che chiunque può replicare. Insomma, *non può essere trasmissibile* e ciascuno deve inventarselo. Lacan riprende il termine in relazione alla *passee* (la testimonianza pubblica del passaggio da analizzante ad analista), e si chiede: com’è possibile guarire una nevrosi?

Malgrado tutto quello che ne ho eventualmente detto, non ne so niente. È una questione di truccaggio (*truquage*). Come si può sussurrare a un soggetto che viene da voi in analisi qualcosa che ha per effetto di guarirlo, è una questione di esperienza in cui gioca un ruolo quel che ho chiamato il soggetto supposto sapere. Un soggetto supposto è un raddoppiamento. Il soggetto supposto sapere, è qualcuno che sa. Sa il trucco, poiché ho parlato di truccaggio; sa il trucco, il modo in cui si guarisce una nevrosi³³.

³³J. Lacan, Intervento conclusivo di Jacques Lacan al 9° Congresso dell’École Freudienne de Paris su “*La transmission*”.

Una delle grandi ambizioni di Lacan riguardo «a ciò che mi attendo dalla *passe*» era proprio di sfidare i *passants* a dire il “truquage” mediante cui si può portare a termine un’analisi³⁴.

Lucia Tower sapeva il trucco. Ma su che cosa si basa «il trucco con cui si guarisce la nevrosi»?

La quantità di affetto del paziente avrebbe costituita da sola un grave fardello per chiunque avesse tentato di averci a che fare. Per giunta, mi sottoponeva a un esame meticoloso, persistente e scomodo, come se mi stesse sezionando minuziosamente – cellula per cellula. Ogni mio movimento, ogni mia parola erano scrutati così attentamente che mi sembrava letteralmente che se avessi fatto anche solo un minimo passo falso, tutto sarebbe andato perduto. La minaccia, tuttavia, non era rivolta a me. L’affetto che si creava in me era piuttosto di quest’ordine: se avessi fallito nell’affrontare questa prova, egli sarebbe caduto a pezzi e non si sarebbe più fidato di un altro essere umano. In molte occasioni facevo sogni che anticipavano direttamente il materiale imminente, come se dal mio inconscio arrivasse un preavviso di ciò

Pubblicato nelle «Lettres de l’École», 1979, n° 25, vol. II, pp. 219-220; trad. per mia cura, “*La psicanalisi è intrasmissibile*” (il titolo, che riprende una celebre affermazione di Lacan, è del traduttore; cfr. *infra*, la Bibliografia).

³⁴ *Ibidem*: «Devo dire che nella *passe* niente lo rivela, devo dire che nella *passe*, niente testimonia che il soggetto sappia guarire la nevrosi. Sono sempre in attesa che qualcosa me lo chiarisca».

che stava per accadere, fortificandomi nell'affrontare la massiccia quantità di affetto che mi provocava quando mi colpiva.

E perché Lacan non ci ha mai rivelato il suo?

Bibliografia

[Non si tratta di una bibliografia sul controtransfert, che conta ormai innumerevoli testi, ma si riferisce unicamente al materiale principale di cui mi sono servito per scrivere la presente Nota, che riguarda il controtransfert solo in relazione a Lucia Tower, e da una particolare prospettiva.]

Alexander Franz, “*Some Quantitative Aspects of Psychoanalytic Technique*”, JAPA, vol. II, n. 4, 1954, pp. 691-697.

Allouch Jean, “*Psychanalyse et écriture: Lucia Tower*”, trascrizione della conferenza del salon Œdipe, Librairie Le divan, Paris, 7 ottobre 2001,

[https://www.jeanallouch.com/
document/208/2001-Psychanalyse-et-ecriture-Lucia-Tower](https://www.jeanallouch.com/document/208/2001-Psychanalyse-et-ecriture-Lucia-Tower)

Id., “*Wladimir Granoff, Jacques Lacan: une rupture ?*”, trascrizione dell'Intervento alla serata Wladimir Granoff, Centre de recherche en psychanalyse et écritures, 2 luglio 2002,

[https://lacan-con-freud.it/ar/allouch_etica_del_delitto_EAR.
pdf](https://lacan-con-freud.it/ar/allouch_etica_del_delitto_EAR.pdf)

Collectif psychanalyse et politique (sous la direction de Jacqueline Sag), *Lucia Elisabeth Tower*,

<https://www.dictionnaire-creatrices.com/fiche-lucia-elisabeth-tower?q=Lucia+Elisabeth+TOWER>

“Freud Sigmund, *Die zukünftige Chancen der psychoanalytischen Therapie*” (1910), *Gesammelte Werke*, band VIII, Imago Publishing Co., LTD, London 1943 (ristampa 1955). Trad. italiana “*Le prospettive future della terapia psicoanalitica*” (1910), in *Opere*, 11 voll., a cura di C. L. Musatti, Boringhieri, Torino 1967-1979, vol. 6.

Goldsmith Olivier, *Lei si abbassa per conquistare ovvero gli equivoci di una notte*, nuova trad. italiana di Sandra Puiatti, Polimnia Digital Editions, Sacile (PN) 2014.

Granoff Wladimir, interventi del 20 e 27 febbraio 1963 al seminario di J. Lacan *L'angoisse*.

Lacan Jacques, *L'angoisse* (1962-1963), éd. Staferla,

https://lacan-con-freud.it/lacanseminaires/s10_1_angoisse.pdf

Id., Intervento conclusivo al 9° Congresso dell'École Freudienne de Paris su “*La transmission*”. Pubblicato nelle «Lettres de l'École», 1979, n° 25, vol. II. Trad. italiana di Moreno Manghi, “*La psicanalisi è intrasmisibile*”,

https://lacan-con-freud.it/ar/lacan_trasmmissione_versus_invenzione_EAR.pdf

Leff Gloria, *Portraits de femmes en analyste. Lacan et le contre-transfert*, trad. dallo spagnolo di Béatrice Cano, Epel, Paris 2009.

Tower Lucia Elisabeth, *Countertransference*, «Journal of the American Psychoanalytic Association», Aprile 1956, 4, pp. 224-255, letto per la prima volta alla Chicago Psychoanalytic Society nel maggio 1955 e all'American Psychoanalytic Association a New York nel dicembre 1955. Trad. italiana di Sandra Puiatti,

“*Controtransfert*” (in questo numero del «Giornale di bordo»).

Id., “*Countertransference*”, *working copy* dell’esposizione presentata alla Chicago Psychoanalytic Society, 24 maggio 1955.

Id., “*Controtransfert*”, trad. italiana parziale in *Il controtransfert*, a cura di Cecilia Albarella e Mario Donadio, Liguori, Napoli 1998.

Tower, L.E., e Calef, V. (1954). “*Training and therapeutic analysis*”. «Journal of the American Psychoanalytic Association» 2:175–178.

I. Considerazioni teoriche

Nella letteratura psicanalitica molto presto sono apparsi riferimenti al controtransfert. Inizialmente, ci si limitava a riconoscere la sua esistenza con affermazioni poco elaborate secondo cui gli analisti potevano ovviamente provare delle reazioni di transfert verso i loro pazienti. Non si diceva molto altro, se non che si trattava di reazioni sospette, da tenere sotto controllo e che, per gli analisti, discutere pubblicamente delle loro reazioni di controtransfert avrebbe rappresentato una sconveniente messa a nudo di sé. Circa dieci anni fa, cominciò ad apparire un certo numero di articoli. Il loro tono generale era piuttosto imbarazzato, come se si trattasse di gravi difetti nelle nostre procedure terapeutiche, e naturalmente certi fenomeni di controtransfert sono considerati estremamente riprovevoli.

³⁵ Lucia E. Tower, *Countertransference*, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, Aprile 1956, 4, pp. 224-255. Letto per la prima volta alla Chicago Psychoanalytic Society nel maggio 1955 e all'American Psychoanalytic Association a New York nel dicembre 1955.

Recentemente, Douglas Orr [18]³⁶ ha riesaminato in modo eccellente la letteratura sul controtransfert. Mi limiterò a commentare brevemente questa letteratura poiché il mio scopo principale è presentare alcune mie idee e del materiale dettagliato su alcuni casi. Nonostante esista tra gli analisti un ampio accordo sul transfert, vi è invece grande disaccordo sul controtransfert. Freud ne parlò per la prima volta nel 1910 come di qualcosa che doveva essere evitato: «Abbiamo iniziato a considerare il controtransfert... qualcosa che sorge come risultato dell'influenza del paziente sui suoi (del medico) sentimenti inconsci, e si è giunti al punto che è necessario che il medico riconosca il controtransfert e lo superi interiormente» [9, p. 289]³⁷.

Sorprende che l'esistenza di un fenomeno naturale e inevitabile, così ricco di potenzialità di conoscenza, abbia suscitato per quarantacinque anni un atteggiamento tanto ostile³⁸. Mi riferisco al fatto che nessun

³⁶ I numeri tra parentesi quadre si riferiscono ai Riferimenti bibliografici di Tower riprodotti in fondo all'articolo [N.d.T.].

³⁷ Tower cita dai *Collected Papers*, da cui traduciamo. Invece, la traduzione delle *Opere* a cura di C. L. Musatti riporta: «Abbiamo acquisito la consapevolezza del "controtransfert" che insorge nel medico per l'influsso del paziente sui suoi sentimenti inconsci, e non siamo lungi dal pretendere che il medico debba riconoscere in sé questo controtransfert e padroneggiarlo»; S. Freud, *Le prospettive future della terapia psicoanalitica* (1910), in *Opere di Sigmund Freud*, 11 voll., a cura di C. L. Musatti, Boringhieri, Torino 1967-1979, vol. 6, p. 200. [N.d.T.]

³⁸ *Forbidding*, che ricorre ben quattro volte nelle prime due pagine, significa anche proibire, vietare, interdire, impedire [N.d.T.].

analista è mai stato così perfettamente analizzato da non avere più un inconscio, o da essere immune dal ridestarsi degli impulsi istintuali (*instinctual impulses*) o dalle difese che vengono erette contro di essi. La stessa fraseologia delle nostre pratiche di formazione smentisce l'immagine dell'«analista perfetto». Affermiamo che l'analisi personale dell'allievo dovrebbe «permettergli un'esperienza diretta dell'inconscio»; dovrebbe consentirgli di acquisire «libertà di movimento dai propri schemi emotivi disturbanti»³⁹, e metterlo nella condizione di continuare autonomamente la propria autoanalisi. In nessun caso ci si aspetta che egli sia stato perfettamente analizzato. Raccomandare, inoltre, *tranches* periodiche di analisi per gli analisti, presuppone un'ampia riserva inconscia di fonti da cui possono svilupparsi nuove reazioni nevrotiche in risposta alle pressioni emotive dei pazienti sull'inconscio dell'analista.

Esiste una vasta gamma di concezioni contrastanti riguardo al controtransfert. Inizialmente, si riteneva che esso fosse la reazione emotiva conscia dell'analista nei confronti del transfert del paziente; in seguito, che comprendesse ogni reazione conscia o inconscia nei confronti del paziente, normale o nevrotica; infine, si è arrivati a considerarlo come una costruzione meccanicistica della relazione interpersonale tra il paziente e

³⁹ Relazione del Committee on Training Standards, Board on professional Standards, American Psychoanalytic Association, Novembre 1953.

l'analista, all'interno di un quadro edipico schematico [20] che comprendeva la disposizione caratteriale e le eccentricità personali dell'analista; le reazioni nei confronti del paziente nel suo complesso sono state considerate transfert, mentre quelle relative ad aspetti parziali del paziente sono state considerate controtransfert; l'angoscia (*anxiety*⁴⁰) dell'analista è stata considerata il denominatore comune di tutte le reazioni di controtransfert e ogni risposta che produce angoscia nell'analista è stata considerata controtransfert [7]; infine, solo gli impulsi sessuali verso i pazienti sono stati considerati controtransfert. Le principali differenze riguardano il fatto di «vedere l'analista come uno specchio oppure vedere l'analista come un essere umano» [18]. I controtransfert sono considerati semplicemente dei transfert – e nient'altro – o, al contrario, non sono considerati dei transfert ma pressoché qualsiasi altra cosa.

Altre differenze riguardano la questione se discutere o meno il controtransfert con i pazienti⁴¹; se i controtransfert siano sempre presenti e perciò ragionevolmente normali, o se siano sempre anormali. Il “*carry over*”⁴² è menzionato spesso con delle implicazioni

⁴⁰ Abbiamo scelto di tradurre sistematicamente *anxiety* con angoscia [N.d.T.].

⁴¹ Alcuni suggerimenti in tal senso sembrano rasentare l’“analisi selvaggia”.

⁴² “*Carry over*”: affetti che persistono nell'analista come reazione o strascico di una seduta.

particolarmente perturbanti. Quasi invariabilmente vi sono espliciti divieti nei confronti di qualsiasi manifestazione erotica di controtransfert. Solo una volta, credo, è stato ventilato che senza periodi o occasioni di “*carry over*”, l’analisi non avrà successo; e solo una volta, mi pare, è stato accennato che in circostanze normali possa prodursi qualcosa, magari anche di utile, che si avvicina alla nevrosi di controtransfert. Per lo più queste ultime affermazioni sono severamente criticate.

La natura intimidatoria degli scritti sull’argomento è indicata dalle seguenti citazioni tipiche (lievemente modificate):

Il nostro controtransfert deve essere sano (*healthy*) [23].

Si presume che prevalgano le risposte appropriate [6].

Una sorta di toletta analitica (*analytical toilet*) fa quanto meno parte della necessaria routine dell’analista [12].

Il controtransfert è analogo al transfert: è quindi immediatamente evidente che il controtransfert è indesiderabile e costituisce un ostacolo [8].

L’errore di controtransfert dovrebbe essere ammesso, per consentire al paziente di esprimere la propria rabbia, e il paziente ha diritto a una qualche espressione di rammarico da parte dell’analista [16].

Non è opportuno consentire che anche le più sottili manifestazioni del controtransfert si insinuino inavvertitamente nel clima interpersonale. L’analista deve riconoscere e controllare queste reazioni [1].

Tutti questi, e simili atteggiamenti, presuppongono che l'analista sia in grado di *controllare* consciamente il proprio inconscio. Tale presupposto è una violazione della premessa basilare della nostra scienza – che gli esseri umani possiedono un inconscio che *non* è soggetto al controllo cosciente, ma che è soggetto (fortunatamente) ad essere investigato attraverso lo strumento del transfert (e presumibilmente anche del controtransfert).

Indici comuni di controtransfert si riferiscono a:

angoscia all'interno del trattamento;
sentimenti disturbanti verso i pazienti;
condotte o sentimenti stereotipati verso i pazienti;
reazioni di amore o di odio nei confronti dei pazienti;
turbamenti erotici, soprattutto l'idea d'innamorarsi di un paziente;
carry over di affetti a seguito di una seduta analitica;
sogni sui pazienti ed episodi di *acting out*.

La letteratura più recente comprende un certo numero di articoli perspicaci, ricchi di materiale descrittivo e di esempi clinici, che hanno un tono molto meno ostile nei confronti del controtransfert.

Vorrei utilizzare il termine controtransfert *solo* per i fenomeni di transfert dell'analista nei confronti del suo paziente. Ritengo che in ogni analisi si producano inevitabili, naturali e molto spesso auspicabili sviluppi di controtransfert (alcuni effimeri, altri duraturi) che costituiscono la controparte dei fenomeni di transfert.

Interazioni (o transazioni) tra il transfert del paziente e il controtransfert dell'analista, che avvengono a livello inconscio, possono essere – o forse sono sempre – d'importanza vitale per l'esito del trattamento. Le verbalizzazioni intellettuali costituite dalle comunicazioni del paziente e dalle interpretazioni dell'analista, sono i mezzi attraverso cui si sviluppano dei canali profondi e sotterranei di comunicazione tra paziente e medico. Le interpretazioni in quanto tali non curano, e nessun analista sarà ricordato principalmente per il suo acume interpretativo da alcun paziente con il quale abbia avuto successo. Non significa sminuire l'importanza dell'interpretazione nel procedimento analitico. Ovviamente, solo attraverso le comunicazioni verbali del paziente, e gli sforzi interpretativi meticolosi e imparziali dell'analista, è possibile, gradualmente, intaccare le difese e raggiungere quei profondi *insight* e comunicazioni che costituiscono l'essenza degli effetti curativi del processo analitico.

Transfert e controtransfert sono fenomeni inconsci, fondati sulla coazione a ripetere, derivati in gran parte da esperienze significative della propria infanzia, e sono diretti a persone significative nella vita emotiva passata dell'individuo. Gli atteggiamenti caratteriali abituali non dovrebbero essere inclusi nei fenomeni di controtransfert, poiché vengono espressi in quasi tutte le situazioni e quasi sempre nella stessa forma. Essi sono privi di quella specificità legata a una determinata situazione tipica del controtransfert. Il fatto che i derivati istintuali (*instinct derivatives*) abbiano potuto diventare ego-sintonici

attraverso l'incorporazione nella struttura caratteriale, rende tali atteggiamenti essenzialmente consci o pre-consci. Al contrario, i fenomeni di transfert derivano da conflitti inconsci profondi, in una determinata situazione e in un determinato momento, in risposta a un determinato individuo, e in essi si mobilitano antiche esperienze affettivamente significative nei confronti di figure importanti del passato. L'indottrinamento dei pazienti, per esempio, non è probabilmente un comune fenomeno di controtransfert, ma un derivato del moto istintuale (*impulse derivative*)⁴³. Molte altre cose discusse erroneamente come “controtransfert” sono semplicemente dei difetti nella percezione o nell'esperienza da parte dell'analista.

S'incontrano molte difficoltà nella discussione dei problemi di controtransfert. Scarseggia il materiale clinico di qualità, il che dipende in gran parte dai sistemi di difesa degli analisti nei confronti del problema in generale. Le stesse resistenze alla consapevolezza del controtransfert si riscontrano tra gli analisti in misura

⁴³ La locuzione “*impulse derivative*”, letteralmente “derivato dell'impulso” – in sé poco comprensibile – si collega certamente a quella, riportata poco sopra, di “*instinct derivatives*”, quindi potrebbe essere resa con “derivato dall'impulso degli istinti”. In inglese è più comprensibile perché James Strachey nella *Standard Editions* usa “*instinctual impulse*” per tradurre *Triebregung*, che in italiano, nelle *Opere di Sigmund Freud* curate da C. Musatti, è reso con “moto pulsionale”. Da qui la nostra scelta di tradurre “*impulse derivative*” con “derivato del moto istintuale (pulsionale)” [N.d.T.].

maggiore e in forme più insidiose rispetto alle resistenze dei pazienti nei confronti degli *insight* che si riferiscono al transfert. E per una buona ragione. Nella sua pratica, l'analista è sottoposto a continui attacchi e deve mantenere una posizione precaria. È poco motivato ai cambiamenti che lo riguardano, e, ammesso che sviluppi tale motivazione, di solito è per motivi personali. Il paziente si rivolge all'analista con lo scopo di cambiare e apprezza il procedimento solo se percepisce che sono in atto dei cambiamenti. L'analista, tuttavia, prova angoscia quando si accorge di cambiamenti dovuti a pressioni emotive da parte del paziente, senza poter contare sull'aiuto di nessuno per affrontarli.

Oltre alle resistenze degli analisti a esplorare il controtransfert e al fatto che i tempi non sono ancora maturi, la scarsità delle informazioni sull'argomento dipende da semplici ragioni pratiche. Durante l'ora del trattamento, un analista tende abitualmente a tenere a freno le fantasie su sé stesso. Analizzare qualcuno, compreso sé stessi, richiede del tempo, e un analista occupato, che trascorre la maggior parte della sua giornata con i pazienti, ovviamente non prende in considerazione molto materiale potenzialmente illuminante che lo riguarda e che di tanto in tanto gli viene in mente. Un altro fattore è che molti fenomeni di controtransfert, quando irrompono nella coscienza, creano una sorta di emergenza. Episodi di *acting out* dovuti al controtransfert, per esempio, mettono l'analista di fronte a una situazione sorprendente, che richiede di agire rapidamente e di formulare giudizi

avveduti. Egli deve concentrarsi per tenere in mano la situazione analitica, e spesso la sorpresa e lo shock cancellano (*blot out*) la memoria dei processi che hanno portato all'incidente, probabilmente perché il disagio sperimentato viene rimosso.

La decisione presa molto tempo fa, secondo cui gli analisti stessi dovevano essere analizzati prima di poter praticare l'analisi, costituì una novità sconvolgente rispetto a ogni precedente *training* medico. L'idea di trasformare un medico in un paziente prima che possa praticare è di per sé traumatica. Dopo tutto ciò che si deve affrontare per diventare un analista, dover prendere consapevolezza della pervasività dei fenomeni di controtransfert è una minaccia e una delusione. L'importanza di analizzare il potenziale analista fu riconosciuta fin dall'inizio. Una volta messa in pratica, questa decisione è stata probabilmente il fattore principale del rapido avanzamento della nostra scienza. Per molti anni, tuttavia, non ci si spinse oltre. In un certo senso, l'analisi personale o didattica del futuro analista offriva un po' della protezione che il sogno offre ai pazienti. Essi vedono spesso il sogno come qualcosa di estraneo, su cui non hanno nessun controllo, di lontano nel tempo, rispetto a cui non debbono provare nessun senso di colpa. Allo stesso modo, l'analisi personale preliminare è spesso vista dall'analista praticante come qualcosa di lontano nel tempo, un'imposizione dettata da problemi di formazione, senza connessione con il lavoro attuale, il che può portare a un rafforzamento delle difese e delle razionalizzazioni.

L'analisi (o l'osservazione) dell'analista nelle sue funzioni può diventare la futura "via regia" della massima importanza nella comprensione del processo del trattamento. Gli analisti in supervisione sono nella posizione di comprendere e di fare uso di tali osservazioni.

Le resistenze di gruppo all'esplorazione dell'inconscio dell'analista nella situazione del trattamento seguono modelli ben noti. Vi è un timore inespresso di studiare il funzionamento dell'analista, come se il riferire una qualsiasi sua reazione comportasse il rischio di essere permissivi nei confronti di quelle di dubbia natura. In quasi tutti gli scritti sul controtransfert, si è pagato un certo tributo a questa rigidità del gruppo, sotto forma di proibizioni moralistiche e bigotte, nonostante la discussione intelligente e aperta dei problemi sul controtransfert. Praticamente, chiunque abbia scritto sul tema del controtransfert, per esempio, afferma inequivocabilmente che non è tollerata nessuna forma di reazione erotica verso un paziente. Ciò sembra indicare che le tentazioni a questo riguardo sono grandi, e forse onnipresenti. È il solo argomento sul quale quasi ogni autore dichiara con assoluta certezza la sua posizione. Altre manifestazioni di "controtransfert"⁴⁴ non sono di norma condannate. Pertanto, ritengo che le reazioni erotiche disturbino in una certa misura quasi tutti gli analisti. Si tratta di un

⁴⁴ Le virgolette qui sono utilizzate perché queste reazioni non possono essere considerate tutte di controtransfert; molte dovrebbero essere considerate semplicemente psicofisiologiche.

fenomeno interessante che merita di essere investigato. Nella mia esperienza, praticamente tutti i medici, quando acquisiscono abbastanza fiducia (*confidence*) nei loro analisti, riferiscono sentimenti e impulsi erotici verso i loro pazienti, anche se di solito con grande trepidazione e conflitto. La storia seguente è tipica:

Un candidato, che aveva già fatto in parte un'analisi terapeutica prima di iniziare il suo *training*, raccontò di una paziente molto attraente il cui trattamento stava volgendo al termine con successo. La paziente aveva presentato una prolungata e irritante resistenza rimanendo in silenzio. Il candidato disse: «Tra tutti i miei pazienti, questa era forse la paziente verso cui avevo provato il massimo controtransfert sessuale. Mi sedevo e avevo fantasie sessuali su di lei durante quei periodi di silenzio. Pensavo che, qualora avessi fatto un'analisi didattica, non ne avrei mai parlato, a causa di quello che disse il dottor X (il suo precedente analista). Quando gliene ho parlato, mi è sembrato irritato e mi ha detto (in sostanza): «Ma come può essere interessato a una paziente così malata – per di più, lei non ha alcun diritto di avere simili fantasie nei confronti di nessun paziente». Fui sconcertato, poiché pensavo di aver acquisito molti *insight* grazie alle mie fantasie. In realtà, non avrei mai creduto che sarei stato in grado di raccontarlo, e, accidenti!, non so proprio come sono riuscito a farlo. Vorrei sapere come lei abbia fatto a creare l'atmosfera giusta perché io gliene parlassi... Ora ricordo: una volta devo averle raccontato di essere

stato “attratto” da una certa paziente. Fui davvero cauto nell’ammettere che l’attrazione fosse di tipo sessuale; dissi solamente che ero attratto, e lei disse: «Ma come può sapere se i suoi sentimenti verso la paziente non le siano stati d’aiuto?»⁴⁵. È stato questo che mi ha permesso di parlare delle mie fantasie sessuali... *Ora* mi chiedo: la sua osservazione comprende realmente l’accettazione di fantasie (sentimenti) sessuali o si riferisce unicamente al fatto che ne ero attratto?

Quest’uomo era un eccellente terapeuta e non vi era stato nessun comportamento di *acting out*. Tuttavia, la paura indotta (*artificial fear*) che provava nei confronti delle sue reazioni controtransferali erotiche era dovuto al fatto di percepirle come un atteggiamento proibito dal gruppo al quale aspirava di appartenere. In realtà, non riteneva che ci fosse niente di sbagliato nel provare simili reazioni.

Nella selezione per il *training*, siamo inclini a prestare molta attenzione alle risorse libidiche del candidato, in base alla teoria che un notevole ammontare di libido disponibile sia indispensabile per tollerare il pesante compito di parecchie analisi intensive. Ma al tempo stesso sbeffeggiamo ogni investimento libidico di un analista nei

⁴⁵ Intendevo dire che si potrebbe almeno essere aperti all’idea che l’essere inconsciamente consapevole della natura positiva del controtransfert del terapeuta, fosse di particolare pregnanza per questa paziente.

confronti del paziente. Vi è molto di oscuro nella nostra comprensione delle vicissitudini e delle funzioni della libido dell'analista nella relazione terapeutica, ma sono convinta che sia una questione di grande importanza. Non è sufficiente parlare solo della dedizione, dell'empatia e del rapporto, per quanto siano importanti. Ho introdotto le reazioni libidiche dell'analista all'interno di questa discussione poiché suscitano una forte controcattesi⁴⁶ tra gli analisti e ritengo che questa controcattesi faccia parte della categoria delle rigide difese del gruppo psicanalitico. Basti dire che svariate forme di fantasie erotiche e fenomeni di controtransfert erotico di carattere fantastico o affettivo, nella mia esperienza sono presenti ovunque e presumibilmente normali. Tra le caratteristiche evidenti di questi fenomeni vi è il fatto che sono inibiti nella meta, nel senso che sono praticamente privi di impulso all'azione, e nella maggior parte dei casi sono ampiamente separati nel tempo dai transfert erotici del paziente.

Fantasie e sentimenti nei confronti dei pazienti sono molto diffusi in tutti noi, e generalmente oggi sono abbastanza accettati, soprattutto quando si sovrappongono a considerazioni fondate sulla realtà. Quasi tutti i sentimenti razionali e irrazionali che possiamo provare verso le persone della nostra vita quotidiana, li proviamo anche nei confronti dei nostri pazienti. Tuttavia, sentimenti che appaiono eccessivi o inadeguati verso il paziente o verso

⁴⁶ *Countercathesis*: "controinvestimento di forze mentali o emotive verso un oggetto, persona, o idea" [N.d.T.].

quello che dice, soprattutto se associati all'angoscia, senza dubbio hanno un significato controtrasferale. I sogni sui pazienti sono, ovviamente, di solito significativi e dovrebbero essere sempre esplorati per individuarne il significato specifico di controtransfert.

Da lungo tempo ho ipotizzato che in molti – forse in tutti – trattamenti analitici intensi si sviluppi qualcosa di simile a strutture legate al controtransfert (forse addirittura una “nevrosi”) che sono la controparte essenziale e inevitabile della nevrosi di transfert. Queste strutture di controtransfert possono essere quantitativamente più o meno rilevanti, ma nel quadro complessivo possono avere un'importanza considerevole per l'esito del trattamento. Ritengo che funzionino come una sorta di agente catalizzatore nel processo del trattamento. La loro comprensione da parte dell'analista può essere importante per la risoluzione finale della nevrosi di transfert quanto la sua stessa comprensione intellettuale, forse perché esse sono, per così dire, *il veicolo per la comprensione emotiva della nevrosi di transfert da parte dell'analista*. Sia la nevrosi di transfert che la struttura di controtransfert appaiono così intimamente legate tra loro all'interno di un processo vitale, da dover essere tenute continuamente in considerazione in quel lavoro che è la psicanalisi. In effetti, dubito che esista una qualsiasi relazione interpersonale tra due persone, indipendentemente dallo scopo, che non comporti, in misura maggiore o minore, qualcosa che rientri nella natura di questo vitale processo-interazione psicologico a livello inconscio e di transfert.

Presumibilmente, nelle analisi didattiche dei futuri analisti arriviamo appena a una comprensione superficiale del loro sapere su sé stessi e del loro potenziale di transfert nel futuro lavoro analitico. Sono propensa a ritenere che esistano livelli di transfert che trascendono qualsiasi capacità che abbiamo attualmente di accedervi. Esistono forse anche dei livelli di transfert ai quali non avremo mai accesso, almeno con mezzi psicologici, perché si trovano al confine tra ciò che è biologico e ciò che è ereditario in noi. Il fenomeno dell'innamoramento – così poco compreso dal punto di vista dinamico – potrebbe trovarsi proprio su questo confine.

Una cosa, tuttavia, è essere in grado, grazie all'esperienza e al *training*, di teorizzare consapevolmente la possibile insorgenza di problemi di controtransfert, tutt'altra cosa è essere in grado di mettere in pratica le precauzioni che ci imponiamo con un'efficacia del 100%, mano a mano che si procede sempre più approfonditamente nel trattamento analitico, settimana dopo settimana, mese dopo mese, anno dopo anno, identificandosi sempre più con il paziente e i suoi problemi, interessandosi a lui e acquisendo una profonda consapevolezza della sua situazione. D'altronde, un'eccessiva attenzione a possibili reazioni sfavorevoli di controtransfert, potrebbe portare l'analista a una sorta di difesa fissa, in virtù della quale del materiale molto significativo potrebbe essere trascurato. Ogni analista esperto sa che, mano a mano che si addentra sempre più a fondo in un'analisi, in un modo o nell'altro, perde una certa prospettiva della situazione nel suo complesso.

Ipotizzerei che lo sviluppo di strutture nevrotiche di controtransfert in un analista, nel corso di un lungo periodo di tempo, possa essere paragonabile a qualcosa di simile alla teoria della relatività di Einstein. Questa teoria si basa sul fatto che la luce dovrebbe viaggiare in linea retta da un punto all'altro, come effettivamente accade nel nostro piccolo mondo e con le nostre brevi distanze di misurazione. Tuttavia, quando la luce viaggia attraverso le enormi distanze misurabili in milioni di anni luce, entrano in gioco altri fattori prima mai considerati o anche solo concepibili. Einstein dimostrò che in queste immense distanze di tempo e di spazio il raggio di luce devia dalla linea retta. Ugualmente, anche l'analista per ipotesi perfettamente formato e perfettamente analizzato dovrebbe essere in grado di seguire un percorso assolutamente lineare, per evitare tutte quelle insidie del controtransfert che la sua analisi personale gli avrebbe insegnato ad anticipare ed evitare. E indubbiamente, nel complesso, egli è sempre più capace di farlo, e per periodi di tempo considerevoli. Tuttavia, sembrerebbe che anche nelle circostanze più ideali siano inevitabili certe deviazioni, per così dire, dalla direzione assolutamente lineare della sua attività (*performance*) e della sua comprensione del caso; e sono proprio queste deviazioni molto lente e quasi impercettibili che si sviluppano in lui come reazione inconscia alle pressioni e motivazioni nascoste del paziente che, a mio avviso, costituiscono l'essenza dello sviluppo di una struttura di controtransfert in sé e per sé. È irrilevante, ai fini di questa tesi, che

possa trattarsi di escrescenze minori riguardo all'intera struttura complessiva, molto più ampia, della situazione terapeutica. Semplicemente non credo che due persone, indipendentemente dalle circostanze, possano chiudersi in una stanza, giorno dopo giorno, mese dopo mese, anno dopo anno, senza che accada qualcosa a ciascuna di loro in relazione all'altra. Forse lo sviluppo di un cambiamento rilevante in una delle due, che è, dopo tutto, il fine della terapia, sarebbe impossibile senza qualche piccolo cambiamento nell'altra, e probabilmente ha poca importanza se questo piccolo cambiamento sia di natura razionale. È con ogni probabilità molto più importante che il piccolo cambiamento nell'altra, cioè nel terapeuta, sia quello specificamente importante e necessario per colui per il quale speriamo di ottenere il cambiamento maggiore. Tali cambiamenti nel terapeuta, a mio avviso, dovrebbero essere costituiti dalle risposte adattive dell'io e dal controtransfert inconscio dell'analista, che interagiscono in modo tale da espandere la capacità integrativa del suo io per far fronte alle resistenze di transfert di un particolare paziente. È nella natura delle resistenze di transfert, così come sono costruite dal paziente, stanare i punti più deboli dell'armamentario del terapeuta e scagliarvi contro.

Mettere così a fuoco un aspetto minore della procedura di un trattamento lunga e complessa, può inavvertitamente creare un'impressione che non desidero affatto suscitare – ovvero, l'illusione che la questione qui oggetto di studio sia considerata quantitativamente di maggiore

importanza o qualitativamente molto diversa dalla gran parte della nostra esperienza. È proprio l'atteggiamento difensivo del gruppo analitico nei confronti dei fenomeni di controtransfert che rende necessario diffidare di tale interpretazione errata.

Non mi piace il termine “nevrosi di controtransfert” e preferisco non usarlo. Tuttavia, ha preso piede nella nostra letteratura e ha una qualche ragione d'essere in analogia con il termine “nevrosi di transfert”. Anche quest'ultima è una denominazione impropria, considerando ciò che accade veramente in un'analisi. In generale, i fenomeni di transfert si manifestano in forme multiple e variabili durante ogni esperienza analitica, sia dal paziente che dall'analista. Probabilmente una nevrosi di transfert bene individuata e strutturata, facile da descrivere, si verifica raramente, e ancor meno frequentemente, per la stessa ragione, si sviluppa una nevrosi di controtransfert ben definita. Il termine nevrosi è usato in modo molto approssimativo nella letteratura; è impiegato come epiteto (con la peculiarità della parola reumatismo) o come una diagnosi psichiatrica ben definita, o come un termine generico per indicare tutte le immaturità, le eccentricità e i conflitti emotivi delle persone che si rivolgono a noi per essere aiutate. È facile affermare che il loro transfert verso di noi rivela un'altra nevrosi prodotta dalla situazione sperimentale del trattamento, ma è ben altra cosa ammettere che il nostro transfert verso di loro sia della stessa natura, sebbene – speriamo – infinitamente più ridotto.

Mi riservo di approfondire in futuro la comprensione della natura e del significato dell'affetto di controtransfert, o della sua assenza in psicanalisi. Una maggiore maturità personale e di gruppo dovrebbe rendere la sua osservazione scientifica un po' più accettabile. Cosa che in parte sta già verificandosi, ma con molta cautela. Un articolo presentato alla Chicago Psychoanalytic Society quattro anni fa da Adelaide Johnson ha toccato marginalmente questo problema, suscitando nel pubblico la più grande angoscia e controcattesi che io abbia mai osservato in molti anni di convegni psicanalitici. Questa reazione apparve del tutto sproporzionata rispetto alle valide obiezioni che avrebbero potuto essere sollevate sull'argomento dell'articolo.

Se si accetta la premessa che i controtransfert debbano essere considerati come transfert dell'analista e che sono normali e onnipresenti, gli affetti di controtransfert trovano una loro *raison d'être* teorica nella massima universalmente accettata che il vero *insight* si ottiene, nell'analisi del transfert, solo se è accompagnato dal rilascio appropriato degli affetti. Il fatto che il gruppo analitico, nonostante le sue decantate analisi personali didattiche come mezzo per rimuovere i "punti ciechi", debba ancora difendersi strenuamente dall'applicare al proprio operato le stesse interpretazioni dinamiche che applica sistematicamente ai propri pazienti, è una testimonianza ulteriore dell'interminabilità del processo analitico e della potenza delle forze rimuoventi dell'io.

II. Materiale clinico

Ho selezionato per la discussione elementi di controtransfert provenienti dalle analisi di quattro miei pazienti, così come sono riuscita a percepirla. In tre casi, gli affetti di controtransfert di una certa intensità hanno avuto un ruolo in alcuni momenti. Due casi sono state analisi con un discreto successo, forse un caso avrebbe potuto avere un esito migliore. Sono convinta che il mio timore di un coinvolgimento nel controtransfert abbia limitato i risultati. Un caso di relativo insuccesso è stato caratterizzato da un modesto affetto di controtransfert, dall'incapacità di chiarire nella mia mente il mio coinvolgimento nel controtransfert, sempre che vi fosse, e da una comunicazione emotiva poco profonda tra me e il paziente. Vorrei sottolineare che, in generale, sono convinta che un osservatore esterno non avrebbe rilevato nulla al di fuori dall'ordinario in nessuna di queste analisi.

Ho scelto del materiale che, a mio avviso, dimostrasse in maniera piuttosto semplice alcuni dei punti in discussione nella Parte I. Ho scelto inoltre materiale che mi facesse sentire ragionevolmente a mio agio nel presentarlo. Nessuno di questi casi fu in realtà un doloroso fallimento. Ho anche selezionato del materiale da analisi lunghe condotte in modo piuttosto "classico", per ragioni che dovrebbero essere ovvie. Tutti i pazienti sembravano analizzabili e richiedere un'analisi approfondita. Non penso che le esperienze avute con questi pazienti siano state particolarmente insolite rispetto a molti altri

miei casi o ad altri casi portati da analisti che ho avuto in supervisione, ad eccezione di un controtransfert alquanto singolare e al di sopra o al di sotto della media.

Inizierò con un esempio di una reazione specifica di controtransfert con *acting out*. Molti anni fa una paziente, inviata dopo una reazione quasi psicotica a un'“analisi” con una persona non preparata (*untrained*), era assolutamente furiosa per l'invio, a causa della frustrazione delle sue richieste da parte del precedente terapeuta. Settimana dopo settimana, mese dopo mese, mi bersagliò d'ingiurie, nonostante avessi la più grande pazienza nei suoi confronti. Sopportai da parte sua una tale quantità di affronti come non avevo mai subito da nessun altro paziente. Ero irritata dalle ingiurie, ma, al contempo, la paziente mi piaceva molto ed ero sinceramente interessata ad aiutarla, alquanto sorpresa della mia capacità di controllare la mia irritazione nei suoi confronti. Infine compresi che quello che era per lo più un atteggiamento terapeutico desiderabile, presentava una certa complicazione di controtransfert. Il seguente episodio portò alla mia attenzione questo problema.

In una magnifica giornata di primavera uscii dal mio studio, venti minuti prima dell'appuntamento con questa paziente, lasciando la mia agenda sulla scrivania. Consumai un pranzo delizioso, da sola, apprezzandolo più del solito, e rientrai passeggiando verso lo studio, in tempo per l'appuntamento seguente e per essere informata che la mia paziente era stata là e se n'era andata furibonda. Era ovvio che avevo dimenticato il suo

appuntamento, inconsciamente e intenzionalmente, e di colpo mi resi conto che ne avevo abbastanza dei suoi insulti (*abuse*), al punto da non poterne più. A quel punto, iniziai a provare collera verso di lei, e tra quella volta e la volta successiva in cui venne, provai un vero e proprio furore. Parte di questa rabbia era legata al senso di colpa (*guilt*), e parte a una certa angoscia legata al modo con cui avrei affrontato la prossima seduta, prevedendo che gli insulti (*abuse*) avrebbero superato qualsiasi previsione e che, ora me ne rendevo conto, non sarei stata in grado di tollerarli. Fantasticai (naturalmente era una speranza) che la mia paziente avrebbe messo fine al suo trattamento. All'appuntamento seguente, mi lanciò un'occhiata feroce e disse, in modo accusatorio: «Dov'era ieri?». Mi limitai a rispondere: «Mi dispiace, mi sono dimenticata». Cominciò ad attaccarmi, dicendo che sapeva dov'ero stata poco prima, continuando con le sue consuete invettive. Non feci alcun commento, sentendo che la cosa migliore era non dire nulla. Continuò per cinque o dieci minuti e improvvisamente si fermò. C'era un silenzio di tomba, e tutt'a un tratto iniziò a ridere, dicendo: «Bene, lei sa, dottoressa Tower, che in verità non posso biasimarla». Fu la prima breccia nella sua ostinata resistenza. In seguito a questo episodio, la paziente fu molto più collaborativa, e dopo uno o due brevi ricadute nelle ingiurie, probabilmente per mettermi alla prova, la difesa sparì del tutto e in breve entrò in analisi a livelli di transfert profondi. A prima vista, sembra un episodio così irrilevante da non meritare di

essere menzionato. Si potrebbe dire che ero irritata con la paziente e che avevo mancato all'appuntamento a causa delle sue aggressioni, cosa ovviamente vera. Ma il vero problema di controtransfert non era quello. A dire il vero, il mio *acting out* era basato sulla realtà (*reality-based*) e portò alla risoluzione del problema di controtransfert, ossia al fatto che ero stata troppo a lungo paziente con lei. Ho potuto rintracciare questa tendenza in me stessa in modo dettagliato da certe influenze che ho subito nella mia infanzia. Durante il mio sviluppo questa tendenza mi ha causato difficoltà di tanto in tanto. Ne ero in parte consapevole ma non era sufficientemente risolta nella mia personalità. Questa prolungata resistenza abusante non sarebbe potuta durare così a lungo se fossi stata più libera di essere più aggressiva di fronte a lei. Il modo in cui ho rimosso (*repressed*) la mia aggressività (*aggression*) e ho permesso che si accumulasse fino al punto da essere costretta a fare un atto (*to act it*), non era una procedura terapeutica del tutto desiderabile. Pertanto, un atteggiamento terapeutico buono in teoria, cioè quello di un'infinita pazienza e di uno sforzo per comprendere un paziente molto disturbato, in tale situazione era in realtà una struttura controtrasferale negativa, quasi una nevrosi di controtransfert di breve durata, che senza dubbio ha fatto perdere molto tempo alla paziente, e che, se non fosse stato per la mia improvvisa risoluzione attraverso un *acting out*, avrebbe potuto protrarsi per un tempo considerevolmente più lungo. Negli anni seguenti ho pensato moltissimo a questo

piccolo episodio, e finalmente sono riuscita a comprendere meglio il suo vero significato.

Tuttavia, solo recentemente mi sono chiesta se questa reazione di controtransfert, che ha avuto implicazioni chiaramente negative a certi livelli in questo trattamento, possa forse aver avuto implicazioni altrettanto positive ad altri livelli. Questa mia particolare disposizione potrebbe alla fine aver facilitato la capacità della paziente di affrontare in modo completo ed efficace il suo problema più difeso – l'aspetto omoerotico passivo del transfert – poiché era stata una reazione di tipo paranoico acuto a portarla in trattamento con me.

Nel materiale seguente tenterò di tracciare gli sviluppi di controtransfert in due analisi che si prestano a svariati confronti.

Questo materiale è tratto dai casi di due uomini, entrambi uomini d'affari di successo dal *background* abbastanza simile, quasi della mia età, che mi stimavano come persona, stima che io ricambiavo. Entrambi erano intelligenti, sposati e avevano bambini; entrambi fecero analisi lunghe. Un'analisi ha avuto successo grazie al lavoro sui livelli più profondi del transfert, di una fortissima nevrosi di transfert, che portò a un grande miglioramento dei sintomi, a una maggiore maturità e accrescimento del successo. Nella seconda, non vi fu una vera e propria elaborazione della nevrosi di transfert, l'analisi non mi soddisfaceva e mi sentivo incerta rispetto al futuro del paziente. Vi è stato un miglioramento dei sintomi, e il paziente non era troppo insoddisfatto, ma

alla fine gli consigliai un'analisi con qualcun altro, cosa che fece dopo una notevole resistenza.

All'inizio ero più favorevolmente disposta verso il secondo paziente, che sembrava molto motivato al trattamento, più adatto, con uno sviluppo psicosessuale apparentemente normale. Il primo paziente, che ha avuto più successo, era inizialmente ambivalente, ostile in modo derisorio e mi fece dubitare da subito sull'opportunità di prenderlo in trattamento.

Per entrambi il matrimonio dei genitori era solido, i due padri erano piuttosto passivi ma ragionevolmente realizzati. Entrambe le madri sembravano compulsive, ed entrambi i pazienti sembravano aver sofferto di gravi carenze dello sviluppo in relazione alla madre; il primo paziente, quello con esito più favorevole, forse meno dell'altro. Il corso e il contenuto della sua analisi suggerivano principalmente una regressione dal conflitto edipico, mentre questa, come caratteristica dominante, non era dimostrabile in nessun modo nel secondo caso.

Entrambi i pazienti presentavano gravi problemi d'inibizione dell'assertività maschile (*masculine assertiveness*) con formazioni reattive omosessuali passive. Entrambi avevano dei profondi problemi inconsci di natura orale sadica e omicida nei confronti di una sorella; avevano sviluppato una sintomatologia nevrotica abbastanza seria nella tarda adolescenza ed avevano delle caratteristiche schizoidi. Entrambi avevano reagito ai problemi dell'omosessualità attraverso un matrimonio precoce con donne aggressive, narcisiste, che li controllavano.

Entrambe le mogli erano attraenti, compulsive, disturbate e così massicciamente difese che nessuna delle due voleva consentire al trattamento nonostante il matrimonio fosse in crisi. I mariti erano devoti e lottavano per far durare il matrimonio. Le mogli non sopportavano il trattamento dei mariti e tentavano di sabotarlo. Ebbi occasione di fare la loro conoscenza, nonostante non ci tenessi. Non ho provato sentimenti negativi problematici nei loro confronti, malgrado i loro sforzi pieni d'angoscia nel minare il trattamento dei mariti.

Con entrambi gli uomini, ero molto consapevole di quale ruolo avessero nei problemi con le mogli, vale a dire che erano troppo remissivi, troppo ostili, in un certo senso troppo devoti; le mogli erano frustrate per la mancanza di una sufficiente, disinibita assertività maschile dei mariti. In entrambi i casi, tutto ciò fu abbondantemente interpretato ed elaborato, ma senza grandi cambiamenti della situazione.

Ovviamente, questo era un problema che non poteva essere risolto in modo soddisfacente senza un'analisi approfondita delle sue origini profonde riguardo al conflitto che ciascuno dei due aveva con la sorella, e dietro a questo, della rabbia omicida verso la madre come regressione orale sadica dal conflitto edipico. In entrambi i casi ho attraversato fasi di protettività (controtransfert?); con il primo uomo rispetto al suo matrimonio e a sua moglie, con il secondo nei suoi stessi confronti. Entrambi i pazienti mi mettevano alla prova, nel materiale di transfert, suggerendomi che stavo diventando

troppo protettiva, e quando ne fui consapevole credo di essere stata ragionevolmente in grado di correggere questo aspetto.

Nel primo caso, l'atteggiamento protettivo era diretto ad evitare un disturbo secondario nella moglie. Una volta era stata ritenuta psicotica da uno psichiatra, e desideravo, realisticamente, non provocare in lei una crisi (*blowup*), con tutti gli effetti devastanti sulla famiglia che un episodio simile poteva arrecare. Nel secondo caso l'atteggiamento protettivo era diretto al paziente stesso, su basi simili. Anche questo paziente era stato una volta ritenuto psicotico. Era stato sottoposto a esame con il Rorschach, che in sintesi mostrava la presenza di un quadro nevrotico grave; era stato indicato un trattamento psicanalitico anche se c'era da aspettarsi che sarebbe stato molto difficile. Era un protocollo⁴⁷ molto ricco, senza materiale schizofrenico. Sebbene l'energia e la motivazione (*drive*) apparissero estremamente elevate, l'organizzazione di personalità era tale da portare all'aspettativa di un traboccare degli affetti nel mondo esterno. L'immaginazione era limitata e vi erano ridotte vie di fuga nella vita interiore.

La sintomatologia che aveva portato questi due pazienti in trattamento era simile: un'angoscia diffusa con una certa depressione, una forte consapevolezza di una massiccia inibizione, e un certo grado di confusione

⁴⁷ Il record del test di Rorschach è denominato in italiano "protocollo" [N.d.T.].

in particolare riguardo ai ruoli sessuali. Entrambi i casi, quindi, sarebbero classificati nevrosi d'angoscia. Lo sviluppo psicosessuale più normale del secondo caso e il mio sentimento iniziale più favorevole nei suoi confronti, suggerirebbero teoricamente che, se la mia organizzazione libidica si avvicinasse a quella cosiddetta "normale" e se sviluppassi delle deviazioni di controtransfert, queste sarebbero più probabili nei confronti del secondo paziente, piuttosto che del primo, che quando giunse in trattamento presentava dei problemi psicosessuali non molto attraenti. In realtà, si verificò esattamente il caso contrario.

Entrambi i pazienti presentavano irritanti difficoltà di comunicazione: borbottio, linguaggio zoppicante, ossessione dei dettagli, ripetitività, minuziosità. Vi erano momenti nelle due analisi in cui ero piuttosto irritata per questo problema di comunicazione. Solo tardivamente nel trattamento di entrambi, con il rivelarsi della nevrosi infantile, cominciai a percepire delle differenze in quelle che apparivano difficoltà di linguaggio abbastanza simili. Il problema di comunicazione nel primo caso era una resistenza altamente strutturata con lo scopo nascosto di indebolire il mio potere di analista e di vendicarsi di me per le attenzioni che prestavo a tutti gli altri fratelli e a tutti i maschi. In questo caso, i blocchi del linguaggio nascondevano impulsi sarcastici, beffardi, distruttivi e orientati agli oggetti, e scomparvero con l'elaborazione del grave problema sadico orale nel transfert. I problemi di comunicazione del secondo paziente sembravano

essere un'estensione del carattere anaclitico nascosto del suo io, dipendevano essenzialmente dall'attaccamento (*clinging*) ed erano finalizzati ad acquisire un oggetto piuttosto che a distruggerne uno frustrante, e non sono mai stati alleviati in modo sostanziale. Nonostante il mio lungo e coscienzioso sforzo per aiutare quest'uomo, non credo di aver avuto successo in modo commisurato al tempo e all'energia che entrambi abbiamo dedicato al tentativo.

È risaputo che i casi classificati come nevrosi di transfert, come sembra essere quello del nostro primo paziente, sono molto più accessibili ai procedimenti analitici rispetto alle nevrosi narcisistiche, come sembra indicare la diagnosi del nostro secondo paziente. Perché si dovrebbe considerare il controtransfert come un fattore determinante per il successo finale di questi trattamenti? Per quanto sia indubbiamente vero, è al tempo stesso troppo semplice. In effetti, c'è voluto molto tempo prima che riuscissi a distinguere nettamente questi due casi, come ho appena fatto, e anche questo, per così dire, a posteriori. Per molto tempo il primo paziente è sembrato essere il più narcisistico. Alcuni comportamenti devianti di quest'uomo e i suoi problemi psicosessuali molto più gravi lo evidenziavano. Non sto cercando di dimostrare che i fenomeni nevrotici di controtransfert siano gli unici, o anche i principali, fattori coinvolti nel progresso terapeutico. Il mio scopo è quello di tentare di dimostrare la loro esistenza in modo molto più pervasivo e forse significativo di quanto generalmente si

ammette; di offrire alcune prove che essi possano essere di cruciale importanza in determinate circostanze e di dare un piccolo contributo alla ricerca delle loro origini, del loro sviluppo e della loro risoluzione nel corso di un trattamento analitico.

Giungo così ai punti di svolta cruciali nelle analisi di questi due uomini. Finora ho discusso le situazioni emotive e pratiche con cui mi sono confrontata e il materiale di riferimento che sembra relativo a un contesto in cui potrei o meno sviluppare una reazione di controtransfert relativamente organizzata. Entrambi gli uomini si sono presentati con un problema specifico, potenzialmente in grado di suscitare certe reazioni di controtransfert in un carattere ragionevolmente normale in qualsiasi analista donna che potesse essere un po' con la guardia abbassata. Mi riferisco al fatto che questi due uomini piuttosto gradevoli erano attaccati e dipendenti dalle mogli che, per difesa, provavano risentimento e si sforzavano di ostacolare l'analisi; erano possessive nei confronti dei mariti, li svalutavano con modi raffinati. Entrambi gli uomini erano molto aggressivi verso le mogli, di cui avevano timore, e mostravano varie forme di comportamento ipercompensatorio al riguardo. Entrambi erano quindi destinati, prima o poi, a manovrare per mettere l'analista contro le mogli, e tentare, infine, di sfruttare l'analisi all'interno di un transfert eterosessuale, in funzione di qualsiasi gratificazione fossero riusciti a ottenere dall'analista con la seduzione. Entrambi erano inevitabilmente destinati, ovviamente, a riuscire o a fallire nella misura

in cui aspetti profondi del conflitto edipico si fossero risolti nella personalità della stessa analista. Di tutto ciò ero teoricamente consapevole, chiaramente, fin dai primi momenti del trattamento, ed ero costantemente vigile nell'osservare le mie reazioni, in modo particolare verso la fiumana di lamentele nei confronti delle mogli. Stavo ugualmente in guardia per non lasciarmi andare all'irritazione nei confronti delle rispettive mogli per il loro comportamento sobillatore nei confronti del trattamento dei mariti.

Nel primo caso il punto di svolta si sviluppò nel modo seguente: verso la fine del secondo anno di analisi, nonostante la profonda consapevolezza intellettuale delle sue difficoltà, quando non sembrava esserci alcun miglioramento nella situazione coniugale, nella comunicazione bloccata o nella difesa da dipendenza, la moglie del paziente contrasse una grave malattia psicosomatica. All'epoca presi attentamente nota di questo fatto, ipotizzando che questa malattia potesse legare la sua angoscia che sembrava così prepsicotica. Mi chiesi se questo non potesse rappresentare per lei una via d'uscita in quanto ora poteva abbandonare il suo comportamento di controllo e di attacco e appoggiarsi di più al marito, senza troppa angoscia dell'io. Pensavo che la relazione coniugale ne avrebbe tratto vantaggio. Ciò di cui avevo preso nota consciamente, tuttavia, rimaneva separato da ciò che stava già sviluppandosi nel mio inconscio come il nucleo di una piccola reazione di controtransfert nei confronti della situazione complessiva. Credo che la nevrosi

di transfert che si stava sviluppando in quest'uomo mi spingesse lentamente e inesorabilmente nella direzione di diventare per lui, in qualche misura, la figura materna eccessivamente apprensiva (*overconcerned*)⁴⁸ e iperidentificata (*overidentified*) (che lui riteneva non potesse essere la moglie) che, indipendentemente dai meriti della situazione, avrebbe considerato le cose molto più nei termini di come le valutava lui, e si sarebbe identificata con la sua ostilità piuttosto che essere un osservatore completamente imparziale. Ritengo che, nonostante la mia cautela, fossi stata impercettibilmente influenzata dalle sue pressioni di transfert a considerare la moglie un problema più grande di quanto sembrava all'inizio. In realtà, non riesco a rendermi conto che lei stava invece lentamente diventando un problema minore, poiché, nonostante la sua cronica ed esasperata resistenza, il paziente *stava trattando* la sua situazione coniugale con maggiore fermezza e leggerezza. Che mi fosse stato nascosto dal paziente o che io, per ragioni inconsce, fossi cieca al riguardo, è irrilevante. Molto probabilmente entrambe le cose erano vere. A quel punto forti pulsioni libidiche inconsce, sottoposte a frustrazione a causa della nevrosi di transfert, interferirono con le soddisfazioni dell'io derivate da un miglioramento del funzionamento al di fuori del trattamento. Le pulsioni miravano a sfruttare al massimo il possesso della persona

⁴⁸Tower non usa "overprotective", ma "overconcerned", che è più legato alla preoccupazione, all'essere "iperpreoccupata" [N.d.T.].

sinceramente interessata e percepita come materna, sia per soddisfare quei bisogni di transfert sia perché mi impegnassi a offrire qualsiasi potenziale inconscio avessi a disposizione per soddisfarli.

La madre di quest'uomo lo aveva, in realtà, abbandonato emotivamente due volte nella sua vita in momenti molto cruciali. C'era una distanza tra madre e figlio che non sono mai riuscita a comprendere appieno, ma che mi ha indotto a chiedermi se non si trattasse di una madre completamente distaccata. Alcune delle fasi successive dell'analisi della sua nevrosi di transfert lo confermarono e rivelarono perché era forse di cruciale importanza per questo particolare paziente riuscire letteralmente a sedurmi, in una certa misura, in un controtransfert deviato verso il lato delle sue difese ostili e dipendenti nei confronti della moglie, prima di potermi affidare i suoi bisogni nevrotici di transfert più profondi nei miei confronti. Questi, credo, sono alcuni dei fattori che hanno portato alle mie speculazioni intellettuali sul significato della malattia psicosomatica della moglie, quando mi sono distaccata dalla cecità da controtransfert nei suoi riguardi che si stava lentamente sviluppando.

Si arrivò al culmine circa un anno dopo. Ero inquieta e frustrata dal carattere monotono, masochista e depressivo della resistenza di questo paziente. Improvvisamente feci un sogno che mi sorprese a tal punto da cancellare tutti i ricordi che riconducevano ad esso. Il sogno consisteva semplicemente nel fatto di essere andata in visita a casa del paziente. Vi era solo la moglie, sembrava felice di

vedermi ed era molto ospitale e gentile. Il tono generale della visita era molto simile a quello di una chiacchierata pomeridiana tra mogli amiche, i cui mariti erano, forse, amici o colleghi. Il sogno mi lasciò un vago turbamento.

Nel momento in cui iniziai a pensarci, mi sono resa conto che sapevo già da tempo, ma non avevo prestato attenzione al fatto che la moglie non interferiva più nel trattamento del marito. Ciò era dovuto al suo miglior adattamento, alla crescente convinzione che io non rappresentassi una vera minaccia per lei e alla diminuzione della sua invidia nei confronti del rapporto tra me e suo marito. A quel punto mi sono anche ricordata che quasi un anno prima avevo ipotizzato il significato della malattia psicosomatica della moglie e poi l'avevo quasi completamente dimenticato. In altre parole, mi sono accorta che avevo inconsciamente sviluppato un atteggiamento piuttosto rigido, temendo eccessivamente il suo potenziale psicotico e ignorando i suoi miglioramenti. Il sogno mi ha fatto capire che ero stata negligente nell'identificarmi con lei nella situazione coniugale; che in realtà lei desiderava davvero che entrassi in casa sua e che avrebbe apprezzato che fossi stata più comprensiva verso di lei. Il sogno mi ha rivelato che la moglie era molto più positivamente orientata verso di me di quanto avessi creduto nell'ultimo anno, e che era giunto il momento di osservare la situazione coniugale dal suo punto di vista.

Dopo aver riflettuto attentamente su tutto ciò e essermi sentita abbastanza sicura delle mie ragioni, entrai in azione. Per prima cosa, ripresi l'analisi dell'ingegnoso

acting out nei confronti della moglie all'interno della situazione coniugale, un aspetto che era stato trascurato per un certo tempo. Discussi in modo molto diretto l'attacco contro la moglie attraverso il meccanismo del suo masochismo e della sua ostilità nella dipendenza, che entrambi ora comprendevamo molto meglio rispetto alla precedente analisi di questi problemi. Successivamente, ho discusso nuovamente e in modo più approfondito i suoi tentativi di mettere me e sua moglie l'una contro l'altra, e di come avesse esagerato e prolungato la difficile situazione coniugale al fine di ottenere gratificazione dal transfert. È ovvio, naturalmente, che nel mio inconscio un qualche conflitto edipico riemerso sotto forma di una competizione sovradeterminata e di paura di un'altra donna in una situazione triangolare fosse alla base della mia reazione di controtransfert.

A seguito di questa riparazione attiva dei buchi nell'analisi, per così dire, il paziente ha assunto rapidamente il controllo dell'analisi in modo molto assertivo. Da un approccio lamentoso con poca energia durato quasi tre anni, iniziò a muoversi con la massima determinazione. Cominciò a sottopormi a intense pressioni emotive; lui stesso ricondusse l'analisi a una revisione completa del suo intero sviluppo, con nuovi *insight* su esperienze di vita cruciali e con un'attenzione minuziosa alla ricostruzione della situazione infantile. Ci furono nuovi recuperi di ricordi precoci, in particolare di materiale relativo alla scena primaria e a una peculiare distanza inespressa tra i genitori.

Dopo un'approfondita rielaborazione del materiale edipico – senza tuttavia rivivere in misura sufficiente l'angoscia di castrazione così da farmi sentire sicura della mia perlaborazione (*working through*)⁴⁹ – il paziente si volse al materiale orale più profondo. Quest'ultimo era stato spostato dalla sorella nata quando lui aveva circa due anni alla sorella nata durante il culmine del periodo edipico. Con l'emergere di questo materiale è apparso il primo affetto intenso e non difeso dell'intera analisi. Ci fu un lungo periodo caratterizzato da profondi sentimenti depressivi e rabbia manifesta, sentimenti che circostanziati in gran parte al tempo dell'analisi. Con questo sfogo dell'affetto, il blocco comunicativo del paziente scomparve in modo permanente. I sogni e il materiale di fantasia in questa fase comprendevano quasi ogni forma di attacco sadico o di turpitudine concepibili. Si trattava, ovviamente, di sadismo fallico espresso in linguaggio orale. Durante questo periodo il rapporto tra noi era

⁴⁹ Adottiamo questo neologismo – ormai entrato anche nell'uso italiano –, coniato da Laplanche e Pontalis nell'*Enciclopedia della psicoanalisi* per tradurre il freudiano *Durcharbeitung* o *Durcharbeiten* (elaborare a fondo), di cui *working through* è il corrispettivo: «Processo con cui l'analizzato assimila un'interpretazione superando le resistenze da essa suscitate. Si tratterebbe di una specie di lavoro psichico che consente al soggetto di accettare alcuni elementi rimossi sottraendosi all'influenza dei meccanismi ripetitivi. [La perlaborazione] è in azione soprattutto in certe fasi in cui il trattamento sembra ristagnare e in cui una resistenza, sebbene interpretata, continua a sussistere» [N.d.T.].

molto teso. La quantità di affetto del paziente avrebbe costituita da sola un grave fardello per chiunque avesse tentato di averci a che fare. Per giunta, mi sottoponeva a un esame meticoloso, persistente e scomodo, come se mi stesse sezionando minuziosamente – cellula per cellula. Ogni mio movimento, ogni mia parola erano scrutati così attentamente che mi sembrava letteralmente che se avessi fatto anche solo un minimo passo falso, tutto sarebbe andato perduto. La minaccia, tuttavia, non era rivolta a me. L'affetto che si creava in me era piuttosto di quest'ordine: se avessi fallito nell'affrontare questa prova, egli sarebbe caduto a pezzi e non si sarebbe più fidato di un altro essere umano. In molte occasioni facevo sogni che anticipavano direttamente il materiale imminente, come se dal mio inconscio arrivasse un preavviso di ciò che stava per accadere⁵⁰, fortificandomi nell'affrontare la massiccia quantità di affetto che mi provocava quando mi colpiva.

Durante questo periodo, ogni seduta era estenuante e spesso i sentimenti che provavo continuavano anche dopo. In diverse occasioni, cominciai a preoccuparmi della durata di questo *carry over*⁵¹. La mia tendenza a diventare morbosa al riguardo fu dissipata in modo piuttosto improvviso e divertente. Un pomeriggio dovevo partire per una vacanza, dopo aver visto il paziente in mattinata. Ciò, di per sé, aveva accentuato sia i

⁵⁰ Per lo più una reazione masochista mascherata dal sadismo.

⁵¹ Cfr. *supra*, la nota 8. [N.d.T.]

sentimenti sadici che quelli depressivi con cui mi aveva sovraccaricato. Partii sentendomi a terra e sul punto di arrabbiarmi per tutta la faccenda. La depressione e l'irritazione che provavo durarono diverse ore e poi scomparvero improvvisamente. Non accadde nulla di esterno che le dissipasse, né feci alcun sforzo consapevole in tal senso. Dubito di aver pensato a questo paziente, se non in modo del tutto casuale, durante l'intera vacanza. Il fatto che ciò potesse accadere in modo così spontaneo mi portò alla rassicurante conclusione che i sentimenti che mi turbavano non significavano di per sé che fossi coinvolta in un problema di controtransfert quantitativamente eccessivo che potesse avere implicazioni sfavorevoli sia per lui che per me stessa. Mi sembrò solamente che ciò che era accaduto era che il mio inconscio fosse finalmente riuscito in qualche modo a sintonizzarsi sufficientemente con il suo inconscio; che ero in grado di tollerare l'affetto connesso ai suoi sentimenti di totale disperazione, grazie ad affetti e atteggiamenti in me stessa sui quali non avevo alcun controllo cosciente, ma che *erano* appropriati ai suoi bisogni, al fine di risolvere questo problema.

Riflettendoci sopra, per capire cosa fosse successo dentro di me in risposta a questo paziente, credo che si tratti di una combinazione di due fattori. Da un lato, si è sviluppato in me, in modo transitorio, un masochismo sufficiente ad assorbire il sadismo che lui stava ora scaricando e che lo aveva terrorizzato per tutta la vita. L'altro fattore della mia risposta affettiva fu, credo,

unirmi con lui e sostenerlo, attraverso l'identificazione, in una vera e propria reazione di cordoglio inconscia (*in a true unconscious grief reaction*)⁵². Credo che fosse simile alla "tristezza" dell'affetto del terapeuta, di cui hanno scritto Adelaide Johnson [15] e Michael Balint [3]. Potendo scaricare il suo sadismo, libero dalla paura di perdere il controllo e da qualsiasi timore di ritorsione, credo che l'io di quest'uomo sia stato finalmente e definitivamente liberato dal vincolo di questo sadismo nel suo super-io. L'affetto depressivo si era completamente liberato dall'auto-deprecazione e dal senso di colpa (*guilt*) e aveva assunto la peculiarità di un vero e proprio lutto per un oggetto d'amore perduto.

In seguito a *ciò*, il paziente è ritornato alla situazione edipica, e con intenso affetto. La rivalità rimossa con il padre è emersa nel transfert in modo abbastanza normale, con fantasie sugli uomini nella vita dell'analista, rivalità con sostituti paterni e paura reale derivata dagli impulsi competitivi verso questi uomini, mentre verso l'analista emergevano impulsi erotici di transfert. Con questa elaborazione finale del materiale edipico, il paziente è giunto alla conclusione. Il miglioramento e i cambiamenti di personalità in questo paziente sono ormai stabili da tempo, e ho l'impressione che le difficoltà della moglie siano in gran parte solo intrinseche e non siano causate dal marito.

⁵² Si potrebbe tradurre anche con reazione di lutto, perché si riferisce al lutto di cui si parla subito dopo [N.d.T.].

È interessante notare che solo con lo sviluppo e la risoluzione della mia reazione di controtransfert alla situazione coniugale e il superamento della resistenza del paziente alla comunicazione, con il riversarsi di affetti a lungo accumulati, ho cominciato a provare una fortissima simpatia per quest'uomo come persona. Non intendo dire che prima mi fosse antipatico. Proprio qui, credo, risiede la prova che in questo caso la reazione di controtransfert ha avuto un effetto benefico. Sono propensa a pensare che solo dopo che l'inconscio di quest'uomo ha percepito di avermi effettivamente forzata a una reazione di controtransfert, egli ha acquisito sufficiente fiducia sui suoi poteri di influenzarmi e sulla mia disponibilità, almeno in piccola parte, a farmi influenzare o soggiogare da lui. Solo allora poté finalmente permettermi di penetrare la sua difesa masochistica e darmi accesso al profondo sadismo inconscio a lungo confinato nel suo super-io, poiché ora era diventato sia possibile che necessario rivolgere quel sadismo contro di me. Questo massiccio sadismo, derivante presumibilmente da una depressione infantile, era stato risperimentato nella situazione edipica, causando forti mescolanze regressive di sadismo orale nel sadismo fallico del conflitto edipico. Non credo che senza l'esperienza, percepita dal suo inconscio, di essere stato effettivamente capace, in una certa misura, di piegarmi (*to bend*) affettivamente ai suoi bisogni, quest'uomo sarebbe riuscito ad addentrarsi nelle origini più profonde della sua nevrosi. Il fatto di essere riuscito a piegarmi (*to bend me*) alla sua volontà

ha contemporaneamente riparato la ferita nel suo io maschile ed eliminato la sua paura *infantile* del mio sadismo nel transfert materno. Sembrerebbe che egli abbia finalmente raggiunto una fiducia interiore nel fatto che i suoi controlli fossero *effettivamente* adeguati e che io mi fidassi *effettivamente* di essi⁵³.

È interessante notare che anche il suo inconscio percepiva che i miei sentimenti nei suoi confronti erano cambiati. Durante questo periodo, fece una serie di commenti sul mio affetto per lui, che non avevano alcun riferimento all'amore sessuale. Erano semplici constatazioni di fatto. Non credo che abbia mai riflettuto consciamente sul fatto che fossi cambiata. Non ha mai chiesto alcuna conferma, né ha mai indicato di non essere stato apprezzato in precedenza; si trattava di semplici e casuali affermazioni di una percezione di qualcosa che, dal suo punto di vista, era senza tempo, incontrovertibile e inequivocabile. Il suo inconscio *aveva* percepito correttamente qualcosa che si era effettivamente sviluppato in me. In effetti, ritengo possibile che qualsiasi elaborazione finale di successo di un'analisi completa e approfondita comporti uno sviluppo di questo tipo. È risaputo che esistono molte analisi più o meno riuscite, che tuttavia sono in realtà analisi parziali. Molte, chiaramente, non dovrebbero mai essere altro che parziali. Dubito che

⁵³ Spero sia del tutto evidente che nessuna delle mie reazioni affettive *sia mai stata espressa* in modo manifesto all'interno del trattamento.

esista un'elaborazione completa di una profonda nevrosi di transfert, in senso stretto, che non comporti una certa forma di sconvolgimento emotivo che coinvolge *ambidue*: sia il paziente che l'analista. In altre parole, vi è sia una nevrosi di transfert che una corrispondente "nevrosi" di controtransfert (per quanto piccola e temporanea), entrambe analizzate nella situazione del trattamento, con sentimenti finali relativi a un orientamento sostanzialmente nuovo da parte di entrambe le persone l'una verso l'altra.

Non so se l'episodio cruciale che mi sembrò un punto di svolta nel secondo caso sia dovuto a una mia improvvisa percezione della realtà, ovvero che quest'uomo non era da me analizzabile, e che la reale difficoltà di controtransfert fosse la mia illusione di poterlo curare. La resistenza descritta in precedenza era diventata cronica. Lentamente, vi *furono* dei miglioramenti (*gains*) che, in tutta onestà, dovrei considerare in gran parte psicoterapeutici. Lentamente, ho iniziato a percepire una sottile sfumatura subdola (*smeary*) nel suo atteggiamento nei confronti della moglie e anche nei miei confronti durante l'analisi. Tuttavia, era così oscuramente nascosta dietro il materiale manifesto sadico orale e di dipendenza orale che in qualche modo non sono mai riuscita a portarla alla luce per poterla trattare. Anche adesso mi domando se non fosse in realtà riconducibile in qualche modo all'indeterminatezza dei confini dell'io di quest'uomo. Mi sono ritrovata a identificarmi sempre più con sua moglie e a provare simpatia per lei, soprattutto a causa

della mia percezione di questo atteggiamento vagamente subdolo (*smeary*) nei suoi confronti. Mi sono anche resa conto, passo dopo passo, dei cambiamenti nell'atteggiamento di lei, di come la sua interferenza fosse gradualmente diminuita, di come avesse iniziato a collaborare con lui riguardo alla sua analisi e infine si fosse rivolta a me disperata perché non c'erano stati cambiamenti significativi in meglio nell'atteggiamento di lui nei suoi confronti. Questo paziente ha espresso forti rivendicazioni di dipendenza e bisogno erotico nei miei confronti, nel modo in cui solitamente si manifesta questo materiale. Col senno di poi, direi che il motivo per cui non mi ha commosso (*moved*)⁵⁴ è che non era strutturato e quindi non accessibile all'interpretazione (*interpretively intangible*), e che nel profondo quest'uomo non aveva una forza di mobilitazione capace di piegarmi (*bending*) alla sua volontà, come aveva fatto il primo paziente. Credo che con la sua organizzazione dell'io profondamente anaclitica, al massimo avrebbe avuto la capacità di sedurmi piegandosi alla mia volontà. Di conseguenza, devo avere sempre ritenuto che queste rivendicazioni fossero sovracompensatorie, irrefrenabili, e non veramente di transfert.

Il punto di svolta in questo caso si verificò quando egli manifestò improvvisamente e in modo imprevedibile uno stato depressivo e schizoide. Non avevo alcun

⁵⁴ Principalmente nel senso proprio di con-movere, mettere in movimento [N.d.T.].

indizio di ciò che sarebbe accaduto, avevo pochi elementi per comprenderlo e, prima che potessi valutare la situazione, un giorno si presentò all'appuntamento delle cinque, dopo diversi giorni di intensa angoscia e fantasie ossessive di suicidio. Divenne molto agitato, le fantasie suicide lasciarono improvvisamente il posto a un violento scoppio di sentimenti omicidi, tanto che mi allarmai seriamente. Ho percepito che era molto vicino a un crollo dell'io (*ego break*) e che avrebbe potuto benissimo gettarsi dalla finestra o dalla scala antincendio, spinto dalla paura dei suoi pensieri omicidi. Lo studio era deserto, le segretarie erano andate a casa. Gli ho comunicato rapidamente e con calma che ritenevo fosse troppo turbato per discutere dei suoi problemi quella sera, chiedendogli di tornare a casa, assumere un sedativo, cercare di distrarsi e tornare la mattina seguente, quando si sarebbe sentito più calmo. Il paziente esaudì la mia richiesta, in uno stato simile alla *trance*, e se ne andò. Lentamente riuscii a tirarlo fuori da questo stato acuto apparentemente quasi psicotico. Dopo questo episodio non ebbi mai più fiducia nella mia capacità di fare qualcosa con quest'uomo dal punto di vista psicanalitico, né l'ho più rivisto al di fuori delle sedute. Alla fine interruppi il nostro rapporto e presi accordi per il suo trattamento con qualcun altro. Ho ritenuto che forse avrebbe potuto risolvere la situazione con un analista uomo che avrebbe percepito come una persona in grado di controllarlo. Alla fine ci siamo separati in buoni rapporti, anche se piuttosto

superficiali. Tuttavia, nonostante tutti questi lunghi sforzi terapeutici, ritengo che tra noi non ci sia mai stata una comunicazione reciproca (cioè non verbale) davvero profonda dei sentimenti.

Se quest'uomo era inanalizzabile da me – o da una donna – suppongo che la ragione consistesse nel fatto che il difetto nel suo io maschile era riparabile solo attraverso l'identificazione e l'effettiva incorporazione di un io maschile in una situazione di trattamento con un uomo, e forse solo dopo aver sperimentato un intenso transfert omoerotico passivo. A quanto pare non potevo offrirglielo, né ero in grado di mobilitare alcun affetto nel materiale omoerotico che aveva portato. Al contrario, il difetto nell'io maschile del primo uomo sembra che sia stato effettivamente riparato da una piccola vittoria su di me nel transfert. In altre parole, vi era una capacità di controllo nel suo io che io percepivo inconsciamente, e ciò mi permise, senza eccessiva angoscia, di reagire in piccola ma sensibile misura come una donna nei confronti di un uomo, mantenendo la mia relazione con lui nei termini di quella tra medico e paziente. Nel secondo caso sembrava mancare questa capacità di controllo interno, che avrebbero dovuto essere acquisita tramite identificazione e incorporazione prima che lui potesse vivere emotivamente il suo sadismo latente, o indurmi ad avere fiducia in lui come donna⁵⁵.

⁵⁵ A livello cosciente, ho avuto a lungo un'impressione opposta riguardo all'elemento del controllo in questi due pazienti.

Diversi anni fa ho analizzato un giovane che presentava essenzialmente gli stessi problemi e la stessa struttura della personalità del primo dei due casi appena discussi, e la cui analisi ha raggiunto praticamente la stessa profondità con una simile intensità affettiva reciproca. Questo caso non è stato portato a termine con pieno successo, e ritengo che avrebbe dovuto esserlo. Vi erano ulteriori complicazioni di controtransfert, poiché non sono mai riuscita a decidere se si trattasse di uno di quei rari casi in cui l'analista dovrebbe incoraggiare attivamente il divorzio. Col senno di poi, ritengo che due fattori importanti abbiano influito su di me. Primo, il mio disagio nei confronti dell'affetto di transfert-controtransfert mi ha impedito di affrontare pienamente il problema. Secondo, probabilmente ero intimidita dalle pressioni di un analista più anziano e molto aggressivo, che stava trattando la moglie ed era fermamente determinato a far sì che questo matrimonio avesse successo. Ho concluso il caso prematuramente, con tutte le consuete comprensioni e razionalizzazioni reciproche riguardo alle indicazioni per la conclusione. Il fatto che l'inconscio del paziente avesse percepito correttamente ciò che avevo fatto inconsciamente con lui e per quale motivo, è stato dimostrato da un *acting out* piuttosto serio, motivato dalla rabbia che ha manifestato nei miei confronti in seguito, che ho compreso immediatamente ma che purtroppo non è giunta alla mia attenzione se non troppo tardi per poter fare qualcosa. Fortunatamente, il giovane ha successivamente praticato un'analisi con qualcun altro.

III. *Sommario e conclusioni*

Si è tentato di chiarire le attuali concezioni degli psicanalisti riguardo al controtransfert e di fornire materiale clinico a sostegno della tesi secondo cui tali concezioni necessitano di semplificazione e modifica, e che i fenomeni di controtransfert sono intrinsecamente operativi in modo dinamico in tutte le procedure del trattamento. È importante sottolineare che il controtransfert è solo una delle numerose reazioni dell'analista che rivestono un'importanza pari o superiore alla situazione del trattamento. (Empatia, rapporto, intuizione, comprensione intellettuale e le reazioni di adattamento dell'io sono, ovviamente, altri elementi molto significativi).

La situazione del trattamento tra paziente e analista, ai suoi livelli più profondi e non verbali, segue probabilmente il modello della simbiosi madre-bambino descritto con tanta sensibilità da Benedek e comporta scambi libidici attivi tra i due attraverso canali di comunicazione inconsci e non verbali. Pertanto, in linea generale, i pazienti inducono degli affetti nei loro analisti. A questi livelli profondi di scambio, le tendenze dominanti dell'uso costruttivo o distruttivo della situazione del trattamento da parte del paziente derivano probabilmente dalle prime relazioni con la madre.

Nelle analisi di successo il paziente non solo manifesta pienamente i *propri* peggiori impulsi, ma forse, in sovrappiù, realizza uno scopo simile, in forma minore, nei confronti dell'analista, in parte per metterlo alla

prova, in parte per acquisire la piena consapevolezza che l'analista è un essere umano con dei limiti. Allo stesso tempo, nell'intento di rafforzare il proprio io, acquisisce la capacità di trattare in modo costruttivo i difetti dell'analista, di perdonarlo per sue le aggressioni, per il suo *acting out* nel controtransfert, e di stabilire con lui una relazione libidica matura e adeguatamente positiva, nonostante queste imperfezioni.

Il termine controtransfert dovrebbe essere riservato solo per i transfert dell'analista – nella situazione del trattamento – e per nient'altro. In quanto tali, i controtransfert sono una sintesi dell'io inconscio dell'analista e, insieme ai transfert del paziente, sono il prodotto del lavoro inconscio combinato del paziente e dell'analista. Sono molteplici e vari nelle loro origini e manifestazioni, e cambiano di giorno in giorno e da paziente a paziente. Sono fenomeni normali, che affondano le loro radici nella coazione a ripetere. Diventano "anormali", o forse sarebbe meglio descriverli come interferenti, eccessivi, fissi o intrattabili, sulla base dei fattori qualitativi e quantitativi nella loro sintesi, nonché del modo in cui interferiscono nella situazione analitica.

È stato compiuto uno sforzo per esplorare il concetto e le possibili funzioni di una "nevrosi" di controtransfert in quanto tale. C'è evidenza che le formazioni strutturate possono verificarsi con maggiore frequenza di quanto generalmente si supponga e che, in determinate circostanze, possono svolgere funzioni utili. Tale utilità può essere un fenomeno più o meno temporaneo e derivare

dalla fonte e dalle caratteristiche della struttura stessa. D'altra parte, la sua scoperta, analisi e risoluzione da parte dell'analista può essere utile per una sua comprensione emotiva più profonda della nevrosi di transfert.

Ritengo che in tutti i casi in cui si sviluppa qualcosa che va oltre una relazione superficiale tra paziente e terapeuta, e inevitabilmente, in tutti i procedimenti analitici veramente approfonditi, si verifichino molte reazioni di controtransfert e che si sviluppino qualcosa di simile a una nevrosi di controtransfert che, per quanto piccola, può avere un grande significato per il corso del trattamento, nel senso di agente catalizzatore. Per definizione, un catalizzatore è una sostanza normalmente inerte che in un determinato ambiente è in grado di accelerare o decelerare un processo chimico. Non sembra troppo irrealistico pensare che possano verificarsi fenomeni simili a quei livelli profondi di relazione interpersonale che si riscontrano nel processo del trattamento psicanalitico.

Lo studio scientifico dell'inconscio dello psicanalista nella situazione del trattamento dovrebbe migliorare la nostra efficacia terapeutica e contribuire in modo significativo a fornire una solida base scientifica su cui valutare le tecniche di trattamento. Tale studio chiarirebbe anche ciò che nel terapeuta è difesa e *acting out* e ciò che è scientificamente e dimostrabilmente costruttivo.

[Questa prima traduzione italiana integrale dell'articolo di Lucia Tower è a cura di Sandra Puiatti, a cui hanno fatto seguito le revisioni di Moreno Manghi, Luca Salvador, Luca Lupo, in modo da poter assicurare la maggior aderenza possibile al testo originale. La traduzione si deve dunque ritenere collegiale, così come le note a piede pagina non di Lucia Tower, indicate con la sigla "N.d.T."]

Riferimenti bibliografici

1. Alexander, F. *Some quantitative aspects of psychoanalytic technique*, «American Psychoanal. Assn.» 2:692-701 1954.
2. Balint, A. and Balint, M. *On transference and counter-transference*, «Int. J. Psychoanal.» 20:223-230 1939.
3. Balint, M. *Changing therapeutical aims and techniques in psycho-analysis*, «Int. J. Psychoanal.» 31:117-124 1950.
4. Benedek, T. *Adaptation to reality in early infancy*, «Psychoanal. Q.» 7:200-215 1938.
5. Benedek, T. *Countertransference in the training analyst*, *Bull. «Menninger Clin.»* 18 12-16 1954.
6. Berman, L. *Countertransference and attitudes of the analyst in the therapeutic process*, «Psychiatry» 12 159-166 1949.
7. Cohen, M. B. *Countertransference and anxiety*, «Psychiatry» 15 231-243 1952.
8. Fliess, R. *Countertransference and counteridentification*, «American Psychoanal. Assn.» 1:268-284 1953.
9. Freud, S. 1910 *The future prospects of psycho-analytic therapy*, *Collected Papers* 2 285-296 London: Hogarth Press, 1946.
10. Frosch, J. et al. (Eds.) *Annual Survey of Psychoanalysis* 1 237-248 New York: International Universities Press, 1950.
11. Gitelson, M. *The emotional position of the analyst in the psycho-analytic situation*, «Int. J. Psychoanal.» 33:1-10 1952.
12. Glover, E. *Technique of Psycho-Analysis*, New York:

International Universities Press, 1955.

13. Greenson, R. *Panel discussion on "Sublimation"*, «American Psychoanal. Assn.» 3:525-527 1954.

14. Heimann, P. *On counter-transference*, «Int. J. Psychoanal.» 31:81-84 1950.

15. Johnson, A. *Transference and countertransference in late analysis of the Oedipus*, (to be published).

16. Little, M. *Counter-transference and the patient's response to it*, «Int. J. Psychoanal.» 32:32-40 1951.

17. Lorand, S. *Technique of Psychoanalytic Therapy*, New York: International Universities Press, 1946 pp. 209-222.

18. Orr, D. W. *Transference and countertransference: a historical survey*, «American Psychoanal. Assn.» 2:621-670 1954.

19. Payne, S. M. *Notes on developments in the theory and practice of psycho-analytic technique*, «Int. J. Psychoanal.» 27:12-18 1946.

20. Racker, H. *A contribution to the problem of counter-transference*, «Int. J. Psychoanal.» 34:313-324 1953.

21. Reich, A. *On counter-transference*, «Int. J. Psychoanal.» 32:25-31 1951.

22. Rioch, J. *The transference phenomenon in psychoanalytic therapy*, «Psychiatry» 6 147-156 1943.

23. Sharpe, E. F. *The psycho-analyst*, «Int. J. Psychoanal.» 28:1-6 1947.

24. Tauber, E. S. *Exploring the therapeutic use of countertransference data*, «Psychiatry» 17 331-336 1954.

25. Winnicott, D. W. *Hate in the counter-transference*, «Int. J. Psychoanal.» 30:69-74 1949.

26. Round-table Discussion: *Doctor-patient relationship in therapy*, «Am. J. Am. Psychoanal. Assoc.» 15:3-21 1955.

Allo stesso tempo ci prendiamo gioco di ogni investimento libidico da parte di un analista nei confronti del paziente. Vi è molto di oscuro nel comprendere da parte nostra le vicissitudini e le funzioni della libido dell'analista nella relazione terapeutica.

Lucia Tower

Due cambiamenti: “uno grande e uno piccolo”, in questo potrebbe consistere l'accadere (psichico) di ogni analisi che si possa definire tale: un cambiamento grande per il paziente – si spera –, e più contenuto per l'analista, poiché si presume che il suo cambiamento più grande sia già avvenuto nella propria analisi personale o didattica.

L'ultimo articolo, scrive Lacan, quello di Lucia Tower, sottolinea – non per la prima volta, ma per la prima volta in modo articolato – qualcosa che in questo ordine è molto più suggestivo, ossia quello che ella chiama un

piccolo cambiamento che può sopraggiungere dal lato dell'analista. Ci dice infatti: è controtransfert tutto ciò che lo psicoanalista rimuove di quello che riceve nell'analisi come significante⁵⁶.

La definizione di controtransfert non rende giustizia, secondo Lacan, della portata della questione trattata nell'articolo di Lucia Tower, alla quale si deve il merito, tuttavia, di aver sfidato il moralismo dei benpensanti delle varie associazioni, comitati, ecc., dei centri di potere della psicanalisi di quegli anni, per porre in discussione quella che lei riteneva la questione vitale per l'esito di un'analisi: la partecipazione e la risposta dell'analista al transfert o, più precisamente, alla nevrosi di transfert del paziente.

Lacan, nel seminario X, *L'angoscia*, va direttamente al cuore del problema, di ciò che chiama "il desiderio dell'analista", poiché la questione del controtransfert non fa che coprire, confusamente, come «nelle prodigiose confidenze» della psicanalista inglese, la vera posta in gioco.

Moustapha Safouan in un suo scritto ne dà una definizione clinica eccellente: si tratta di un desiderio che non condivide le rimozioni in cui si rintanano i fantasmi originari⁵⁷. Una forza che investe sulla verità del soggetto

⁵⁶ Jacques. Lacan, Il Seminario, Libro X, *L'angoscia* (1962 -1963), Einaudi, Torino 2007, p. 161.

⁵⁷ Moustapha Safouan, "*L'analyste ne s'autorise que de lui-même*". *Sens de ce principe et ses répercussions institutionnelles*, in «Figure de la psychanalyse», 20, érès, Tolouse 2010, p. 15.

in analisi, dunque, che smaschera la cecità, le connivenze del controtransfert dell'analista con il transfert del paziente, complicità che derivano da elementi strutturali della personalità dell'analista non affrontati, ma che sono elementi importanti della sua storia familiare.

Questa è la chiave di lettura delle pagine di Lucia Tower che mostrano, nello stile un po' colloquiale del parlato – si trattava infatti di un testo destinato ad essere letto davanti alla Chicago Psychoanalytic Society –, il dibattersi dell'analista lungo quel filo d'angoscia che segnala sempre una risposta di controtransfert all'interno del lavoro di un'analisi.

Questo articolo ci appare come l'opera di una ricercatrice appassionata in anni in cui si arrivava a malapena ad ammettere l'esistenza di un corpo estraneo, di un'“escrescenza” (*excrecence*) da recidere per non macchiare la totalità perfetta e trasparente della cura psicanalitica. Si può presumere che il rigetto, da parte dell'analista, dell'estraneità legata al controtransfert, impedisca ugualmente di ascoltare l'estraneità del transfert stesso dell'analizzante.

Lucia Tower racconta inoltre che, sebbene i futuri psicanalisti non potessero esimersi dal passare per un evento che per loro era rivoluzionario e traumatico, cioè la necessità di sottoporsi alla stessa “cura” riservata al paziente, l'idea della formazione e del risultato finale era mantenuta in una dimensione idealizzata. Allora era imbarazzante e scandaloso tutto ciò che riguardava il controtransfert, che potremmo considerare il sintomo del desiderio dell'analista.

Era imbarazzante parlarne in pubblico, era imbarazzante parlarne in un'analisi di controllo o in una supervisione, poiché spesso la risposta era:

But how can you be interested in such a sick patient – and besides, you have no right to have any such fantasies toward any patient⁵⁸.

L'effetto di una tale reazione, riportata dall'autrice come esempio del moralismo grossolano di quel periodo, fu di reprimere, almeno in un primo tempo, il punto di verità dell'aspirante analista sottoposto al giudizio del (superio del) supervisore, per il timore di non venire riconosciuto come tale dal gruppo a cui aspirava appartenere.

Non ci scandalizziamo di simili posizioni, peraltro ancora scoperte e facilmente riconoscibili a quel tempo, dato che , come scrive Tower:

l'analisi personale didattica è spesso considerata dall'analista praticante remota nel tempo, come un obbligo legato a problemi di formazione, senza legame con le operazioni del presente, che rischiano, così, di fortificarsi in difese e razionalizzazioni.

⁵⁸ «Ma come può essere interessato proprio a una paziente malata – per di più, lei non ha alcun diritto di avere simili fantasie nei confronti di nessun paziente». Cfr. *infra*, la traduzione di *Countertransference*. Così anche per tutte le altre citazioni di Lucia Tower.

Lucia Tower si spinge fino a prendere in considerazione il punto di vista economico nella formazione degli analisti, ovvero se nel futuro analista si sia reso disponibile un certo ammontare di libido che possa essere investita nella relazione con il paziente, dopo che l'analisi personale didattica ha liberato gli investimenti legati alle costellazioni sintomatiche della nevrosi.

Si trattava di considerare l'analista non come l'immagine ideale in cui il paziente potesse rispecchiarsi, ma un soggetto che ha reazioni, risposte che complicano, rafforzano, deviano, smascherano, la nevrosi di transfert.

Questo è il luogo dove si dirige l'intervento dello psicanalista: per trattare il transfert di un paziente è assolutamente indispensabile attraversare quell'insieme di reazioni che si strutturano alla stregua della nevrosi sperimentale che si produce in analisi. Lucia Tower la definisce "nevrosi di controtransfert" individuandola in un sistema strutturato di reazioni e risposte dell'analista, che è necessario analizzare alla stessa stregua di quelle del paziente.

Si trattava di una sfida, dunque, per quegli anni cinquanta in cui il modello medico della cura cominciava a far intravedere i suoi limiti di fronte alla necessità che il futuro analista facesse una domanda d'analisi, mettendo in discussione la pretesa differenza tra l'analisi personale e l'analisi "didattica".

Il fine non era più quello di formare degli analisti "perfettamente analizzati", come se potesse esistere un punto di arrivo in cui si "diventa psicanalista", ma che

gli analisti proseguissero da soli in(de)finitamente, nella propria vita e nel proprio lavoro (ammesso che questa distinzione abbia senso), la loro analisi personale.

Nel lungo e faticoso lavoro di un'analisi «giorno per giorno, mese per mese, anno per anno» – sentimento del tempo che unisce a lungo analista e paziente –, il transfert si modula sulla persona dell'analista e va a cercarlo, a stanarlo proprio in quei punti della sua analisi non risolti su cui costruisce la “resistenza di transfert”. Accade allora che la nevrosi di transfert del paziente cerchi la complicità di quei luoghi dell'inconscio dell'analista dove sono rimasti dei punti ciechi nella storia delle sue relazioni, dei nodi difesi e ancora non trattati.

Il lavoro dell'analisi offre l'occasione di accogliere e decifrare quei segni dell'inconscio che sono i soli capaci di portare avanti la navigazione, come direbbe Giovanni Sias, non con la procedura di una linea retta, da professionista, ma con le deviazioni improvvise, inspiegabili, estranianti come il viaggio della luce attraverso l'universo nella teoria della relatività di Einstein, secondo il paragone della Tower. Si potrebbe dire che si naviga a vista in una rotta aperta ad accogliere tutto ciò che si scorge all'orizzonte.

L'inconscio dell'analista muove il lavoro dell'analisi, e offre continue occasioni per poter riprendere in mano punti non risolti. Per questo, momenti di sospensione, di stagnazione, in cui può capitare che si areni il lavoro analitico, sono spesso folgorati da un sogno, da un atto mancato che offre un'interpretazione completamente nuova, nel senso che

transfert e controtransfert – scrive Lucia Tower – sono fenomeni inconsci, fondati sulla coazione a ripetere, derivati da esperienze significative nella vita emotiva passata dell'individuo.

Il rifiuto dell'appuntamento di una seduta, che prende forma in un *acting out* dell'analista, spezza la tolleranza e la pazienza portate avanti troppo a lungo e legate a sentimenti di controtransfert; ugualmente, un sogno apre un nuovo scenario al di là dell'attaccamento a una configurazione della storia personale dell'analista suggellata dal transfert e dalla risposta di controtransfert.

In fondo, Lucia Tower scopre da sola, in una bella giornata di primavera, nel piacere di prendersi il tempo di una colazione, la libertà che viene dalle formazioni dell'inconscio, dal saperle ascoltare, accogliere. Scopre che il suo inconscio aveva esattamente prodotto, quel giorno, ciò di cui aveva bisogno anche la sua analizzante, una brusca e concreta interruzione della pazienza e disponibilità dell'analista a incassare insulti e attacchi senza fine, in uno scenario di coazione a ripetere che andava stanata. Non vi è nulla del professionista in questi atti, ma un sovvertimento di quell'*"atteggiamento terapeutico auspicabile"* che il controtransfert aveva, in precedenza, istituito quale buona prassi per uno psicanalista. Si potrebbe dire che il desiderio dell'analista abbandona gli scrupoli dei codici deontologici, dell'aiutare, del fare il bene del paziente, per opporsi, come in questo caso, a prestare soccorso, mancando alla seduta. Lucia Tower

si toglie, con l'interpretazione del suo *acting out*, dal proprio passato, da una trappola edipica che la teneva in ostaggio rispetto a un certo fantasma:

In realtà, il mio acting out si fondava su un fatto reale e portò alla risoluzione del problema di controtransfert che avevo tollerato troppo a lungo. Trovai delle tracce dettagliate di una simile inclinazione in certe influenze che avevo subito nella mia prima infanzia; inclinazione in cui ero incappata in ogni momento della mia vita. L'avevo compresa parzialmente e ancora non del tutto risolta nella mia personalità.

Ritrovando il piacere di quel momento particolare della giornata, di quella deviazione dalla linea retta tracciata dalla tecnica, si rifiuta di presenziare a un certo posto in cui era stata installata dalla paziente e dal suo controtransfert. È un rifiuto del proprio passato dove non è più l'eroina di cause che non ha scelto, soprattutto della causa per cui era stata convocata dalla nevrosi di transfert della paziente. La diretta conseguenza è che anche quest'ultima viene catapultata fuori dal solito quadretto – di cui non abbiamo dettagli per saperne qualcosa di più –, e l'analista le appare qualcuno a cui riservare un trattamento diverso, fuori dalla coazione a ripetere: «*Bene, lei sa, dottoressa Tower che, in verità, non posso biasimarla*». La risata che accompagna le parole della paziente rivela tutto il sollievo dell'affetto liberato, che nessuna interpretazione avrebbe ottenuto.

Bion ricordava, infatti, che la prima qualità di un analista è l'amnesia, il dimenticarsi di ciò che riguarda un paziente, quale condizione per ritrovare il desiderio.

Per l'autrice, transfert e controtransfert si intrecciano nella coazione a ripetere, nel passato riattualizzato nella stanza d'analisi.

Il controtransfert dell'analista, dove il fantasma s'insinua, gli offre facili e pronte chiavi di lettura, interpretazioni dove tutto ritorna e si ricompone.

Quando l'analista non desidera altro, attraverso la nevrosi del paziente, che riannodare e riconciliarsi con il proprio passato, attraverso la storia diacronica del paziente che viene ricomposta, non vi è in gioco un desiderio, perché niente interviene a spezzare l'immagine speculare.

La struttura legata al controtransfert dell'analista rappresenta «la controparte essenziale e inevitabile della nevrosi di transfert», una sorta di «agente catalizzatore», cioè «una sostanza normalmente inerte che, in un dato ambiente, è in grado di accelerare o decelerare un processo chimico».

L'interpretazione non basta, suggerisce la Tower, se gli affetti non si liberano, se non arrivano a esprimersi nel luogo sperimentale che è la stanza d'analisi. Solo attraverso la reazione di controtransfert e la sua analisi è certo che una rappresentazione rimossa ritrovi il suo affetto, ritrovi quel legame che la rimozione aveva spezzato.

Luca Salvador | Efficienza e verità: dicotomie cliniche tra Janet e Freud nella contrapposizione tra psicoterapia e psicanalisi

In questo testo si prendono in considerazione i primi lavori di Freud sulla clinica delle psiconevrosi, confrontandoli con le coeve esperienze di Janet, che si era ugualmente occupato del trattamento dell'isteria mediante ipnosi e suggestione. Nonostante le somiglianze dei punti di partenza, sia a livello dei metodi sia dei quadri sintomatici dei pazienti, sarà importante soffermarsi sulle differenze di approccio che i due studiosi presentavano già in questa fase iniziale del loro lavoro e che gettano luce sulle differenze che sussistono tra l'approccio psicanalitico e quello psicoterapeutico/psichiatrico.

Queste differenze non saranno tanto di carattere tecnico, ma in primo luogo riguarderanno le finalità e il senso dei trattamenti⁵⁹. È possibile che tali diversità siano potute dipendere dalle posizioni teoriche che i due autori avevano sviluppato, ma questo è un elemento che, a mio parere, rende ragione solo in parte del carattere quasi antinomico dei loro approcci. La questione fondamentale

⁵⁹ Uso il termine "trattamento", per certi versi poco pregnante, per indicare qualcosa di vago e descrittivo, senza riferimenti teorici troppo evidenti.

risiede, piuttosto, nel valore che essi attribuivano alla funzione della verità nel trattamento.

1. *L'influenza sonnambulica in Janet e Freud*

La figura di Pierre Janet merita considerazione e approfondimento, ed è oggetto di una significativa riscoperta in ambito psicoterapeutico specie negli ultimi anni. Nell'opera freudiana questo nome compare spesso e ha un ruolo rilevante, anche se in termini che sono sovente di critica e contrapposizione. Quando nel 1893 Freud pubblica insieme a Josef Breuer la *Comunicazione preliminare: sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici*, gli autori sono ben consapevoli che nel 1889 Janet aveva pubblicato la sua tesi di dottorato dal titolo *L'automatisme psychologique*, dove presentava i risultati di una terapia ipnosuggestiva condotta su «quattordici donne isteriche e ipnotizzabili, su cinque uomini colpiti dalla stessa malattia e su altri otto soggetti colpiti da alienazione mentale o epilessia»⁶⁰. I risultati sperimentali di Janet presentavano diversi elementi di affinità con le tesi esposte dai due autori, anche se parte degli intenti della *Comunicazione preliminare* nascevano dall'intenzione di rimarcare

⁶⁰ P. Janet, *L'automatismo psicologico. Saggio di psicologia sperimentale sulle forme inferiori dell'attività umana*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2013, p. 26.

l'anteriorità della scoperta di Breuer⁶¹, che risaliva a diversi anni prima rispetto a quella di Janet.

Potrebbe sembrare uno di quei casi in cui studiosi diversi arrivano, in maniera più o meno indipendente, alla stessa scoperta o alla stessa invenzione e si tratta di capire chi ci è arrivato prima. Ma non voglio occuparmi in nessun modo della priorità della scoperta, quanto piuttosto sottolineare come, dal momento in cui certi fenomeni nevrotici venivano trattati con strumenti simili (in questo caso ipnosi e suggestione), diventava inevitabile osservare certe particolari relazioni che sembravano possedere una correlazione causa effetto particolarmente pregnante. A partire dalla scoperta del metodo catartico, che comunque Freud ha sempre attribuito legittimamente a Breuer, e del processo terapeutico derivante, è stata imbastita negli studiosi una sorta di rivalità tra Janet e Freud, che in certi casi ha assunto un carattere revanscista a favore del primo⁶². Per quanto sia interes-

⁶¹ Il trattamento di Anna O. risale agli anni 1880-82, quindi antecedente sia alla conoscenza di Charcot, sia agli esperimenti di Janet.

⁶² Come esempio potrei citare il testo di Gabriele Cassullo, *Janet and Freud Long-time Rivals*, dove Janet viene presentato come il nemico di cui Freud aveva bisogno per la sua vita emotiva, e di cui Freud si è servito per le sue elaborazioni senza però riconoscerne i meriti. In G. Craparo, F. Ortu, O. van der Hart, *Rediscovering Pierre Janet*, Routledge, London 2018. Si veda invece la valutazione di segno opposto di Henri Ey, che ne constata la reciproca estraneità, H. Ey, *Pierre Janet: the man and the work*, in B. B. Wolman (ed.), *Historical roots of contemporary psychology*, Harper and Row, New York 1968.

sante analizzare i documenti allo scopo di sottolineare come i fattori psicologici personali possano distortere date o informazioni, alla fine si tratta di un esercizio di storiografia abbastanza sterile.

Nonostante le interessanti analogie, dovute soprattutto all'utilizzo, almeno iniziale, di metodi apparentemente molto simili, Freud e Janet *divergono* profondamente, sin da subito, nel modo in cui intendono il compito clinico. E spero di fornire una dimostrazione concreta basata sugli scritti di questi due autori. Un'ulteriore riprova di questa differenza sta nel fatto che Freud, da questo punto di partenza comune, arriverà allo sviluppo del concetto di transfert, che Janet criticherà apertamente nel suo valore scientifico e clinico⁶³.

⁶³ Basti pensare alla conferenza di Janet del 1913 *La psicoanalisi* presentato al XVII Congresso internazionale di Medicina di Londra. In cui sostiene: «Per esempio, si sa che alcuni nevropatici, isterici e psicoastenici manifestano un attaccamento particolare e piuttosto strano verso il medico, che è riuscito ad avere una certa influenza sulla loro mente. L'attaccamento si presenta in modi molto diversi e dipende da vari fenomeni psicologici in cui, seguendo i casi, intervengono episodi di suggestione, abulia, incapacità a concludere da soli, bisogno di essere capiti, diretti e soprattutto eccitati, che nei depressi è fondamentale. La psicoanalisi spiega i fatti molto più semplicemente con il transfert (*Übertragung*) di un sentimento d'amore sessuale che il soggetto avrebbe provato in passato per uno dei genitori o per un'altra persona, e che ora trasferisce sul medico. La suggestione e l'ipnotismo sono allora fenomeni molto semplici che consistono nel trasferimento delle tendenze sessuali dal complesso "figli-genitori" al complesso "soggetto-ipnotizzatore". Se si

Ma, come ho anticipato, non voglio fare un confronto esaustivo delle questioni di natura tecnica o teorica, che richiederebbero, per avere veramente senso, anche un ambito diverso di messa alla prova (ad esempio clinico/sperimentale), ma rintracciare alcune differenze d'impostazione da cui, con probabilità, discende anche il modo d'intendere i fenomeni osservati. Né sono interessato a rintracciare possibili forme d'influenzamento reciproco tra teorie che hanno comunque una loro autonomia sostanziale e irriducibile. Tuttavia, come spero si potrà vedere, partendo dalla descrizione dei fenomeni che si presentano durante i trattamenti sarà facilmente rintracciabile l'emergere di cosa caratterizza il *rapport* e il *transfert*.

Al netto di questa premessa vorrei prendere in esame un testo del 1896 di Pierre Janet intitolato *L'influenza sonnambulica e il bisogno di direzione*⁶⁴. In questo articolo Janet presenta una serie di riflessioni che non riguardano tanto la tecnica ipnotica o suggestiva (in questo testo Janet usa sostanzialmente i due termini come sinonimi), ma piuttosto il vissuto psicologico degli ipnotizzati, ovvero le idee e le rappresentazioni presenti nella mente dei malati

è ammesso in modo definitivo che qualsiasi forma di docilità è un simbolo di sentimenti erotici e che in ogni nevrosi ci sia un transfert inconscio di qualcosa, tutto può essere spiegato in questo modo» (P. Janet, *La psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino 2014, cap. 2).

⁶⁴ In P. Janet, *La passione sonnambulica*, Liguori Editore, Napoli 1996.

sottoposti a trattamento ipnotico. Penso sia utile riportarne degli estratti per sottoporli a un commento, anche in considerazione del fatto che il suo pensiero è spesso misconosciuto dai non specialisti. Scrive Janet:

In effetti il sonno ipnotico non somiglia sotto questo aspetto al sonno cloroformico; non è brutalmente determinato da un agente chimico, è determinato da un'altra persona e il paziente che ha subito questa trasformazione non resta indifferente dinanzi alla persona che gliela ha imposta. Serba per il proprio ipnotizzatore sentimenti e pensieri che prima non aveva e sono interessantissimi da analizzare. Si può prevedere a priori che una persona che è stata ipnotizzata spesso provi per l'ipnotizzatore certi sentimenti [...]. Quel che viene più frequentemente osservato è un sentimento d'affetto che può rapidissimamente diventare estremamente vivo. Il paziente si sente felice quando vede il suo ipnotizzatore e, quando gli parla, prova piacere a pensare a lui e – conseguentemente – non tarda ad amarlo molto. [...] Il primo fatto ben evidente in molti malati è che, nel periodo d'influenza, pensano incessantemente all'ipnotizzatore e se ne interessano molto⁶⁵.

La mente del paziente sembra completamente dominata dalla figura dell'ipnotizzatore arrivando anche a manifestazioni estreme:

⁶⁵ Ivi, p. 34 sg. Corsivo nel testo.

Il paziente non si sente più libero, crede di subire un'influenza, una direttiva. [...] Si capiscono allora queste espressioni usate dai pazienti del tipo: «Sono un pulcinella di cui Lei tiene il filo»; «Sono una macchina e Lei ne è la molla»; «La sua volontà s'è messa al posto della mia, mi sembra di non appartenermi più».

Questo pensiero dell'ipnotizzatore che si sviluppa automaticamente determina durante la notte sogni in cui si manifesta con maggior precisione. Wkb. sogna che io entro nella sala e che controllo il modo in cui dorme; G. di notte parla ad alta voce di quel che le ho detto durante l'ipnosi e al risveglio sostiene che sono andato a chiacchierare con lei. Justine di notte ha spesso sogni molto più stravaganti in cui mi fa recitare una parte, sogni che non sono stati in nessun modo suggeriti⁶⁶.

Con l'espressione che questi sogni «non sono stati in nessun modo suggeriti» Janet intende che non derivano in alcun modo da una suggestione diretta impartita durante l'ipnosi. Questo è un punto molto importante e, infatti, tiene a precisarlo successivamente:

Bisogna ben notare che, in tutti questi casi, non c'è alcun legame con la suggestione. Non ho mai ordinato a questi malati di provare tali allucinazioni e non pensavo affatto, d'altronde, alle circostanze in cui esse si sono prodotte. Si può notare che queste fantasticherie derivano per

⁶⁶ Ivi, p. 36.

associazione dagli ordini che ho loro impartito, ma suppongo tuttavia un lavoro *spontaneo* abbastanza considerevole che ha sviluppato e trasformato i suggerimenti⁶⁷.

Naturalmente questo elevato interesse per l'ipnotizzatore può anche diventare un problema all'interno del trattamento suggestivo, al punto da ostacolarlo, ed è inoltre indipendente dalla volontà del medico, che ovviamente vorrebbe limitare la sua influenza al semplice intervento terapeutico. Janet fa l'esempio di una ragazza isterica di ventisette anni con diverse idee fisse. Questa è la sua descrizione:

Essa presenta uno stato ipnotico molto incompleto che mi è parso sufficiente, tuttavia, per cercare di distruggere in lei un'idea fissa che è fra le più gravi. La malata è subito sollevata, dimentica le idee ipocondriache, gli impulsi al suicidio che ne dipendevano e sembra guarita attraverso l'influenza assunta su di lei. Ma dopo la seconda seduta comincia a esprimere un'altra idea fissa: si lamenta di conversare costantemente con me, di vedermi in continuazione, di essere perseguitata dalla mia influenza che si esercita attraverso i muri, di essere senza tregua osservata da me a grande distanza etc. In una parola, costruisce sui

⁶⁷ Ivi, p. 38. Il corsivo è mio, per sottolineare come la dimensione ideativa nel trattamento ipnotico si svolga secondo le direttrici autonome di quella che poi Erickson chiamerà la mente inconscia, e che poi è alla base di un uso psicoterapeutico dell'ipnosi non direttiva.

normali fenomeni dell'influenza una specie di delirio di persecuzione, che per fortuna, ha potuto essere rapidamente fermato, ma che mette bene in rilievo l'interesse che abbiamo appena studiato. [...] *Mi sembra quindi evidente che tale periodo di influenza è caratterizzato da un fatto importante, che è la persistenza del pensiero dell'ipnotizzatore. Talvolta questa idea è cosciente e ossessiona la mente del paziente, talaltra è subconscia e si manifesta solo di tanto in tanto attraverso movimenti automatici o allucinazioni*⁶⁸.

Uno degli aspetti più interessanti che Janet nota in queste manifestazioni è che oscillano da un atteggiamento di amore e reverenza a uno di timore, rabbia e paura. Anche quando inizialmente il paziente sembrava incredibilmente ben disposto verso l'ipnotizzatore, e prova sentimenti positivi nei suoi confronti, arriva un momento dove l'atteggiamento cambia rapidamente di segno. In seguito a ciò, anche l'efficacia terapeutica sparisce: dove prima bastava il solo pensiero del medico per ottenere gli effetti benefici sui sintomi, pian piano questo pensiero smette di avere l'efficacia di prima. Scrive:

Ecco un'osservazione che mi hanno spessissimo comunicato i parenti dei malati: «Nei primi giorni questa persona la temeva e l'amava al tempo stesso in modo straordinario,

⁶⁸ Ivi, pp. 38-39. I corsivi sono miei. Anche qua voglio sottolineare come questi effetti non derivino dall'uso di *suggestioni dirette* del terapeuta, ma dal fatto che egli occupa la posizione dell'ipnotizzatore.

poi è diventata indifferente». Tutta la venerazione filiale che ho descritto è scomparsa come per incanto. Al contrario, i malati sarebbero disposti piuttosto a lamentarsi di essere abbandonati, trascurati, si mettono in collera e coprono di rimproveri colui che paragonavano al buon Dio; e finalmente quando vanno a trovare il loro ipnotizzatore gli manifestano arrivando un gran cattivo umore. [...]

Ebbene, in questo momento in cui il pensiero dell'ipnotizzatore ha così mutato carattere ricompaiono tutti gli episodi, tutte le idee fisse, si sviluppano le anestesi, le amnesie continue, le abulie e lo stato confusionale della passione sonnambulica. Senza dubbio il paziente serba un ricordo freddo e banale del medico che l'ha molto alleviato e dal quale vuole tornare per ottenere un sollievo simile. Questo desiderio prende una forma molto viva, molto angosciante a causa del carattere dei malati che non possono contenere le loro passioni e nei quali tutto diviene estremo. Ma questa passione sonnambulica non è più determinata da un'azione speciale dell'ipnotizzatore, essa è dovuta alla cessazione di questa influenza. Qui non posso impedirmi di paragonare questi fenomeni a quelli che fa nascere la *morfinomania*: il bisogno di morfina che segue il periodo di soddisfazione è per l'appunto dovuto all'assenza della *sostanza tossica*, alla sua scomparsa da un organismo che ha bisogno di questa eccitazione anormale⁶⁹.

⁶⁹ Ivi, p. 41 sg. Corsivi miei.

Con molta onestà e lucidità Janet individua i principali problemi dei trattamenti ipnotici e suggestivi (ma che sono tipici di ogni psicoterapia) e ne descrive le violente oscillazioni nell'andamento. Inoltre, in maniera molto significativa, li compara a una dinamica di tossicodipendenza. Ho parlato dell'onestà intellettuale di Janet, anche se è ben chiaro che tende a deresponsabilizzare completamente il medico: certi fenomeni dipendono interamente dai pazienti e riguardano il loro stato patologico. Ma è comunque assodato che la sostanza tossica sia la suggestione impartita dal medico, alla stregua di un farmaco che può creare dipendenza.

Negli aspetti legati al rapporto e ai sentimenti verso il terapeuta egli non vede nulla di più che l'attuarsi di processi automatici e riflessi, che manifestano la generale debolezza psichica degli isterici: il suo approccio, nel 1896, è ancora prettamente psichiatrico, ed è ben attento a sottolineare che il medico non fa nulla per sollecitarli, anzi, per lui sono sostanzialmente un contrattempo, un effetto collaterale privo di un vero significato.

Anche se quelli che descrive coincidono coi cambiamenti nel rapporto tra terapeuta e paziente che osserva con lo stesso acume anche Freud⁷⁰, è chiaro che quest'ul-

⁷⁰ Credo sia fondamentale sottolineare come, se anche se le osservazioni di Freud e Janet possano essere state, dal punto di vista descrittivo, *perfettamente* sovrapponibili, dal punto di vista del loro significato, teorico e pratico, non lo saranno affatto. Si veda in Freud la giustamente famosa lettera a Fliess del 21 settembre 1897.

timo arriverà a esiti ben diversi, e per certi versi opposti, rispetto a quelli del medico francese. C'è un esempio concreto che può dare il senso di questa differenza. L'elemento amoroso della passione sonnambulica non era sfuggito neppure a Janet. Credo sia utile soffermarci su quanto dice a proposito:

Non è dunque solo la suggestione a determinare tutti i fenomeni dell'influenza sonnambulica; al contrario sarebbe, in molti casi, questa influenza, questo dominio dell'ipnotizzatore a determinare la suggestione stessa. [...] La persistenza del pensiero dell'ipnotizzatore, la potenza di questo pensiero, l'assoluta sottomissione del malato per un certo periodo, poi la completa scomparsa di questi fenomeni e la sofferenza del paziente che rimpiange la propria schiavitù, sono fatti psicologici piuttosto strani. Li si può spiegare paragonandoli immediatamente e senza mediazioni con certi sentimenti normali che producono apparentemente fenomeni analoghi. L'amore, in particolare, ci può far pensare costantemente a una persona e farci desiderare ardentemente il suo ritorno. Questi fenomeni sono semplicemente manifestazioni della passione amorosa? È indubbiamente una questione delicata ma che non ci sembra possibile eludere⁷¹.

E, in effetti, Janet ammette che ci sono somiglianze coi sentimenti amorosi *normali*, ma chiarisce subito,

⁷¹ Ivi, p. 43.

e cerca di dimostrare, che è solo un'analogia e ci sono molte differenze. È utile notare le sue conclusioni a riguardo relative alla differenza tra passione amorosa e sonnambulica:

D'altra parte si può, in certi casi, distinguere nello stesso paziente l'influenza sonnambulica e la passione amorosa propriamente detta. Ho già raccontato di aver constatato che certe malate, in apparenza legate molto appassionatamente al loro ipnotizzatore, avevano d'altra parte un sentimento non meno vivo per un amante e che si preoccupavano allo stesso modo dei loro appuntamenti galanti e delle loro sedute ipnotiche. I due sentimenti crescevano l'uno accanto all'altro senza confondersi.

Questo sembra dimostrare, per Janet, che sono cose ben diverse. E continua:

Infine, non bisogna riconoscere che si tratta di affetti ben strani? Ecco amori singolari che si sviluppano con regolarità e a orario fisso in tanti malati così diversi gli uni dagli altri, in persone anziane come nei giovani, negli uomini come nelle donne. Questi sentimenti sviluppatasi tanto rapidamente scompaiono periodicamente per poi ricomparire. Se si vogliono fare assolutamente rientrare questi fenomeni nel gruppo dell'affettività, bisogna almeno confessare che sono amori di una specie tutta particolare⁷².

⁷² Ivi, p. 44.

L'analisi di Janet ha un segno opposto rispetto all'analisi che Freud compie nel saggio *Osservazioni sull'amore di traslazione* dove arriviamo, partendo dall'osservazione delle stesse dinamiche, a questa conclusione:

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, è più imprudente, più incurante delle conseguenze, più cieco nella valutazione della persona amata, di quanto siamo 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 innamorati⁷³.

⁷³ S. Freud, "*Osservazioni sull'amore di traslazione*" (1914), in *Opere*, 11 voll., a cura di C. L. Musatti, Boringhieri, Torino 1967-1979, vol. 7, p. 371. Naturalmente l'osservazione di Freud non legittima il terapeuta a trattare l'amore di transfert, verso di lui, come se fosse nato in una situazione quotidiana, ma sottolinea solo che *i processi sottostanti dell'amore sono gli stessi*.

Vale già la pena di riflettere sulle differenze che intuitivamente emergono dalle due prospettive, perché questo ci consentirà di apprezzare meglio l'apporto clinico, ma anche conoscitivo, che deriva dall'aver introdotto il concetto del transfert.

Per Janet è importante confinare tutte queste manifestazioni passionali nell'ambito psicopatologico: non sono che sintomi che il rapporto ipnotico fa scatenare mettendo in moto degli automatismi mentali. Sono manifestazioni anormali, nel senso psichiatrico della parola. L'unica cosa che rivelano al terapeuta è che ha a che fare con malati: la suggestione è come un farmaco potente che crea dipendenza e attiva pertanto una serie di effetti collaterali non eliminabili. Vediamo come Janet sintetizza la modalità e le finalità del trattamento suggestivo che deriva da queste premesse:

La suggestione e la cura psicologica in generale sono quasi sempre trattamenti di lunga durata perché consistono in realtà in una *educazione* [sic!] della mente.

In questa educazione il medico deve proporsi due scopi all'apparenza contraddittori che bisogna tuttavia perseguire simultaneamente: 1° bisogna assumere la *direzione completa della mente del malato*, abituandolo a subire un'autorità, a vivere costantemente sotto un'influenza esterna; 2° bisogna ridurre al minimo questo dominio ed insegnare a poco a poco al malato a farne a meno⁷⁴.

⁷⁴ P. Janet, *L'influenza sonnambolica*, cit., p. 61, corsivi aggiunti,

Janet sintetizza il suo approccio terapeutico in una forma tanto esplicita e chiara che oggi ci sembra ingenua per la sua mancanza d'ipocrisia. È l'onestà di una visione ancora colonialista che difende l'invasione e lo sfruttamento di Stati e Popoli stranieri portando ad argomento la superiorità culturale e militare dei colonizzatori. Un ragionamento come il suo oggi non potrebbe più essere espresso così esplicitamente, eppure concezioni simili sono mascherate sotto formulazioni più diplomatiche, ma solo in parte mitigate nella prassi.

Emerge molto chiaramente una concezione *direttiva* della cura, vista come educazione della mente, a cui il paziente deve sottoporsi malgrado le sue eventuali riserve. Deve farlo perché i pazienti non sono in grado da soli di arrivare a una sintesi psichica, che gli deve essere, pertanto, fornita dal medico. Gli aspetti di apparente transfert negativo, come li classificheremmo oggi, sono visti come rifiuto alla collaborazione e sono trattati come i capricci di un bambino che non vuol prendere la medicina amara, e quindi sono da contrastare con l'introduzione di mezzi coercitivi, prendendo il completo controllo. Naturalmente, in reazione a questa impostazione costringitiva a me sembra legittimo considerare l'opposizione dei pazienti almeno con l'attenuante dell'autodifesa, come avrebbe suggerito Freud⁷⁵.

eccetto dove indicato.

⁷⁵ Cfr. S. Freud, "*Psicologia delle masse e analisi dell'Io*" (1921), in *Opere*, cit., vol. 9, p. 279: «Quando un malato che non si dimostrava

Che nella psicanalisi il focus si sia spostato molto presto proprio sui motivi della resistenza, piuttosto che sullo sviluppo di una tecnica d'imposizione nella cura, rende evidenti le differenze tra queste due impostazioni, dove da una parte si parla di «assumere la direzione completa della mente del malato, abituandolo a subire un'autorità, a vivere costantemente sotto un'influenza esterna», e dall'altra, *nello stesso momento storico*, si rinuncia all'ipnosi appunto perché permette di esercitare *efficacemente* una simile influenza, e tutto questo prima che l'edificio della psicoanalisi fosse edificato⁷⁶.

Ciò risulta particolarmente significativo se si considera che, negli anni a cavallo tra il 1885 e 1895, Freud ancora si muove con gli stessi strumenti usati da Janet, ovvero suggestione, ipnosi e metodo catartico. Eppure gli esiti divergono radicalmente e questo anche perché, grazie alla scoperta del transfert, si distacca sempre di più da una concezione strettamente terapeutica nella quale domina l'azione, diretta o indiretta, della suggestione. Ma le ragioni che consentono questa evoluzione non sono così trasparenti a un esame superficiale.

Il rapporto transfert/suggestione è in Freud

arrendevole veniva redarguito con le parole “Ma che cosa fa? *Vous vous contre-suggestionez!*”, mi dicevo che questa era una palese ingiustizia e un atto di violenza. Se si tentava di soggiogarlo con la suggestione, l'uomo aveva certamente il diritto di controsuggestionarsi».

⁷⁶ E forse venne edificato proprio in funzione della scelta di strumenti volutamente meno efficaci sul piano terapeutico, ma *più solidi dal punto di vista metodologico ed epistemico*.

particolarmente articolato. Si tratta di concetti correlati, basti pensare al fatto che, nella lezione 27 di *Introduzione alla psicoanalisi*, viene scritta una frase che *potrebbe* far sembrare i due termini quasi sinonimi: «Quanto a noi, dobbiamo renderci conto che nella nostra tecnica abbiamo *abbandonato l'ipnosi solo per riscoprire la suggestione nella forma della traslazione*»⁷⁷. Ma è chiaro che questa riscoperta passa attraverso un notevole ampliamento del concetto di suggestione e anche del suo uso, perché viene integrata in un concetto più ampio e complesso come quello di transfert.

La genesi del concetto di transfert si colloca in un momento in cui Freud ancora opera all'interno dei trattamenti suggestivi, seppur mitigati da un uso molto limitato della suggestione diretta. Si tratta di un'evoluzione del metodo catartico, che viene così descritta nella sua *Autobiografia*:

Devo aggiungere che fin dall'inizio ho esercitato l'ipnosi per uno scopo che nulla aveva a che fare con la suggestione ipnotica. Mi sono avvalso dell'ipnosi per interrogare il malato sulla genesi dei suoi sintomi, genesi sulla quale nello stato di veglia egli non era spesso in grado di dire

⁷⁷ S. Freud, "Introduzione alla psicoanalisi" (1915-1916), in *Opere*, cit., vol. 8, p. 595, corsivo aggiunto. Testo originale: «*Und wir müssen gewahr werden, daß wir in unserer Technik die Hypnose nur aufgegeben haben, um die Suggestion in der Gestalt der Übertragung wiederzuentdecken*».

alcunché, o comunque troppo poco. Questo procedimento non solo si rivelò più efficace del mero comando o divieto, ma aveva inoltre il vantaggio di offrire soddisfazione alla *brama di sapere del medico*, che dopo tutto aveva il diritto di apprendere qualcosa circa l'origine di quel fenomeno che cercava di eliminare mediante il monotono procedimento della suggestione⁷⁸.

In seguito Freud rinuncia anche all'ipnosi e si limita a insistere affinché i pazienti ricordino, a volte incitandoli, a volte toccandoli semplicemente sulla fronte. Questo mutamento tecnico, apparentemente così semplice, rende possibile seguire l'andamento qualitativo delle associazioni, in particolare *quando* esse si interrompono. Non per nulla la prima comparsa del termine *Übertragung*⁷⁹ avviene proprio nel contesto dell'arresto associativo e al fallimento dello stratagemma, di riconosciuta natura suggestiva, solitamente efficace nel superare le normali resistenze (ovvero la leggera pressione sulla fronte).

Ho già ammesso la possibilità che il procedimento della pressione fallisca, non provochi alcuna reminiscenza

⁷⁸ Id., "Autobiografia" (1924), in *Opere*, cit., vol. 10, p. 87. Corsivo aggiunto. Ho voluto sottolineare l'espressione «brama di sapere» che diviene un elemento centrale della psicoanalisi, mentre in Janet il medico non solo non ne vuole sapere, ma trova inutile anche porsi la questione, se non in termini psicopatologici.

⁷⁹ Nell'edizione Boringhieri viene tradotto con traslazione, al posto del termine attualmente usato "transfert".

nonostante tutte le assicurazioni e insistenze. Ho detto che sono possibili due casi: o nel punto su cui si sta indagando non vi è realmente nulla da cercare – e si riconosce ciò dall'espressione perfettamente tranquilla del paziente, – oppure si è incontrata una resistenza che è superabile solo in un secondo tempo [...].

È possibile, tuttavia anche un terzo caso, che ha pure il significato di un ostacolo, non relativo però al contenuto, ma esteriore. Questo caso si verifica quando è turbato il rapporto fra paziente e medico, ed è l'ostacolo peggiore che si possa incontrare. *Tuttavia si avrà a che fare con esso in ogni analisi piuttosto seria.*⁸⁰

Questo accade «quando la paziente si spaventa per il fatto di trasferire sulla persona del medico le rappresentazioni penose che emergono dal contenuto dell'analisi. Ciò è frequente, e anzi in alcune analisi è un fatto generale. La traslazione [transfert] sul medico avviene per falso nesso»⁸¹.

Si tratterà di aggirare la resistenza, *ma non tramite una suggestione ancora più forte*⁸², bensì ricostruendone la dinamica psichica e smantellandola dall'interno e

⁸⁰ Id., *Studi sull'isteria* (1892-95), in *Opere cit.*, vol. 2, p. 436. Corsivi miei.

⁸¹ Ivi, p. 437.

⁸² A un occhio attento qui risiede uno dei punti fondamentali della divaricazione teorico/tecnica con il metodo di Janet e i tutti i suoi epigoni.

portandola alla coscienza. Siamo ovviamente ancora ben lontani dal concetto di transfert come verrà elaborato negli anni successivi, e dove confluirà anche tutta un'altra serie di aspetti clinici, eppure già possiamo intravedere alcune caratteristiche che saranno proprie anche del concetto più maturo. Il termine transfert è qui usato in modo descrittivo, per indicare un processo di trasferimento, il vocabolo ne descrive pertanto proprio il funzionamento. Per far capire meglio cosa intende per transfert e falso nesso, Freud presenta un esempio clinico, che vale la pena riprendere.

Un certo sintomo isterico in una delle mie pazienti era stato il desiderio, concepito molti anni prima e subito ricacciato nell'inconscio, che l'uomo col quale stava conversando si fosse fatto coraggio e afferrandola l'avesse baciata. Una volta, alla fine di una seduta, sorge nella paziente un desiderio analogo nei riguardi della mia persona; essa ne è terrorizzata, passa una notte insonne e la volta dopo, pur non rifiutando il trattamento, si dimostra del tutto inutilizzabile per il lavoro. Conosciuto ed eliminato l'ostacolo da parte mia, il lavoro procede nuovamente, ed ecco che ora il desiderio che aveva tanto spaventato la paziente riappare come ricordo, il primo dei ricordi patogeni ora richiesti dalla connessione logica. Le cose si erano quindi svolte nel modo seguente. Dapprima era emerso nella coscienza della paziente il contenuto del desiderio, senza i ricordi delle circostanze accessorie che avrebbero permesso di localizzare questo desiderio

nel passato. Il desiderio così presente, in base alla coazione ad associare che dominava la coscienza, era stato collegato con la mia persona, a cui era consentito che la paziente rivolgesse la sua attenzione, e in seguito a questa *mésalliance* – che io chiamo “falso nesso” – s’era destato lo stesso affetto che, a suo tempo, l’aveva costretta a rifiutare quel desiderio illecito. Da che ho appreso questo, posso presumere che in ogni caso in cui la mia persona si trovi coinvolta in modo simile, si verifichino nuovamente una traslazione e un falso nesso. Lo strano è che la paziente rimane ogni volta nuovamente vittima dell’inganno⁸³.

È interessante notare che – dove Janet sarebbe ricorso a una dose massiccia di suggestione e dove avrebbe potuto usare un termine psichiatrico come “proiezione”, per descrivere una sorta di pensiero “delirante” – Freud invece segue la strada che lo porta a far coincidere cura e conoscenza ponendo le basi del trattamento psicanalitico maturo. Freud nota che il desiderio, proveniente dall’inconscio, si manifesta come elemento perturbativo del flusso associativo, manifestandosi come desiderio *attuale* verso un’altra persona. Ovvero si presenta come stato emotivo reale ma, in questo modo, si sottrae al lavoro associativo verbale e lo interrompe. Per tornare all’esempio, il desiderio che l’uomo con cui conversava «si fosse fatto coraggio e, afferrandola, l’avesse baciata»,

⁸³ Ivi, pp. 437-438.

si ridesta nuovamente in lei e ha Freud come nuovo oggetto. In questo suo ridestarsi non c'è apparentemente nessun legame cosciente con l'esperienza originaria.

Solo dopo l'intervento di Freud, che porta alla coscienza la presenza del falso nesso, l'episodio in questione torna come ricordo, anzi come il primo di una serie di ricordi patogeni che portano anche a comprendere e chiarificare la traslazione stessa. In questo modo è così possibile spiegarne sia l'occorrenza, sia il contenuto e, in definitiva, il senso psichico. Freud conclude il brano precedente con una considerazione che può sembrare marginale, ma che in realtà anticipa gli sviluppi successivi della teoria psicanalitica: «Lo strano è che la paziente rimane ogni volta nuovamente vittima dell'inganno».

Se si era constatata la regolarità strutturale di questo fenomeno, che si verificava in ogni «analisi più seria», ora si nota il fatto che la paziente ricade *ripetutamente* in questo inganno. Ovvero continua a compiere questo transfert nonostante abbia constatato *ripetutamente* la sua natura di falso nesso, quindi senza apprendere nulla dall'esperienza precedente. Lo “strano” è indice di inspiegabile, ovvero di qualcosa che sfugge alla logica del processo così com'è stato descritto⁸⁴. In effetti in questo testo del 1895 Freud tende a considerare ancora questi aspetti del transfert come inciampi ricorrenti, ovvero

⁸⁴ Ovvero non c'è nessuna amnesia, nessun motivo evidente, che spieghi questo continuo autoinganno.

come fenomeni spiegabili solo localmente. Il transfert sull'analista sembra riguardare la dinamica dell'associazione, che trova sul soggetto del medico un oggetto favorevole a costruire i falsi nessi. La teoria matura del transfert spiega questa stranezza, perché ci fa capire che è la manifestazione locale di un processo più generale, e che il transfert si mantiene immutato nonostante le interpretazioni parziali. Risulta quindi chiaro perché continuino a ripresentarsi gli inganni: non è semplicemente risolvendo ogni singola ricorrenza del transfert che si può arrivare a una sua articolazione completa. Anzi, per certi versi, un simile modo di procedere alla lunga può diventare controproducente, rendendo il transfert complessivo ancora più difficile da trattare. Come nel caso dell'Idra di Lerna, tagliare le singole teste non porta a nessun risultato. Questo aspetto del transfert rende inefficace qualsiasi approccio meccanicistico o chirurgico al suo trattamento, e si erge come problema tecnico fondamentale. Eliminare metodicamente queste piccole manifestazioni, senza una comprensione complessiva delle caratteristiche del transfert, diventa un compito senza possibilità di riuscita, per il semplice fatto che il paziente cade *continuamente* nell'inganno.

Tornando all'esempio clinico appena descritto, il termine *transfert* serve a descrivere il modo in cui i contenuti inconsci si aprono una strada prima di poter venire elaborati tramite il processo secondario. Il transfert è qualcosa che viene vissuto e non ricordato. È in questa dicotomia (rivissuto/ricordato) che si spiega

anche la conseguente interruzione delle associazioni⁸⁵. Questa interruzione resiste alla suggestione e per essere superata richiede che il paziente prenda coscienza della natura dell'ostacolo. Ma c'è anche dell'altro: articolando quello che prova e vive in quel determinato momento verso l'analista, in realtà è possibile conoscere in forma diretta e immediata il contenuto dei ricordi inconsci. Scrive Freud:

Trovando e dimostrando l'ostacolo, la prima difficoltà era eliminata, ma ne rimaneva ancora una più grande. Essa consisteva nell'indurre la paziente a parlare quando si trattava apparentemente di rapporti personali e dove la terza persona coincideva con quella del medico. All'inizio ero molto seccato di questo aumento del mio lavoro psicologico, finché non giunsi a comprendere la legge che governava l'intero processo; mi accorsi poi, anche, che questa traslazione non implicava un notevole aumento di lavoro. Per la paziente, il lavoro rimaneva lo stesso: si trattava sempre di sormontare l'affetto penoso per aver potuto nutrire per un istante desideri del genere, mentre sembrava indifferente per il successo che essa prendesse come tema del suo lavoro questo rifiuto psichico nel caso storico o in quello recente con me⁸⁶.

⁸⁵ Sono tutte questioni che troveranno una discussione più completa in scritti come *Ricordare, ripetere, rielaborare*.

⁸⁶ S. Freud, *Studi sull'isteria* (1892-1895), in *Opere*, cit., vol. 1, pp. 438-439.

In questa notazione finale si possono ravvisare gli sviluppi successivi connessi al concetto di nevrosi di transfert, ma c'è un aspetto che colpisce in relazione all'impostazione di Janet.

Ovvero il paziente non è visto come passivo, non è costretto ad accettare l'influenza del terapeuta, non è visto come una volontà da piegare e le sue resistenze al trattamento non sono solo il segno della sua debolezza patologica. Già in questa embrionale concezione del transfert, è attraverso il riconoscimento e la comprensione dei fenomeni di resistenza che si arriva al risultato terapeutico. È esattamente il contrario dell'approccio educativo di cui parla Janet, non è il terapeuta a imporre i contenuti del trattamento, ma semmai il contrario: è il paziente che li detta e li determina attraverso il transfert, e il terapeuta li deve seguire.

Nell'approccio educativo di Janet il soggetto deve essere ricostruito sulla base di un modello imposto dal medico, che gli fornisce quello che gli manca per essere sano e arrivare alla normalità. Questo rientra perfettamente nella concezione di malattia nevrotica di Janet:

Il vero carattere delle nevrosi è costituito dal fatto che la mente, o se si vuole la parte superiore delle diverse funzioni, non evolve o si sviluppa male. Se designiamo con "evoluzione" la capacità di un essere vivente di trasformarsi continuamente per adattarsi a circostanze nuove, di svilupparsi e perfezionarsi incessantemente, allora *le nevrosi diventano disturbi o arresti nell'evoluzione delle*

funzioni. [...] Le nevrosi sono malattie che vertono su diverse funzioni dell'organismo, caratterizzate da una alterazione delle parti superiori di queste funzioni, bloccate nella loro evoluzione, nel loro adattamento al momento presente, allo stato presente del mondo esterno e dell'individuo e dall'assenza di deterioramento delle parti antiche di queste stesse funzioni che potrebbero esercitarsi ancora molto bene in maniera astratta, indipendentemente dalle circostanze presenti. Riassumendo, le nevrosi sono disturbi delle diverse funzioni dell'organismo, caratterizzate dall'arresto dello sviluppo senza deterioramento della funzione stessa⁸⁷.

La cura psicoterapeutica va quindi nella direzione, *determinabile a priori*, del proseguimento nell'evoluzione di queste funzioni superiori. In paradigma è quello di una fisiologia dello psichico, che orienta il senso della terapia in maniera oggettiva. Il percorso di Freud, già in questa prima fase, cerca invece di agire non dal di fuori, ma assecondando le dinamiche interne, rinunciando quindi ad assumere una posizione semplicemente direttiva. L'uso che già in questa primissima fase viene fatto del transfert sull'analista, fa cadere il velo di Maya di una certa ipocrisia terapeutica. Non per nulla Freud, in *Dinamica della traslazione* scrive che negli «istituti psichiatrici, in cui i malati nervosi non vengono trattati con l'analisi, si osservano le intensità più alte e le forme

⁸⁷ P. Janet, *Le nevrosi*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2022, pp. 306-307, e p. 309. Corsivo nel testo.

più vergognose di una traslazione che giunge all'asservimento, e che possiede inoltre la più inequivocabile coloritura erotica»⁸⁸.

Queste parole riassumono bene il carattere estremo delle manifestazioni confermate anche da Janet e ci mettono sull'avviso che forse è proprio l'approccio di cui si fa fautore a favorire queste esasperazioni. È il collocarsi al di fuori della relazione di transfert, respingendola e ignorandola, a farla giungere all'asservimento erotico più estremo, perché non consente alcuna elaborazione se non quella di una manifestazione anomala in atto. Per usare la metafora dello stesso Janet, questi psichiatri si comportavano come spacciatori, che continuano a vendere la dose ai tossicodipendenti, lavandosi la coscienza attribuendo la responsabilità solo alla sostanza o alla persona malata.

Credo di aver fatto vedere come, sulla base di metodi e fenomeni simili (pur ricordando che Janet lavorava in una struttura ospedaliera, quindi con un'utenza diversa), i due approcci tendano a differenziarsi notevolmente. Nell'approccio di Janet si vedono i semi e i caratteri di quella che sarà la futura psicoterapia sanitaria nel senso più proprio del termine, mentre in Freud di quella che dovrebbe essere la psicoanalisi⁸⁹. Tale differenza, colta

⁸⁸ S. Freud, "*Dinamica della traslazione*" (1912), in *Opere*, cit., vol. 6, p. 525.

⁸⁹ Può essere utile qui richiamare, come segno iniziale di questa differenza fondamentale, anche il famoso sogno dell'iniezione ad

in questo momento iniziale, non dipende dagli sviluppi teorici e tecnici successivi e dimostra, semmai, come tali sviluppi ne siano più la conseguenza che la causa. Insisto a rimarcare questa divergenza, perché, anche se forse può sembrare chiara a chi ha una certa dimestichezza con il pensiero freudiano, può essere del tutto ignorata da chi proviene da un ambito psicoterapeutico. Nella lettera a Fliess del 21 settembre 1897 Freud scrive:

Non credo più ai miei neurotica [teoria della nevrosi]. Probabilmente ciò non si riuscirà a comprendere senza una spiegazione; tu stesso hai già trovato degno di fede ciò che sono riuscito a esporti. Voglio perciò incominciare la storia da principio e spiegarti da dove sono venuti i motivi che mi hanno fatto dubitare. Le continue delusioni nei tentativi di condurre almeno un'analisi a reale compimento, la fuga di persone che per un certo tempo erano state coinvolte come meglio non si poteva, l'assenza dei successi pieni su cui avevo contato, la possibilità di spiegarmi nella maniera usuale, i parziali successi: è questo il primo gruppo di motivi⁹⁰.

Irma, dove la problematicità del desiderio di Freud che la paziente accettasse la soluzione che lui gli proponeva e, al contempo, la ripicca per il rifiuto che la paziente sembra opporgli, mettono in luce proprio il *difetto costitutivo dell'approccio terapeutico sottostante al metodo catartico*.

⁹⁰ S. Freud, *Lettere a Wilhelm Fliess (1887-1904)*, Bollati Boringhieri, Torino 1990, p. 297. Testo originale: «*Ich glaube an meine Neurotica nicht mehr. Das ist wohl nicht ohne Erklärung verständlich;*

La constatazione della frustrazione terapeutica in cui Freud si trovava non è significativa per la sua eccezionalità, anzi abbastanza facilmente si ritrova oggi nella pratica clinica, ma perché sancisce l'effettivo abbandono dell'approccio che invece Janet avrebbe sviluppato con grande successo e che andava nella direzione della creazione di tecniche di aggiramento dell'elemento di resistenza del paziente, quasi in funzione di un suo annullamento.

Per proseguire il confronto tra le due impostazioni è opportuno fare un passo ulteriore, comparando non solo il modo in cui il trattamento viene guidato, ma il particolare rapporto che instaura rispetto alla nozione di *verità* e di *veridicità*.

2. La volontà di verità di Freud e il pragmatismo terapeutico di Janet

Questo tema è trattato in maniera interessante nel libro *La riscoperta dell'anima* di Ian Hacking. Hacking è un filosofo analitico e uno storico della scienza, pertanto il suo è uno sguardo diverso da quello di chi si occupa

Du hast ja selbst glaubwürdig gefunden, was ich Dir erzählen konnte. Ich will also historisch beginnen, woher die Motive zum Unglauben gekommen sind. Die fortgesetzten Enttäuschungen bei den Versuchen, eine Analyse zum wirklichen Abschluß zu bringen, das Davonlaufen der eine Zeit lang am besten gepackten Leute, das Ausbleiben der vollen Erfolge, auf die ich gerechnet hatte, die Möglichkeit, mir die partiellen Erfolge anders, auf die gewöhnliche Art zu erklären: dies die erste Gruppe».

abituamente della psicopatologia e ciò lo porta a cogliere aspetti che normalmente sono considerati marginali in ambito psicologico, e che riguardano soprattutto la dimensione logico-formale.

Anche Ian Hacking parte dalla considerazione di come, pur condividendo esperienze cliniche molto simili – basate sulla scoperta dell'importanza del trauma psichico nella genesi e nel trattamento dell'isteria – Freud e Janet abbiano però intrapreso, sia nella teoria psicologica che nella pratica terapeutica, direzioni tra loro opposte e incompatibili.

Poiché si tratta di un ragionamento abbastanza articolato, penso sia utile presentarlo per esteso, riporterò, pertanto, un ampio estratto del capitolo del suo libro, anche se inframezzato da qualche riflessione esplicativa.

Secondo me, Freud era sospinto da una terribile Volontà di Verità [*sic!*] che emerge anche da un altro suo contrasto, quello con Janet. Ellenberger scrive che i valori di Freud erano quelli dell'età romantica, mentre Janet operava nella prospettiva del razionalismo illuministico. Tale visione è, nella migliore delle ipotesi, parziale. In realtà Janet era flessibile e pragmatico; al contrario è stato Freud, con il suo inflessibile zelo teorico, a dar voce allo spirito illuministico. La sua teoria giovanile delle specifiche eziologie delle nevrosi sarebbe piaciuta moltissimo agli intellettuali del Seicento. Leibniz l'avrebbe trovata affascinante⁹¹.

⁹¹ Ian Hacking, *La riscoperta dell'anima*, Feltrinelli, Milano 1996, p. 268.

Qua mi permetto di fare una breve nota a vantaggio di chi non conoscesse questa teoria freudiana. Il rilievo che fa Hacking sul fascino di questa giovanile elaborazione (e in generale sullo spirito illuminista di Freud) a mio parere è pertinente. Perché si rimane veramente affascinati dalla logica con cui Freud ordina un'enorme quantità di dati clinici e nosografici riportandoli a uno schema che unifica eziologia e psicogenesi dei sintomi, secondo un meccanismo unitario, facendoli derivare da pochi, semplici, processi. Al di là della valutazione che possiamo darne, anche alla luce delle successive elaborazioni freudiane che ne hanno ridimensionato in parte la validità⁹², vediamo che si presenta come un modello estremamente elegante, che richiama veramente la precisione di un meccanismo ad orologeria, per il modo in cui organizza e spiega l'intera psicopatologia, dalle nevrosi alle psicosi. Questo particolare risultato non è casuale. Credo sia invece indicativo di una capacità sintetica che non è solo segno della capacità intellettuale, ma deriva dall'atteggiamento epistemico sottostante. Non c'è semplicemente la ricerca di una risposta, ma di una risposta che doveva presentare determinati requisiti di validità generale. Se fosse stata una teoria fisica avrebbe avuto la caratteristica dell'eleganza matematica. La necessità freudiana di soddisfare quelli che oggi chiameremmo i diversi tipi di validità, si riverbera nel particolare rapporto con la verità, così come Hacking lo presenta, ovvero come un culto della verità per la verità:

⁹² Basti pensare alla lettera a Fliess sopra citata.

[Freud è] stato un appassionato ricercatore di quella Verità profonda e generale di cui riconosceva un valore. [...] Janet era refrattario a questa Volontà di Verità. Era un uomo geloso della propria rispettabilità e (verrebbe la voglia di aggiungere, *perciò*) non aveva un analogo culto della Verità. Affrontava le nevrosi causate da traumi cercando di convincere il paziente che il trauma non c'era mai stato. E lo faceva mediante la suggestione e l'ipnosi, ogni volta che poteva. Si pensi per esempio a una delle sue prime pazienti, che all'età di 6 anni veniva fatta dormire vicino a un ragazzo affetto da una forma dolorosissima di impetigine su un lato del volto. Dallo stesso lato del volto la paziente accusava macchie isteriche, perdita della sensibilità e persino cecità. Così Janet usò l'ipnosi per suggerirle di stare accarezzando il volto morbido e liscio del ragazzo a fianco del quale aveva dormito quando aveva sei anni. Tutti i sintomi, cecità parziale compresa, scomparvero. Janet aveva curato la paziente raccontandole una bugia e inducendola a crederci. L'operazione si ripeté per anni: ogni volta egli faceva credere ai suoi pazienti una cosa che sapeva essere falsa. [...]

Per indicare le cose false che si fanno credere ai malati si impiegano eufemismi come 'immagini sostitutive positive': «nel caso in cui sanare un possibile trauma e illustrare i dettagli secondari si fosse rivelato impossibile o non avesse assicurato alcun sollievo, Janet al pari di Milton Erickson, usava l'ipnosi per sostituire immagini positive o neutrali ai ricordi traumatici. Così alla donna affetta da cecità isterica all'occhio sinistro chiese di immaginare

di stare dormendo nello stesso letto con un “bambino molto bello e assolutamente sano”»⁹³.

Freud era l'esatto opposto di Janet. I suoi pazienti dovevano affrontare la verità, o quella che egli considerava tale. E retrospettivamente possiamo essere certi che, per effetto della sua risoluta dedizione alla teoria, anche Freud cadde molto spesso in errore. [...] Ma nulla dimostra che Freud, per esigenze di metodo terapeutico, abbia indotto sistematicamente i propri pazienti a credere a cose che sapeva essere false⁹⁴.

Ovviamente Hacking ammette che Freud potesse benissimo sbagliarsi nelle sue costruzioni (e che quindi potevano anche essere false), ma, e qui c'è un punto importante, sostiene *che Freud non avrebbe mai potuto indurre un paziente a credere a qualcosa che lui sapeva essere falso, neppure per fini terapeutici*. Riprenderò poi nel dettaglio il caso clinico di Janet, così come lui lo presenta, qui però è importante precisare come, al di là della finalità terapeutica (che Freud perseguiva *esplicitamente* nel periodo che stiamo considerando), ciò che già radicalmente era diversa era la questione della modalità con cui si *dovesse* arrivare a questo fine. Ciò che si diversifica radicalmente tra i due, non è tanto il fine (terapeutico,

⁹³ B. A. van der Kolt, O. van der Hart, *Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress*, in *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 379–395, 1989. Citato in I. Hacking, *op. cit.*, nota 36, p. 269.

⁹⁴ I. Hacking, *op. cit.*, pp. 268-9.

conoscitivo, educativo che sia), ma la considerazione che è il metodo a essere fondamentale, perché solo uno consentiva di arrivare alla ricostruzione della *verità* del soggetto (e della verità psichica in generale). Prosegue infatti Hacking:

Così si presenta uno strano paradosso. Diversamente da quanto sostiene Ellenberger, Janet non era affatto un illuminista. Era un rispettabile personaggio della terza repubblica, fedele a quelle che gli inglesi chiamano virtù vittoriane. Certamente non avrebbe mai mentito ai suoi pari, ossia gli altri rispettabili esponenti del mondo delle professioni. Al contrario, aiutare i proprio pazienti, per lo più donne e poveri, facendo loro credere cose false, gli parve la cosa più naturale del mondo. Per lui non era importante la verità astratta, né il fatto che i suoi pazienti conoscessero le verità che li riguardavano. Egli era un medico, un terapeuta, e a quanto è dato sapere un eccellente terapeuta.

Giungiamo quindi a una conclusione sconvolgente. La dottrina del trauma psicologico, del recupero dei propri ricordi e dell'abreazione ha determinato una crisi della verità. Freud e Janet, i due più memorabili campioni di questa dottrina hanno affrontato la crisi in modi opposti. Janet non trovò alcunché di riprovevole nel mentire ai pazienti per creare falsi ricordi che consentissero loro di affrontare le proprie angosce. Per lui la verità non era un valore assoluto. Per Freud, invece lo era. Egli mirava a creare la vera teoria e tutto il resto doveva servire al

conseguimento di questo obiettivo: così i pazienti dovevano affrontare le verità concernenti le loro persone. *Quando incominciò a dubitare che i ricordi emersi in sede di analisi fossero veri, elaborò una teoria che funzionava altrettanto bene nell'ipotesi che fossero veri e nell'ipotesi che fossero solo fantasie.* [...] la motivazione di Freud era l'ideale della verità: non la verità sulla vita di questo o quel paziente, non la verità sulle famiglie viennesi dell'Otto e Novecento, ma la verità più elevata sulla psiche⁹⁵.

Hacking evidenzia in Freud ciò che lui chiama «Volontà di Verità» Questa volontà non rappresenta semplicemente una differenza di temperamento o di personalità individuale tra Freud e Janet, ma rivela un atteggiamento ben più profondo e complesso che si riverbera nel modo in cui psicanalisi e psicoterapie concepiscono e utilizzano, all'interno della loro pratica, l'azione e la funzione della verità.

Per usare una metafora: nella psicanalisi, come disciplina ideale, è ancora presente la stessa volontà di verità che Freud vi ha impresso quando l'ha ideata. Come nel caso del Golem, che la parola Verità (אמת) rende vivo, il valore assoluto della verità è stato impresso dal suo creatore come elemento costitutivo e non secondario nella psicanalisi. Ciò è particolarmente evidente nel carattere inflessibile, e spesso a-terapeutico, della ricerca analitica. Si badi bene: inflessibile, ma non coercitivo.

⁹⁵ Ivi, p. 270. Corsivo aggiunto.

Nell'analisi l'analizzato deve affrontare le verità che lo riguardano e non può indulgere in «immagini sostitutive positive», né può crearsi un passato accondiscendente, non può risparmiarsi nulla, neppure a nome di un vantaggio terapeutico capace di portare un miglioramento considerevole. Entrerò più nel dettaglio di questo aspetto, dopo aver ripreso il caso clinico di Janet attraverso il resoconto che lui stesso ne fornisce, nel suo importante libro *L'automatismo psicologico*.

Si tratta del caso di Marie, ricoverata in manicomio dall'età di diciannove anni e considerata folle e inguaribile, nonostante i ripetuti tentativi. Uno dei sintomi isterici più interessanti era la cecità all'occhio sinistro. Quando le si chiedevano informazioni a riguardo Marie era molto restia a parlarne dicendo che era così fin dalla nascita. Tuttavia Janet riesce a datare anagraficamente la comparsa del sintomo e a ricondurlo a uno specifico evento traumatico, tramite il procedimento dell'ipnosi regressiva:

È stato facile verificare, attraverso il sonnambulismo, che si ingannava: trasformata in bambina di 5 anni, tramite i procedimenti noti, riprendeva la sensibilità che aveva a quell'età e si poteva constatare che allora vedeva benissimo da entrambi gli occhi. Dunque la cecità era iniziata all'età di 6 anni. In quale occasione? Marie continua a dire, quando è sveglia di non saperne niente. Durante il sonnambulismo [...] constatai che la cecità iniziava ad un certo punto in occasione di un futile incidente. Era stata costretta, nonostante i suoi pianti a dormire insieme

a un bambino della sua età che presentava una infezione purulenta sulla pelle su tutto il lato sinistro della faccia. Dopo qualche tempo, Marie sviluppa macchie purulente sulla pelle del viso che sembrano assolutamente identiche a quelle del bambino e che erano collocate negli stessi punti; queste macchie sono ricomparse diversi anni dopo, poi sono guarite, ma solo da quel momento ci si è accorti che Marie era anestetica nella parte sinistra del viso e cieca dall'occhio sinistro. In seguito Marie ha sempre conservato questa stessa anestesia. Per ottenere la guarigione ripeto lo stesso procedimento di prima. La riporto con il bambino di cui ha orrore, le faccio credere che il bambino sia molto grazioso e che non abbia pustole sul viso: ne è convinta soltanto a metà. Dopo due ripetizioni *ho la meglio*, e lei accarezza senza paura il bambino immaginario. La sensibilità del lato sinistro ricompare senza difficoltà e al risveglio Marie *vede dall'occhio sinistro*⁹⁶.

Nella psicoterapia, comunque la si voglia declinare – e senza dubbio molto ragionevolmente –, alla fin fine conta che il paziente stia meglio e che lo faccia nel più breve tempo possibile. Il caso di Marie si dimostra disperato, perché nessuno in precedenza era riuscito a curare in alcun modo la paziente e a portarle duraturo sollievo. In

⁹⁶ P. Janet, *L'automatismo psicologico*, cit. pp. 447-8. Corsivi miei. Vorrei comunque sottolineare l'efficacia terapeutica dell'intervento di Janet e del ragionamento diagnostico, ma anche il sottotesto espresso dalla locuzione «ho la meglio».

maniera assolutamente coerente con l'assunto di "guarire gli ammalati" Janet arriva a mentire consapevolmente: volutamente impone alla coscienza della malata qualcosa di falso, facendolo passare per vero. Tutto questo allo scopo specifico di modificarne il comportamento, arrivando a sovrascrivere, diciamo così, la realtà del ricordo sostituendola con qualcosa di costruito ad arte. E lo fa avendo la meglio sulla volontà della paziente che invece tenderebbe a riaffermare quanto ha realmente vissuto.

L'artificio terapeutico viene giustamente celebrato per la sua efficienza, ovvero per la sua capacità di modificare, anche se solo temporaneamente, le risposte del malato risolvendo unitariamente un complesso di sintomi e sicuramente costituisce il paradigma elettivo dell'intervento psicoterapeutico efficace⁹⁷.

Questo vale anche nel caso in cui, come nelle terapie cognitivo comportamentali, l'intento è quello di riprogrammare pattern emotivi, di azione e di pensiero. Ovvero modificare gli schemi di risposta disfunzionali che sono stati acquisiti, per sostituirli con schemi adatti, funzionali e non più classificabili come sintomatici.

Mi pare che l'approccio di Janet incorpori anche

⁹⁷ Nel testo Janet, più di quanto abbia mostrato io, incorpora l'esito terapeutico in una teoria psicologica. Al di là della sottigliezza metodologica e clinica, che sono innegabili, quello che vorrei sottolineare è, lo ribadisco, la funzione della verità nel processo terapeutico. Janet è interessato all'oggettività scientifica di quello che sperimenta e anche alla sua falsificazione, ma non al modo in cui la verità opera all'interno del soggetto.

questo tipo di impostazione, perché agisce come riconfigurazione cognitiva di uno stimolo.

Infatti *non interviene direttamente sul sintomo*, ma agisce in *maniera indiretta* su ciò che ne determina la comparsa. All'interno del paradigma stimolo/risposta Janet fa in modo di sostituire una rappresentazione con un'altra, solo che la rappresentazione sostitutiva di contrasto positiva è studiamente falsa ed è imposta tramite ipnosi. Si tratta, ad ogni modo, di modificare uno schema cognitivo-comportamentale, introducendo una nuova elaborazione cognitiva. Che questa ri-codificazione della risposta avvenga rapidamente tramite suggestione oppure avvenga attraverso un altro tipo di condizionamento o apprendimento, alla fine cambia poco.

Tornando all'esempio di Janet è interessante notare come l'uso della menzogna per lui è assolutamente non problematico. È semplicemente il modo più veloce per raggiungere lo scopo terapeutico e teorico che si prefigge. Non c'è alcun tipo di scrupolo relativo all'opportunità o meno di ricorrere a questo tipo di stratagemma, semplicemente perché la questione della verità del soggetto non si pone neppure, con tutta probabilità sarebbe stata vista come oziosa se non dannosa. Esiste solo la verità dei fatti.

Ma per Freud questa è una strada che non è *mai* stata veramente percorribile per una ragione che si colloca nel registro della verità. Ovvero non va ricercata in ragioni tecniche, problematiche metodologiche o divieti deontologici, ma nel rischio che un tale procedimento sia potenzialmente patogeno.

Questo aspetto risulta più chiaro se facciamo riferimento a un testo di Freud del 1924, ovvero *La perdita di realtà nelle nevrosi e nelle psicosi*:

Nevrosi e psicosi sono entrambe espressioni della ribellione dell'Es contro il mondo esterno, del suo dispiacere, o, se preferite, della sua incapacità di adattarsi alla dura realtà, all'Ἀνάγκη [necessità]. Nevrosi e psicosi si differenziano in modo assai più netto nella reazione iniziale di partenza che non in quella successiva, che rappresenta un tentativo di riparazione.

La differenza iniziale si riflette così nell'esito finale: nella nevrosi una parte della realtà viene evitata con la fuga, nella psicosi essa viene ricostruita *ex novo*. [...] Oppure, espresso in altre parole ancora: la nevrosi non rinnega la realtà e semplicemente di essa non vuole sapere nulla; la psicosi invece rinnega la realtà e cerca di rimpiazzarla. Chiamiamo normale o "sano" un comportamento che unisca determinati tratti di entrambe le reazioni, che al pari della nevrosi non rinneghi la realtà, e che però poi, come la psicosi, cerchi di modificarla. Questo comportamento normale e adeguato porta naturalmente a un lavoro di manipolazione esterna sulla realtà e non si accontenta, come la psicosi, di modificazioni interne; non è più un comportamento autoplastico, ma alloplastico⁹⁸.

⁹⁸ S. Freud, "*La perdita di realtà nella nevrosi e nella psicosi*" (1924), in *Opere*, cit., vol. 10, p. 41.

L'immagine sostitutiva utilizzata da Janet ricorda il processo di rinnegamento della realtà e il tentativo di rimpiazzo con qualcosa di accettabile e piacevole. Ma fino a che punto implica far ricorso a un procedimento tipico delle psicosi e all'indebolimento della capacità del paziente di stabilire un legame con la realtà? Potremmo chiederci come Janet valutasse questa eventualità, ma in realtà è probabile che non si ponesse assolutamente questo problema. Questo perché il quadro teorico in cui si muoveva semplicemente ignorava la questione: *non aveva spazio per il problema della verità come elemento necessario del trattamento*.

Ciò che conta era la regolarità con cui le manifestazioni sintomatiche dei pazienti venivano temporaneamente eliminate e, al massimo, la problematicità di rendere il periodo di recessione sintomatica il più lungo possibile.

Sia chiaro, Janet ha una solida teoria psicologica su nevrosi, psicosi e la loro relazione con la realtà, ma in questa teoria è irrilevante che un sintomo sparisca perché il paziente ha sostituito un ricordo reale con una immagine falsa, oppure se dovesse avvenire in seguito a un'effettiva rielaborazione del trauma. Il criterio fondamentale è *l'efficacia terapeutica*. In questa teoria non c'è effettivamente spazio per riflettere sulla *perdita* della realtà in termini freudiani, in primo luogo perché la realtà non è *veramente* problematica. Giustamente Hacking fa notare che a Janet non capitava di mentire ai pazienti perché fosse un bugiardo per indole, giacché non avrebbe mai

mentito ai suoi colleghi, ai suoi pari⁹⁹. Per tutti loro la realtà era un concetto ben chiaro, saldo e coincidente con ciò che pensavano del mondo.

Janet, pur conoscendo molto bene i problemi dell'alienazione mentale, mantiene la convinzione di possedere la giusta lettura della realtà, di sapere come stanno le cose. E le cose stanno esattamente come lui le vede: le risposte cognitivo comportamentali giuste sono quelle che lui considera giuste. L'ideologia che trasmette e fa subire ai pazienti è quella della sua rispettabilità borghese, da cui proviene ed è baluardo. Da questo punto di vista la direttività terapeutica, di cui si fa promotore, è *eticamente* giustificata perché, sia moralmente che epistemologicamente, coincide con quanto prescrive il biopotere dominante.

⁹⁹ Vorrei accennare a un parallelismo, segnalatomi da Luca Lupo, tra le posizioni contrapposte di Janet e Freud e quelle di Benjamin Constant e Kant, così come sono state presentate da quest'ultimo nello scritto *Su un presunto diritto di mentire per amore degli esseri umani* (1797). Come osserva Maria Chiara Pievatolo: «per Kant la veridicità è un principio irrinunciabile e irriducibile, per Constant può e deve essere somministrata con una certa latitudine. [...] Constant aveva sostenuto che il dovere di dire la verità non è incondizionato, perché bisogna tener conto, preliminarmente, del danno che la verità può arrecare ad altri. Noi abbiamo diritto alla verità solo nella misura in cui essa non nuoce gli altri.» Per Janet il diritto alla veridicità, nel momento in cui pietosamente si allevia il sintomo psichico al malato, può essere sospeso a discrezione del medico. Cfr. I. Kant, *Sette scritti politici liberi*, Firenze University Press, Firenze 2011, p. 242.

Di converso, la posizione freudiana è divergente e dissidente fin dall'inizio e tale si manterrà in seguito, arrivando quasi alle estreme conseguenze di un'inconciliabilità radicale anche quando arriva a un apparente riconoscimento internazionale. Vengono in mente le parole che Freud il 7 dicembre 1938 ha registrato per la BBC, dopo il suo arrivo in Gran Bretagna. Qui si esprime prevalentemente in lingua inglese e, in pochissime parole, traccia un quadro della sua vita e del suo lavoro, parole che mostrano bene la cifra della sua avventura scientifica:

Ho iniziato la mia attività professionale come neurologo, cercando di portare sollievo ai miei pazienti nevrotici. Grazie all'influenza di un amico più anziano e ai miei personali sforzi, scoprii alcune importanti nuove verità riguardanti le pulsioni inconsce della vita, il ruolo degli impulsi sessuali e altro ancora. Da queste scoperte nacque una nuova scienza, la psicoanalisi, una branca della psicologia e un nuovo metodo di cura delle nevrosi. Tuttavia, dovetti pagare un prezzo elevato per questa fortuna. La gente non credeva alle mie scoperte e trovava sconvenienti le mie teorie. La resistenza fu forte e implacabile. Alla fine riuscii a guadagnare degli allievi e a fondare un'associazione psicoanalitica internazionale. Ma la lotta non è ancora finita. All'età di 82 anni, a seguito dell'invasione tedesca, lasciai la mia casa a Vienna e venni in Inghilterra, dove spero di concludere la mia vita in libertà. Il mio nome? è Sigmund Freud¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Il testo originale recita: «*I started my professional activity as a*

Le teorie di Freud sono considerate sconvenienti e c'è da chiedersi come mai, un medico ebreo con famiglia a carico nella Vienna di inizio secolo, avesse deciso di professare contro tutto il mondo teorie sconvenienti, se non fosse per quella volontà di verità a cui si è accennato prima. Ma le sue teorie non avevano nulla di disdicevole, semplicemente riportavano all'evidenza ciò che la civiltà aveva con cura rimosso e sostituito con immagini sostitutive positive. La sua operazione culturale è quindi l'opposto di quella praticata da Janet: dove l'educazione civile aveva portato alla creazione di una dimensione idealizzata ma falsa, Freud riporta l'attenzione alla realtà per come essa è, in particolare riguardo l'importanza della dimensione sessuale (ma non solo). Facendo questo smaschera l'ipocrisia della morale sociale, sbugiarda una visione del mondo costruita semplicemente su un'illusione.

*neurologist trying to bring the relief to my neurotic patients. Under the influence of an older friend and by my own efforts I discovered some important new facts about the unconscious excitements of life and the role of the sexual urges and so on. Out of these findings there grew a new science, psychoanalysis, a part of psychology and a new method of treatment of the neurosis. I had to pay heavily for this bit of good luck. People did not believe in my facts and thought my theories unsavory. Resistance was strong and unrelenting. In the end, I succeeded in acquiring pupils and building up an international psychoanalytic association. But the struggle is not yet over. Im Alter von 82 Jahren verliess ich infolge der deutschen Invasion mein Heim in Wien und kam nach England wo ich mein Leben in Freiheit zu enden hoffe. My name? Is Sigmund Freud». Traduzione mia, corsivo aggiunto, trascrizione presa da J. K. Weinberger, *Vienna Voices*, Parlor Press, West Lafayette Indiana 2006, p. 228.*

3. *Parrhēsia e Wahrhaftigkeit*

La questione della verità, per come ne stiamo parlando, può essere articolata almeno in due aspetti, il primo è di natura critica e si riconnette, in qualche modo, alla figura del parresiasta, così come la descrive Foucault, perché esprime una verità scomoda, ma impellente. Questo avviene fin da subito, già nelle prime comunicazioni che Freud compie sull'isteria e sulla teoria delle psiconevrosi da difesa. Questo aspetto è forse il più leggibile, e probabilmente trova una sua origine nel culto della verità di cui Hacking parlava. Non è comunque il più importante, per il semplice fatto che il parresiasta testimonia la verità di cui è portatore, ma in ciò non fa che manifestare la sua intima natura. Il secondo aspetto invece riguarda il modo in cui la verità agisce all'interno del soggetto, e questo non può essere fatto senza la creazione di una teoria complessa che dia conto di come ciò avvenga e sia possibile. Per rispondere a questa seconda esigenza Freud non poteva semplicemente limitarsi a testimoniare qualcosa, ma doveva costruire l'articolato edificio pratico/teorico che ha poi chiamato psicanalisi. Quest'impresa non è stata lineare e probabilmente può essere compresa solo ripercorrendo il suo sviluppo storico dialettico, che richiederà una trattazione a parte, ed è evidente che attorno al 1895 ancora non esisteva se non *in nuce*. Ma i due aspetti, per quanto profondamente diversi, sono inscindibili e il primo ha l'indubbio vantaggio di una maggiore

visibilità, e anche di fornire un indicatore euristico del contenuto di verità delle diverse teorie psicanalitiche che si sono moltiplicate negli anni. Dell'articolato concetto di *parrhēsia* di cui parla Foucault (che in questo contesto considero in un'accezione che *esclude* la dimensione clinica) è interessante sottolineare il valore costitutivo dato al *rischio*.

In effetti, perché si possa parlare di *parrhēsia* in senso positivo [...] sono necessarie due condizioni supplementari, oltre alla regola vincolante della verità e del dire tutto. Non soltanto è necessario che questa verità rappresenti il parere personale di chi parla; ma bisogna che chi parla la esprima non a fior di labbra, bensì come manifestazione reale di ciò che pensa: ed è in questo senso che egli sarà un parresiasta. Il parresiasta esprime la sua opinione, dice quel che pensa, firma, in qualche modo, la verità che egli stesso enuncia: si lega a tale verità; a essa perciò si vincola e grazie a essa assume degli obblighi. Ma non basta: [...] Perché ci sia *parrhēsia*, lo ricorderete – ho insistito abbastanza su questo l'anno scorso –, bisogna che il soggetto, esprimendo una verità che coincide con la sua opinione, con il suo pensiero, con la sua credenza, assuma un certo rischio: un rischio che riguarda la relazione con il suo interlocutore. Perché vi sia *parrhēsia*, bisogna che chi dice la verità apra, introduca e affronti il rischio di ferire l'altro, di irritarlo, di farlo andare in collera e di provocare certi suoi comportamenti che possano spingersi fino

alla violenza più estrema. La verità è dunque esposta al rischio della violenza¹⁰¹.

Non è una scoperta che, per Freud, la psicanalisi (e in definitiva lui stesso) suscitasse enormi resistenze sociali e culturali a causa della sua *Wahrhaftigkeit*:

Ecco perché la civilizzazione richiede uno stato d'ipocrisia a cui si affiancano necessariamente un senso d'incertezza e un bisogno di proteggere la sua innegabile instabilità attraverso l'interdizione di ogni critica e di ogni discussione. [...] La psicanalisi rivela i punti deboli di questo sistema e ne raccomanda l'abbandono. Pensa che sia necessario limitare la severità della rimozione dell'istinto, per dare più posto alla *veridicità* [*Wahrhaftigkeit*]. Alcuni impulsi istintivi che la società ha represso troppo brutalmente devono ottenere un maggior soddisfacimento; per altri, la repressione mediante il metodo aleatorio della "rimozione" deve essere sostituito da un procedimento più vantaggioso e pertinente. Per aver formulato queste critiche, la psicanalisi, "nemica della civiltà", è stata messa al bando come un pericolo pubblico¹⁰².

¹⁰¹ M. Foucault, *Il coraggio della verità*, Feltrinelli, Milano 2009, pp. 22-23.

¹⁰² S. Freud, *Resistenze alla psicanalisi* 1925 [1924], trad. di Moreno Manghi, Polimnia Digital Editions, Sacile 2024, collana Ritradurre Freud dopo le OSF/3, pp. 42-43. Corsivo aggiunto e quadre aggiunte.

Dobbiamo essere onesti: la psicanalisi è veramente una “nemica”, ma bisogna cercare di capire nemica di che cosa. Non nemica della civiltà in quanto tale, ma nemica della civiltà in quanto istituzione nevrotizzante. Nemica delle ideologie nella misura in cui si sostituiscono alla realtà, imponendo immagini sostitutive positive, rispetto al perturbante costituito dalla percezione del reale. Ovvero la psicanalisi nella sua vocazione originaria dovrebbe essere incompatibile con le modalità di negazione della realtà, anche quando risultano perfettamente adattive, anche quando sono istituzionalizzate normalizzate dalla dimensione sociale.

Ma che cosa impedisce alla psicanalisi dall'essere a sua volta un'ideologia di questo tipo, cosa che comunque è spesso accaduta e accade? Questo è un punto importante, e credo che lo si possa capire bene se riprendiamo il concetto di volontà di verità, dal quale cui siamo partiti.

La volontà di cui stiamo parlando, e per come la intendo io, non è una volontà terapeutica, non è la volontà di curare il nevrotico a tutti i costi, non è neppure la volontà d'imporre una verità o un sistema di valori in maniera surrettizia.

Vorrei però sottolineare una cosa: ci deve essere qualcosa, nel particolare modo in cui opera la psicanalisi, capace di attivare questo meccanismo di difesa sociale, al punto che si potrebbe dire che nel momento in cui dovesse smettere di mettere in crisi la società, avremmo evidentemente agito nel senso di una adulterazione della

psicanalisi¹⁰³. Perché significherebbe averla privata di uno dei suoi principali elementi costitutivi, ovvero la volontà di perseguire la verità.

Dovrebbe far riflettere che le psicoterapie, che nascono nelle loro intenzioni come tentativo di miglioramento della psicanalisi freudiana, non vengano minimamente percepite come minacciose.

Se si prendono in esame le parole dei loro fondatori, le psicoterapie nascono con lo scopo di essere più oggettive, più efficaci, più scientificamente fondate. È veramente singolare che, in questa trasmutazione, perdano però sistematicamente anche tutti i caratteri che avevano reso socialmente pericolosa la psicanalisi freudiana.

In molti casi enfatizzano il loro ruolo nel migliorare l'adattamento sociale dei pazienti, la loro capacità di tornare produttivi e integrati nel mondo. Il che è, come abbiamo potuto vedere, paradossale, perché tale adattamento implica l'adesione a una formazione psicopatologica, e quindi l'adattamento agisce come consolidamento di una struttura nevrotica, e non come suo eventuale superamento.

Potremmo dire che le psicoterapie psicoanalitiche (ma non solo) si contraddistinguono per essere quasi

¹⁰³ Una storia sociale della psicanalisi certo mostrerà come, per molto tempo sia stata una moda culturale, con tanto di fumetti e telefilm. È anche vero che questa assimilazione ha la funzione di anticorpo, individuando e neutralizzando gli agenti disturbanti. Ma questo è inevitabile, dal punto di vista culturale.

tutte *egosintoniche* con la società civile: non apportano alcun turbamento nelle coscienze, anzi sembrano spesso rassicuranti rispetto allo *status quo* civile.

La psicanalisi non parla da sé, non è un'entità senziente: la figura del parresiasta dev'essere per forza un essere umano, un individuo, che non può parlare semplicemente come tecnico. In ciò si struttura la particolarità del discorso dello psicanalista, che non può agire come portavoce di una teoria, senza assumersi la responsabilità del vero che enuncia. Vale la pena di considerare questo aspetto riprendendo anche l'uso che Kant fa del termine veridicità, *Wahrhaftigkeit*. Nel testo del 1797 sopra citato è interessante notare che il fulcro non sta tanto nel dire la verità, ma nella *legittimità* di mentire in alcune circostanze, ovvero quando la menzogna può arrecare danno a qualcuno. Se da un punto di vista prettamente politico vediamo che l'intransigenza psicanalitica è perfettamente comprensibile e coerente nella sua funzione di critica, diventa più problematica nella misura in cui entriamo nel campo clinico. Ovvero in una situazione una presunta verità enunciata dall'analista non solo danneggia il paziente, ma neppure può configurarsi come verità all'interno del suo reale psichico. La dialettica veridicità/menzogna¹⁰⁴ è particolarmente complessa e non riguarda ovviamente solo la psicanalisi, ma anche l'ambito

¹⁰⁴ Per una veloce introduzione si veda A. Tagliapietra, *La virtù crudele. Filosofia e storia della sincerità*, Einaudi, Torino 2003 e Id., *Sincerità*, Raffaello Cortina, Milano 2012.

biomedico (e se vogliamo psicoterapeutico inteso in forma sanitaria), benché le soluzioni non possano che divergere. In primo luogo perché nel secondo caso la *verità* che si deve comunicare o meno è quella del medico, mentre nel primo caso riguarda il soggetto che fa l'analisi. Ma come, giustamente scrive Kant:

l'espressione "avere diritto alla verità" è priva di senso. Occorre piuttosto dire: "L'uomo ha diritto alla sua stessa veridicità [*Wahrhaftigkeit*] (*veracitas*)", ossia alla verità soggettiva riferita alla propria persona. Infatti, avere oggettivamente diritto alla verità equivarrebbe a dire che dipende in generale – cioè sia per me sia per te – dalla volontà di ciascuno di noi se una data proposizione debba essere vera o falsa, e ciò produrrebbe una ben singolare forma logica¹⁰⁵.

Ovverosia non si tratta di avere accesso o meno a una determinata informazione (che può essere o meno fornita, a discrezione del medico), quando al *diritto* alla propria veridicità. E, in questo senso, la psicanalisi si inserisce proprio nel tentativo di salvaguardare tale diritto. Inoltre, nella sua pratica più profonda, si pone anche come luogo privilegiato dove tale veridicità può emergere e manifestarsi nel discorso, nell'evidenza dell'analisi stessa.

¹⁰⁵ I. Kant, B. Constant, *La verità e la menzogna*, Bruno Mondadori, Milano 1996, p. 291. Quadre nel testo.

Documenti

Mathieu Bellahsen | *Psichicidio*

Parliamo della salute mentale nel 2025 ovvero dei maneggi per ridurre al silenzio la psichiatria. Piovono cattive notizie, probabilmente per raffreddare i data center della salute mentale digitalizzata. La clinica di La Borde e la sua attività psichiatrica sono sul banco degli imputati: un esempio dello “psichicidio” in corso.

In una lettera datata 17 ottobre 2025, l’Agenzia Regionale della Salute (ARS) Centro-Valle della Loira ha notificato alle cliniche di La Borde e La Chesnaie la mancata proroga dell’autorizzazione all’esercizio dell’attività psichiatrica. La Borde, luogo in cui è stata inventata un’altra psichiatria, collettiva e politica, luogo di cura per molti, luogo di formazione, di tirocinio, punto di riferimento in questi tempi difficili. L’ARS non ha ritenuto opportuno informare i diretti interessati, ma parla comunque di “co-costruzione”...

La lettura del documento è istruttiva, poiché si tratta in particolare di *«effettuare un’analisi approfondita delle situazioni individuali in un determinato momento – ciò che viene definito un “taglio”, una sorta di “carotaggio” – per identificare i bisogni reali riguardo alle cure e all’accompagnamento»*.

L'ARS e le autorità psichiatriche (Ministeri e altri) hanno abolito l'inconscio, generando una situazione comica che rasenta la buffonata... L'ARS taglia e ne subiamo le conseguenze. Tuttavia, essa è pur sempre meno brutale delle Compagnie Repubblicane di Sicurezza (CRS)¹ che insultano e feriscono gravemente i cosiddetti "PP - Puzzolenti Pisciadosso" di Sainte Soline, come è stato recentemente rivelato da Mediapart. Non c'è comunque motivo di preoccuparsi, dato che l'ARS è più civilizzata della sbirraglia, perché quanto meno ringrazia le cliniche per il servizio svolto, prima di precisare che questo intervento è «ambizioso *ma* necessario».

Nel frattempo, a Saint Denis, nel dipartimento 93, gli utenti si mobilitano a sostegno del loro ospedale diurno, da cui rischiano di essere sbattuti fuori senza riguardo, a favore di riorganizzazioni, mutualizzazioni e fusioni. Il dipartimento si ispira alle pratiche della psicoterapia istituzionale, ma ci sono cose ben più importanti da fare che occuparsi di persone psicotiche e simili. In realtà, di loro ci se ne fotte altamente. Possono essere tutt'al più delle variabili di aggiustamento, purché non rompano troppo le scatole. In caso contrario, ci si può sempre lamentare dei fallimenti psichiatrici, degli adolescenti dal cervello criminale, delle "pulsioni regressive", dei mostri che bisogna rinchiudere per sempre. Qui il bastone, là la carota: circolare gente!

¹ Create dal generale De Gaulle l'8 dicembre 1944 per contribuire al ripristino della legalità repubblicana, le compagnie repubblicane di sicurezza occupano un posto speciale nella polizia nazionale [N.d.T.].

Si potrebbe fare il *tour de France* della porcata psichica che sopprime i luoghi prima di sbarazzarsi delle persone, come per esempio a Lavaur. I pazienti si mobilitano, presentano petizioni e organizzano iniziative per preservare il posto dove stare, e questo è possibile proprio perché in questa unità a lungo termine vengono trattati con umanità e si cerca di rispettare la loro parola e la loro dignità. Ma ecco che i dirigenti hanno un asso pigliatutto nella manica, che funziona sempre: i professionisti, in realtà, strumentalizzano i pazienti! Che gran cosa il paternalismo inclusivo!² Sì, perché le persone psichiatrizzate, come è ben noto, non sono in grado di pensare con la propria testa. Del resto, è questa stessa logica infantilizzante e manicomiale che ha giustificato le misure di isolamento preventivo dei pazienti durante la pandemia di Covid.

I luoghi che si fondano sui legami, sulle relazioni umane, sul trafficare, sul tempo necessario da dedicare, sono un problema. Il salutarsi cordialmente, la solidarietà terapeutica, le affinità, l'eterogeneità, sono un problema. Abbattere La Borde e questi luoghi significa anche distruggere legami costruiti con pazienza. Senza averli in animo (*sans état d'âme*). Sinonimo: senza senno (*sans état de psyché*). Insomma, senza scrupoli.

² L'Inclusività, nuova panacea sociale, è «la pratica di garantire che tutte le persone si sentano accolte, rispettate e valorizzate, indipendentemente dalle loro differenze, per un mondo equo e armonioso votato al Benessere collettivo» [N.d.T.].

E poi, ben presto, si potrà dire che queste persone psicotiche “croniche” soffrono troppo. È nei loro geni, nel loro cervello, è per tutta la vita, è incurabile. Questo nichilismo terapeutico si diffonde man mano che le persone non vengono più curate, per mancanza di dispositivi di cura reali, per mancanza di persone umane che le accompagnino. E in realtà, quello di cui hanno bisogno, e che alcuni di loro chiederanno, sarà ricorrere al suicidio assistito. In un primo tempo, ci sarà una perizia psichiatrica per assicurarsi che la persona non abbia una patologia psichiatrica, che non domandi la morte a causa di questa patologia. Ma con la cerebrologia e il suo diniego della follia, la situazione precipiterà rapidamente. In realtà queste persone saranno presto viste come affette da “una malattia come le altre”, come richiesto dalla loro “destigmatizzazione”. La cerebrologia depsiichizza e poi depsiichiatizza. Gli incurabili, gli inutili, gli invalidi; più nessun ritardo: si prospetta un’iniezione definitiva. Ciò consentirà di risparmiare. La cattiva salute mentale costa cara, è “un fardello”, si cicaleggia in TV e nelle lobby della salute mentale. Accoppandoli, si risparmierà sulle spese sanitarie.

Jean Oury, che ha fondato la clinica di La Borde, diceva spesso durante i suoi seminari a Sainte Anne che il processo concentrazionario, la logica dello sterminio, non erano finiti con la fine della seconda Guerra Mondiale. Essa era ancora lì, ci perseguitava. Oury riprendeva spesso i lavori di Klemperer sulla LTI (la lingua del Terzo Reich). Si ribellava all’attuale infiltrazione

di questa LTI nelle neolingue contemporanee dei tecnocrati psichicidari. E prendeva come esempio quelli che erano dichiarati “conformi” e quelli che non lo erano. All’epoca, per i non conformi, c’era il programma T4 e la morte³.

Strana risonanza. Nella sua lettera, l’ARS giustifica i suoi maneggi e i suoi tagli con i lunghi ricoveri che sarebbero inadeguati a causa del T2C, il sistema di tariffazione per compartimento, una specie di T2A (Tarification à l’activité - Tariffazione in base all’attività) psichiatrico: *«Oggi la psichiatria sta vivendo un grande cambiamento riguardo al quadro della sua autorizzazione. La riforma nazionale del 2022 ridefinisce le attività psichiatriche per rispondere meglio ai bisogni attuali delle persone: sviluppare le cure ambulatoriali, rafforzare i legami con il settore medico-sociale e ridurre le ospedalizzazioni prolungate quando queste non rispondono più al bisogno di cure psichiatriche in senso stretto»*. Probabilmente Jean li avrebbe chiamati “ragionieri dell’economia ristretta”, “tanatocrati”, guardandoli dritti negli occhi. Le persone che si curano attivamente a La Borde vengono etichettate altrove come “schizofrenici resistenti” perché resistono... ai trattamenti farmacologici.

³ Aktion T4 (“Operazione T4” o “Programma T4”) è il nome convenzionale con cui si designa il programma di eutanasia che, sotto responsabilità medica, prevedeva nella Germania nazista la soppressione di persone affette da malattie genetiche inguaribili e di persone con disabilità mentali e fisiche per casi gravi, ovvero le cosiddette “vite indegne di essere vissute” [N.d.T.].

Quello che viene loro promesso è quindi una vita ridotta all'inquadramento amministrativo, con meno cure. Ma più che ai bisognosi di cure, è *meglio rispondere ai bisogni delle politiche pubbliche*, pardon: *delle persone pubbliche*. Il processo che sta dietro all'attacco a queste istituzioni – che sono al contempo luoghi fisici e luoghi psichici – è la riduzione al silenzio con la distruzione dell'attività di cura psichica; in altri termini, con la medicalizzazione della psiche.

Tanto più che questo inquadramento si basa su una menzogna, cioè che la psicoterapia istituzionale sarebbe incentrata sull'ospedalizzazione e la cronicizzazione. Al contrario, la psicoterapia istituzionale ha contribuito a sviluppare l'ambulatorio grazie ai circoli terapeutici e alle attività non praticate dagli alienisti. Ridurre il movimento della psicoterapia istituzionale alle mura degli ospedali psichiatrici è semplicemente disonesto. La Borde e le altre cliniche hanno sviluppato, attraverso la Croix Marine⁴, un'intera rete di appartamenti in città, di strutture ambulatoriali, di punti di riferimento: insomma, un ambiente. Molti settori della psichiatria si sono ispirati a tutto questo prima dell'ondata di smantellamento gestionale e autoritario.

⁴ La Croix Marine, costituita ufficialmente nel 1952 e riconosciuta di pubblica utilità, è una Federazione di Aiuto alla Salute Mentale che riunisce 300 associazioni e 130 istituti di cura pubblici e privati che, all'interno di una dinamica regionale, mobilita risorse (al fine del riadattamento, della riabilitazione, del reinserimento, della prevenzione) a favore di persone che soffrono di disturbi psichici [N.d.T.].

Ma nel frattempo, i cerebriologi rialzano la cresta. Ne fa fede un articolo di «Le Monde»⁵, dove non sarebbe sufficiente una diagnosi per iniziare le cure (roba da rotolarsi dal ridere, quando si è abituati a considerare la diagnosi in una dimensione terapeutica e relazionale fin dall'inizio). Questi politici e i loro complici professionisti, promuovono il cervello e i sintomi come luogo d'intervento privilegiato, come un "ambiente" naturale, un'essenza su cui intervenire con cure e azioni (*nudges*⁶). E qui è in gioco una questione politica e democratica. Concentrarsi sul cervello, infatti, può far passare in secondo piano tutto il resto, in particolare la dominazione capitalistica, validista⁷, razzista patriarcale. Tutte le culture dell'incesto, dello stupro, della sopraffazione. Tutte le riduzioni patologizzanti.

La diagnosi viene spacciata per cura e l'inquadramento amministrativo per istituto di cura. Tutto viene standardizzato: le diagnosi, i professionisti, gli utenti. Tutti devono corrispondere a ciò che questo taylorismo digitale impone nel campo della cura. E nel frattempo, il mercato della salute mentale può continuare

⁵ https://www.lemonde.fr/sciences/article/2025/11/03/en-psychiatrie-une-prise-en-charge-precoce-des-jeunes-pour-eviter-une-pathologie-chronique_6651363_1650684.html?search-type=classic&cise_click_rank=3

⁶ In inglese nel testo.

⁷ Il "validismo" – o "capacitismo" – designa un sistema di pregiudizi e discriminazioni nei confronti di persone in situazione di handicap [N.d.T.].

a prosperare su questo cumulo di rovine, in nome, per l'appunto, della carenza di strutture e di professionisti sanitari.

Oggi, il capitalismo algoritmico, l'intelligenza artificiale e la cerebrologia si uniscono in sodalizio. E non è una buona novella. Stiamo parlando di problemi di salute mentale causati da TikTok e Rabbit Hole⁸, di adolescenti che si suicidano a causa di delusioni amorose con il loro chatbot⁹, della dissimulazione di tutta la catena delle estrazioni che sta dietro alla digitalizzazione del mondo, un'enorme *industria estrattiva* di minerali, di risorse idriche ed energetiche, di macrodati. Per non parlare dell'estrazione psichica. Tutte questa immensa industria estrattiva ha conseguenze deleterie sull'ambiente e sulla nostra psiche. Ma si continua a tacere sui conflitti, in corso e futuri, legati a tutte queste forme di sfruttamento. La lotta contro i mega bacini idrici è

⁸Tik Tok è una piattaforma di condivisione di video cinese. Nel contesto dell'era digitale, il termine "rabbit hole" è spesso usato per descrivere il comportamento di una persona che naviga su internet e si trova a seguire una serie di link, video o articoli che, con l'alibi di trattare sempre più in profondità un argomento specifico, distolgono e distraggono in altre infinite direzioni, facendo di proposito perdere di vista l'obiettivo iniziale e demoltiplicando, attraverso inutili *détours*, il tempo della ricerca [N.d.T.].

⁹Un chatbot è un software che utilizza l'intelligenza artificiale che simula ed elabora le conversazioni umane, consentendo agli utenti di interagire con dispositivi digitali come se stessero comunicando con una persona reale [N.d.T.].

solo un piccolo assaggio di quello che ci aspetta con la costruzione dei data center e del loro fabbisogno idrico¹⁰.

Psichicidio, Mesocidio

Diciamo due parole su questo neologismo, “psichicidio”. Come i dissennatori di Harry Potter¹¹, l'estrazione psichica svuota l'anima, gli affetti, il sociale e la storia. Lo psichicidio corrisponde a ciò che possiamo percepire nella evoluzione-involuzione contemporanea degli uomini, con lo sviluppo delle anestesie cognitive e psichiche, dell'anaffettività, delle pedagogie della crudeltà che ci circondano. Lo psichicidio si riferisce alla distruzione delle psicologie (anime) singolari e collettive a partire da processi di depersonalizzazione. Conosciamo l'ecocidio, ovvero la distruzione massiva dell'abitabilità della terra,

¹⁰ Cfr. su questa questione, ancora assai poco conosciuta, il primo capitolo del libro di Kate Crawford *Contra-atlas de l'intelligence artificielle. Les coûts politiques, sociaux et environnementaux de l'IA*, Editions Zulma, Paris 2022, traduzione dall'inglese (Australia) di Laurent Bury, disponibile a questo link : https://www.zulma.fr/wp-content/uploads/Contre-Atlas-de-lintelligence-artificielle_extrait.pdf [N.d.T.].

¹¹ Nel mondo di Harry Potter un Dissennatore (inglese: *Demontor*) è una creatura oscura, un “non-essere” che si nutre di felicità, seminando depressione e disperazione. I Dissennatori possono anche consumare l'anima/psiche di un altro essere, riducendolo a un guscio vuoto [N.d.T.].

in particolare per la specie umana. Dopo Gaza, conosciamo il “medicocidio”, la distruzione sistematica di ogni possibilità di cura. D’altra parte, non conosciamo – perché lo sto inventando proprio ora – il “mesocidio”, la distruzione sistematica degli ambienti (meso¹²) di vita, cioè un ecocidio a cui si aggiungono la distruzione di tutte le dimensioni relazionali e psichiche: le relazioni interumane e quelle con i non umani. I nostri ambienti di vita e di esistenza pullulano di elementi socio-storici, di traumi e fantasmi, d’immaterialità, d’inconscio e d’inconsapevolezza. Tutto ciò che Jean Oury chiamava il soggiacente, quell’humus, quel sottobosco, diceva, che crea e alimenta il vivente e l’esistente.

Nei nostri legami, nei luoghi, negli ambienti, dobbiamo reagire a partire da queste questioni. Allora, animo!

Pubblicato sul blog «Mediapart» il 7 novembre 2025: <https://blogs.mediapart.fr/mathieu-bellahsen/blog/071125/psychicide?x-tor=CS3-5> a firma di Mathieu Bellahsen, psichiatra e scrittore.

Si ringrazia Jacques Nassif per aver segnalato l’articolo.

Traduzione dal francese di Moreno Manghi

¹² Prefisso derivato dal greco *mesos* “mezzo, nel mezzo”, come mesosfera, ecc. [N.d.T.].

Recensioni

Erika D’Incau | “Morfologia delle potenze”, adolescenza e formazione

L’arte ha la possibilità di dire più delle parole, e più delle parole racconta il soggetto; l’arte manifesta quello che la parola non può dire: è ciò che può articolare, che può raccogliere quel resto che eccede sempre il linguaggio.

È attraverso l’arte che, quando è tale, anticipa gli accadimenti della realtà – a differenza della filosofia, la nottola di Minerva di hegeliana memoria – che gli autori hanno scelto di immergersi in un tema tanto importante quanto trascurato. Il testo intitolato *Morfologia delle potenze psichiche. Clinica Letteratura Arte*, di Maddalena Muzio Treccani e di Mario Rivardo¹, si occupa di uno dei concetti freudiani meno trattati dalla letteratura psicoanalitica. Nelle sue opere, Freud nomina le potenze psichiche in particolare in due scritti: nel terzo capitolo dell’*Interpretazione dei sogni* e nel secondo dei *Tre saggi sulla teoria sessuale*. Le diverse potenze psichiche – pudore, disgusto, imbarazzo, ripugnanza, ideali estetici, scrupoli morali ecc. –, hanno la funzione d’arginare la

¹ M. M. Treccani, M. Rivardo, *Morfologia delle potenze psichiche. Clinica Letteratura Arte*, Scalpendi, Milano 2025.

sessualità infantile e si manifestano nella fase di latenza, dopo il tramonto del complesso edipico. Sono delle barriere edificate nei confronti della pulsionalità incestuosa, ma possono anche non reggere e trasformarsi in carsiche vie sotterranee attraverso le quali i desideri incestuosi residui – effetto di un'elaborazione parziale o mancata del complesso edipico – possono farsi strada, emergere in superficie e influire sulle scelte soggettive e sull'accesso all'atto creativo, non solo in ambito artistico, ma anche nella quotidianità.

Maddalena Muzio Treccani e di Mario Rivardo propongono una scansione in tre tempi per l'analisi della morfologia delle potenze.

Il lettore è accompagnato, nel primo tempo, nell'esplorazione della letteratura, con due grandi romanzi di formazione quali *Ernesto* di Umberto Saba e *Agostino* di Alberto Moravia. I due romanzi, esemplari nell'illustrare il concetto di potenza psichica, disegnano magistralmente le vicende di due giovani alle prese con gli effetti di quel particolare momento di rimaneggiamento silente e inconscio della pulsionalità infantile che costituisce il preludio della pubertà e del distacco spesso doloroso e tormentato che l'adolescente agisce nei confronti dei genitori.

Il tema, per Ernesto e per Agostino, è lo stesso: l'incontro con la sessualità in un delicato snodo delle loro vite. Ciò che li differenzia è il peso che le potenze psichiche hanno avuto durante il loro sviluppo: peso greve in Agostino, invaso da imbarazzo e vergogna, tormentato da torbidi desideri che gli ripugnano, lo appesantiscono,

lo invischiano in dinamiche interne incestuose, e che prolungano perciò la fase di latenza ben oltre la fase adolescenziale.

Questo peso invece si rivela assente in Ernesto che, lieto e spietato, aperto e disinibito, si affaccia alla sessualità senza vergogna, sperimentando un'iniziazione nella quale gli autori vedono la corrente della sensualità fondersi felicemente con quella della tenerezza.

La prima parte del libro si conclude con una nota su una pietra miliare della letteratura americana: *Pastorale Americana* di Philip Roth, romanzo nel quale il protagonista, soprannominato "lo Svedese", si ritrova sbalzato violentemente dall'idealizzata pastorale americana alla rabbia più violenta dell'America degli anni Sessanta da un atto compiuto dalla figlia, per il quale lo Svedese s'incolpa d'avere forse sbrecciato la barriera alle pulsioni.

La seconda parte del libro propone un'analisi dettagliata e coinvolgente dell'arte di Mark Rothko e della sua filosofia artistica. Il richiamo alle potenze psichiche è chiaro: Rothko vuole polverizzare il familiare per liberare la creatività, per creare un varco che possa dare accesso ad un'esperienza religiosa, quale dice di vivere nel dipingere i suoi quadri, e che ritrova in colui che si commuove contemplandoli. Eliminare l'imbarazzo e la vergogna per accedere all'atto creativo: questo è l'insegnamento dell'artista. Treccani e Rivardo lo sanno benissimo: si occupano dell'arte come esperienza formativa e di cura e, giustamente, sottolineano il potere della produzione artistica nel processo di individuazione soggettiva.

Nella terza parte gli autori propongono brevi vignette cliniche tratte dalla loro esperienza di supervisori all'interno di un Centro Diurno. Attraverso essenziali ed efficaci pennellate, gli autori ci illustrano, nelle vite dei piccoli protagonisti, gli inciampi che si possono verificare durante lo sviluppo psicosessuale individuale: c'è Gioele, la cui inibizione può essere superata solo con l'eccitazione, dinamica che non gli consente di interagire con l'altro in modo libero; oppure Kim che, non avendo sviluppato una capacità di latenza, non riesce a controllare i suoi impulsi ed agisce immediatamente; ed ancora Marco, che tenta di elaborare le sue angosce attraverso il movimento, senza possibilità, invece, di rappresentarle. Le vignette riguardano tutte bambini alle prese con quel delicato momento che va dai cinque-sei anni fino all'inizio della pubertà, la cui clinica gli autori definiscono "clinica dei tratti", non essendosi, in quest'epoca, ancora strutturate forme psicopatologiche definite: il bambino nella fase di latenza presenta infatti dei tratti passibili di trasformazione, di fissazione o di strutturazione, ma ancora *in fieri*.

Elena occupa, infine, l'ultima parte del testo, che racconta di una reiterata e sofferta inibizione della pulsione epistemofila, e l'azione, e la forza, delle potenze psichiche, volte ad arginare una rabbia inelaborata e repressa.

Completa l'opera un glossario, che presenta un approfondimento teorico dei processi psichici messi in atto per elaborare il complesso edipico e che può essere letto anche in apertura, in modo propedeutico, come cornice teorica in cui collocare il ricco materiale presentato nel libro.

Il libro nel suo complesso è un testo agile, leggero nell'accezione più nobile del termine, che ha il pregio di mostrare, in filigrana, l'autenticità che solo con la passione, unita alla vocazione, può manifestarsi.

L'opera mette in risalto quanto possa essere utile – in ambito clinico, ma non solo – un'attenzione specifica all'analisi delle manifestazioni delle potenze psichiche che, in sé, non hanno nulla di patologico, ma che, come sottolineano gli autori, possono influire in modo esteso sullo sviluppo della singolarità. In particolare sulla capacità generatrice e creativa, ma anche sulle varie modalità dell'agire quotidiano, dallo studio, al lavoro, alla vita amorosa ecc.

Non è in effetti inusuale che, durante un lavoro d'analisi, dalla vergogna, dall'imbarazzo, dalla ripulsa, ma anche dalla compassione e dalla pietà, il soggetto acceda a nuclei di sé particolarmente rilevanti rispetto alla sua strutturazione. Nuclei che richiedono tempo, delicatezza e tolleranza prima che si possa concederne l'accesso alla coscienza. Ecco allora che l'investimento richiesto per il mantenimento delle potenze può essere liberato e, con esso, possono aumentare le possibilità creative individuali, utilizzabili non più per limitare una pulsionalità fissata a desideri incestuosi, che procura angoscia, ma per consentirne l'elaborazione e un soddisfacimento compatibile con l'etica soggettiva.

Un certo pudore è senz'altro desiderabile: i saggi sanno che la verità è bene che non sia spudorata, per non essere immediatamente sputata da colui che la riceve.

Mi pare dunque che il pudore serva a custodire qualcosa di prezioso, che può svelarsi solo gradualmente e mai completamente. Tuttavia è possibile che ci sia un eccesso di pudore che non consente di accedere alla spudoratezza che ha, a volte, la bellezza; ecco allora che la potenza psichica diventa, per così dire, patologica: quando non consente, per citare Rothko, di accedere ad un'esperienza "religiosa" quale può essere un'opera d'arte, o di accogliere quel che di "mistico" si può trovare nelle nostre vite, quotidianamente.

Finizia Scivittaro | Psicologia in bilico e psicanalisi: una breve storia

La psicologia, in Italia, è caratterizzata da una contraddizione interna, fin da quando è nata come professione, nel 1989. La psicologia esiste, visto che, da non pochi decenni, una facoltà universitaria italiana la insegna. Gli psicologi esistono, visto che, nel nostro paese, sono migliaia, e sono tutti iscritti a un Ordine professionale. Ma che cos'è la psicologia? Rolando Ciofi ha il merito di dare, a questa domanda, una risposta onesta: che cosa sia, esattamente, la psicologia, non lo sa nessuno, nemmeno gli psicologi.

Durante un convegno sulla formazione in psicologia tenutosi nei primi anni Duemila, un giovane studente chiese al tavolo dei relatori quale fosse la vera identità dello psicologo. Dopo un attimo di imbarazzo, un docente rispose: *“Dipende da quale aula universitaria entri e da chi ti trovi davanti”*. La risata che seguì fu nervosa, perché la risposta centrava il problema².

²R. Ciofi, *Psicologia in bilico. Professione, identità e conflitti nella storia recente della psicologia italiana*, Youcanprint, Lecce 2025, p. 20.

La psicologia, dice Ciofi, è «una disciplina in bilico tra la “cura” e il “prendersi cura”»³, in una prospettiva epistemologica incerta. La psicologia esiste, ma è in bilico. Il suo continuo far fronte ad un equilibrio precario può essere paragonato all’acrobatismo d’un funambolo, che non può cadere né da una parte – nel campo della cura – perché la psicologia non è la medicina (su questo sono tutti d’accordo, *soprattutto* lo è l’Ordine dei medici) – né dall’altra – perché la psicologia non è nemmeno l’amore del prossimo o l’assistenza sociale (visto che né l’amore del prossimo né l’assistenza sociale sono delle professioni) –: ma allora che cos’è la fune che può consentire agli psicologi di tenersi in equilibrio, e di non precipitare al suolo?

Ciofi ha il merito, in questo libro intitolato *Psicologia in bilico*, di riassumere con chiarezza le tappe che la professione degli psicologi ha avuto, fin da quando, nell’ormai lontano 1989, fu approvata la legge italiana che rendeva la psicologia una professione. Iniziava così la lenta e progressiva sanitarizzazione delle professioni psico-⁴. Una seconda tappa fu, nel 1994, l’esenzione dall’IVA delle fatture emesse dagli psicologi, come da quelle dei medici e degli altri operatori sanitari. Una terza tappa fu la sentenza della Cassazione n° 14408, del 2011, che assimilava il «“metodo del colloquio” finalizzato alla cura» agli «atti riservati alla professione medica, se diretti a patologie come l’anoressia», così assimilando

³ Ivi, p. 19.

⁴ Ivi, p. 39.

di fatto anche la psicanalisi «a una forma terapeutica, subordinandola alla riserva sanitaria»⁵.

Una quarta tappa fu poi la “legge Lorenzin”, n° 3 del 2018, che inseriva la psicoterapia in «una riforma vasta e trasversale, che coinvolgeva sia le professioni storiche (medici, psicologi, infermieri, farmacisti) sia nuove figure emergenti, come osteopati e chiropratici, e che mirava a ridefinire competenze, obblighi, percorsi formativi e assetti ordinistici»⁶, rendendo obbligatoria per tutti la formazione continua, da effettuare attraverso il sistema ECM (Educazione Continua in Medicina)⁷.

Rolando Ciofi, in questo libro, ci dà una visione d’insieme sulla pratica della psicologia oggi in Italia, ma anche sulle prospettive che, in questi anni, si sono aperte, anche su campi in ultima istanza distanti dalla psicologia accademica, come la psicanalisi e il counseling, e fa rientrare queste differenti prospettive in una visione complessiva e pluralistica, che è poi la stessa che egli ha sempre sostenuto nell’ambito del MoPI (Movimento Psicologi Indipendenti).

Estremamente significative, a questo proposito, sono le pagine che Ciofi dedica a Spazio 0,

nato nel 1995 a seguito della giornata di studio tenutasi a Padova sul tema *La psicanalisi e la legge italiana sulla*

⁵ Ivi, p. 271.

⁶ Ivi, p. 172 sg.

⁷ Ivi, p. 175 sgg.

psicoterapia [...]. Non si trattava solo di un gruppo di opinione, ma di un vero e proprio laboratorio culturale, critico, indipendente, che intendeva dare voce a quella parte del mondo analitico italiano che non si riconosceva nella realizzazione crescente della pratica, né nelle derive accademiche e professionali che progressivamente andavano inglobando la psicanalisi dentro il paradigma psicoterapeutico⁸.

Da Spazio 0 fu sollecitato il parere *pro veritate* di Francesco Galgano, che per alcuni anni riuscì a far evitare agli analisti italiani, che non fossero iscritti all'Ordine degli psicologi, e perciò iscritti nell'elenco degli psicoterapeuti – purché non si autodefinissero tali – le insidie giudiziarie dovute alle accuse di abuso di una professione che essi *non* esercitavano (visto che già per Freud la psicoterapia non era che una delle tante applicazioni possibili del metodo psicanalitico). Questa piccola finestra giuridica finì comunque per chiudersi, nel 2011, con la sentenza della Cassazione che abbiamo prima ricordato, per non parlare poi degli effetti disastrosi prodotti poco dopo dalla legge Lorenzin.

Non è certamente questo il luogo per chiedersi perché tanti sedicenti analisti italiani, che pure appartenevano alle più importanti associazioni psicanalitiche freudiane, junghiane e lacaniane, accettarono in quegli anni di sottoporre la pratica necessariamente laica della

⁸ Ivi, p. 73.

psicanalisi alle forche caudine – totalmente antifreudiane ed antilacaniane – dell’Ordine degli psicologi e a frequentare per anni le facoltà di psicologia, nonché una di quelle trecentoventuno “scuole di specializzazione” (di qualunque tendenza teorica) la cui frequentazione era obbligatoria per potersi chiamare psicoterapeuta. La psicanalisi, inaugurata da Freud senza prevedere nessun *cursus* universitario per gli analisti in formazione, finiva così per naufragare sugli scogli del corporativismo e della finta competenza (finzione che del resto è poi perpetuata dalla ulteriore perdita di tempo annuale dei corsi ECM).

La pretesa di uniformare secondo criteri standard le competenze professionali conduce inevitabilmente ad un loro livellamento verso il basso. Ed il fatto che una stragrande maggioranza degli analisti italiani accettino oggi questo gioco al massacro testimonia il generale impoverimento culturale del nostro tempo, anche attraverso i meccanismi della rete web, che trionfano dovunque, soprattutto da quando la loro diffusione ha finito per far scambiare la cultura con l’informazione.

Ciofi – bisogna riconoscerlo – non è mai stato complice di questo gioco al ribasso. Ed ha sempre fatto di tutto perché la professione degli psicologi conservasse – appunto mantenendosi *in bilico* – una sua dignità. E, alla fine di questo libro, insiste in questa direzione, quando propone di affiancare all’Ordine degli psicologi e all’ENPAP (l’ente di previdenza degli psicologi) un’istanza terza, un’Agenzia o Fondazione.

Nessuna struttura burocratica, non un doppione di quanto già esiste, ma un nuovo soggetto snello, autonomo, operativo, capace di raccogliere in un unico luogo le energie disperse, le esperienze frammentate, le iniziative isolate che pure esistono sul territorio – e spesso in modo generoso, intelligente, ma inefficace per mancanza di rete⁹.

Questa Fondazione, se fosse approvata sia dall'Ordine sia dall'ENPAP – e se fosse autonoma da ogni criterio accademico e corporativo, potendo includere anche filosofi, epistemologi, studiosi di altre discipline, come la storia, l'arte, la teoria dell'informazione ecc. –, potrebbe davvero ridare una vita nuova alla psicologia italiana, rendendola davvero «una professione che non vuole più restare in bilico, ma che sceglie finalmente di camminare in avanti. Insieme»¹⁰, come scrive Ciofi, alla fine del libro.

Se questa fantasia si avverasse, essa riprenderebbe l'essenziale di quanto aveva previsto Pier Francesco Galli, quando la Commissione parlamentare gli aveva chiesto d'ideare un abbozzo della legge che avrebbe dovuto istituire l'Ordine degli psicologi: lui lo aveva fatto, rendendo la partecipazione all'Ordine indipendente dalla laurea in psicologia, e quindi da ogni criterio corporativo. Ma il nuovo Parlamento, rieletto poco dopo, quando approvò

⁹ Ivi, p. 252.

¹⁰ Ivi, p. 254.

finalmente l'istituzione dell'Ordine, tornò a privilegiare i criteri corporativi.

Ma questo tentativo, che era fallito quarant'anni fa, potrebbe ripetersi con successo oggi? Sarebbe una prospettiva che darebbe una nuova direzione e un nuovo respiro, ma sembra che, nel mondo attuale, tutto stia procedendo nella direzione contraria. Ed è questo un motivo in più per apprezzare il coraggio di Ciofi, che riesce ancora, nonostante tutto, a pensare con coerenza in che modo la professione degli psicologi potrebbe essere adeguata a confrontarsi veramente con i problemi del mondo d'oggi.

Ettore Perrella | «À mon âge on ne lit pas, mais on relit». Due recenti romanzi documentari

1. Una volta, da ragazzo, trovai citata, in un settimanale, una frase, di non ricordo più quale anziano autore francese, che – non so bene perché – ricordo ancora: «*À mon âge on ne lit pas, mais on relit*», «alla mia età non si legge, ma si rilegge». Credo d'aver pensato, allora, che io non avrei fatto così, ma che avrei continuato, anche da vecchio, a leggere libri nuovi. Oggi, credo di dover recedere da questa mia adolescenziale supposizione, anche se essa continua ad essere valida.

Mi spiego subito. Leggere dei libri nuovi continua a piacermi molto, se si tratta di saggi di qualche interesse. Invece è con la letteratura – poesia e romanzi – che mi riesce molto più difficile: temo che questo accada non a causa dell'avanzare della mia età, ma del peggiorare del livello letterario di quello che, di tanto, continuo ad ostinarmi a tentare di leggere, quando si tratta di opere letterarie scritte dopo gli anni Sessanta del secolo scorso. Non che non ci provi, ogni tanto, ma con l'unico risultato di chiudere il volume, alla terza pagina, e rinunciarci. Troppo spesso mi pare che la forma non sia affatto all'altezza del contenuto; e, quando si tratta di letteratura, come si sa, la sostanza e la forma sono la

stessa cosa. Credo che sia per questo che, dopo aver letto Pavese o Tomasi di Lampedusa, rinuncio così spesso a questa tentazione.

Di recente, tuttavia, ci sono state due eccezioni: due romanzi documentari¹¹, che ho letto quasi per intero (anche se ammetto che, con il procedere della lettura, sono andato un po' in fretta, saltando qua e là delle pagine). Si tratta d'una forma di romanzo che, a quanto pare, oggi si sta diffondendo, e che consiste in questo: la trama non è affatto inventata, ma sempre sostenuta da documenti storici.

C'è quindi una profonda differenza fra il romanzo storico d'una volta, e il romanzo documentario attuale: nel primo erano molto ben documentate le situazioni storiche e sociali complessive, ma la trama era del tutto immaginaria. Per esempio, Manzoni ha passato degli anni a studiare la storia di Milano nel XVII Secolo, prima di scrivere *I promessi sposi*, ma Renzo, Lucia, Don Abbondio e Don Rodrigo non sono mai esistiti (anche se molti altri personaggi, come la Monaca di Monza e il Cardinale Borromeo, sono esistiti davvero); tuttavia i personaggi che vengono dalla storia non sono meno vivi e meno veri dei personaggi inventati (anzi spesso lo sono molto di più). Oppure anche *Guerra e pace* di Tolstoj ha dei personaggi inventati, che tuttavia non sono meno veri di Napoleone e dello Zar Alessandro I, che invece

¹¹ A. Scurati, *M. La fine e il principio*, Bompiani, Milano 2025; M. Nucci, *Platone. Una storia d'amore*, Feltrinelli, Milano 2025.

vengono dalla storia. Anzi, a dirla tutta, Natasha, Pierre o il principe Andrej sono anche più veri, nel romanzo, dei personaggi venuti dalla storia.

Un caso a parte è la *Recherche* di Proust, i cui personaggi provengono spesso dalla vita vissuta dell'autore, ma queste persone reali sono stati montate da lui, come spesso accade nei sogni. Elstir e Vinteuil, per esempio, non sono mai esistiti, ma alcuni tratti del pittore e alcuni del musicista provengono certamente da pittori e musicisti reali. Albertine non è mai esistita, ma si rovinerebbe tutto se riducessimo questo personaggio all'autista Agostinelli, morto anche lui molto giovane, per un incidente, non a cavallo, ma in aereo. Se Proust avesse voluto parlare del proprio autista, nulla gli avrebbe impedito di farlo. Ma scelse un'altra soluzione, proprio perché subordinò tutta la propria vita all'opera, e non fece mai il contrario. Ed è per questo che il romanzo di Proust è uno dei massimi capolavori che siano mai stati scritti, non meno essenziale dell'*Iliade*, dell'*Eneide* o dei *Fratelli Karamazov*. E forse questo è il punto: un grande romanzo è un romanzo vero, anche se i personaggi di cui parla sono del tutto immaginari.

2. Veniamo ora ai due romanzi documentari, cominciando da quello di Antonio Scurati, l'ultimo del suo lungo racconto della vita di Benito Mussolini. Al fondo dell'enorme lavoro compiuto da Scurati in questi cinque volumi (dei quali confesso d'aver letto solo l'ultimo) c'è un tema d'immediata attualità del *nostro* tempo:

quello chiaramente formulato nel sottotitolo dell'ultimo volume, *La fine e il principio*, e nella dedica: «A tutti coloro che credono ancora nella democrazia. Si preparino a lottare». Questa non è solo letteratura, ma è anche letteratura militante. Scurati ha il grande merito di vedere che la tragicommedia del fascismo non è una storia confinata nel secolo scorso, ma è un rischio attualissimo. Come hanno fatto gl'italiani a non capire che Mussolini era un buffone e i tedeschi a non accorgersi che Hitler era un pericoloso paranoico? Allo stesso modo in cui gli americani hanno riletto Trump alla presidenza degli Stati Uniti. Corsi e ricorsi storici, come diceva Vico... E la storia, che dovrebbe servire proprio a non ricascarci, troppo spesso viene dimenticata o ignorata.

Alla fine, come in principio, saranno soltanto i morti. In principio come alla fine sarà ancora soltanto il corpo. Il corpo macellato e ricomposto, morto e resuscitato, laido e glorioso. Il corpo del vostro Duce.

Se il mio pubblico ci sarà ancora. E ancora. E ancora.

Il cadavere tornerà, io tornerò, perché i morti non pesano soltanto, i morti sopravvivono.

Sono cose più antiche del mondo.

E io queste cose le so, le so perché è inutile, non c'è niente da fare, io sono come le bestie: sento il tempo che viene¹².

¹² A. Scurati, *op. cit.*, p. 285.

Così dice, alla fine del libro, il cadavere di Mussolini, appeso a testa in giù, alla pompa di benzina di Piazzale Loreto. Ed ha perfettamente ragione Scurati ad avvertirci, in questo lungo romanzo documentatissimo, del fatto che non dobbiamo ricascarci.

3. Il romanzo di Matteo Nucci è completamente diverso da quello di Scurati, come il bianco è diverso dal nero (non solo per il colore delle copertine): infatti passiamo dalle camicie nere al candore dell'ideale. Platone, per Nucci, non è solo un grande filosofo, il "principe dei filosofi", come si diceva una volta, ma è anche un grande artista, un amante appassionato, una specie di santo totalmente laico, un iniziatore grazie al quale ancora oggi noi possiamo pensare. Perciò, quando ho visto il suo libro, dalla copertina totalmente bianca, in libreria, non ho potuto fare a meno di portarmelo a casa e d'iniziare a leggerlo. Credevo d'essere io l'ultimo platonico attualmente esistente sulla Terra, invece mi sbagliavo: Nucci non è meno platonico di me. E, con il suo romanzo, vuole riportare in vita Platone, farcelo vedere, nella città magnifica nella quale è vissuto, alla fine della guerra del Peloponneso, e poco prima che le città greche fossero sopraffatte dallo strapotere macedone.

Fra Mussolini e Platone c'è però anche un'altra differenza, oltre a quelle del tutto evidenti e che ho già segnalato; e questa differenza dipende dalle fonti: mentre su Mussolini noi sappiamo tutto, su Platone, invece, non sappiamo quasi niente. Non perché manchino le

fonti che c'illustrano le vicende della sua vita, ma perché nessuna di queste fonti – se non i suoi scritti – è contemporanea a Platone. Nell'immenso naufragio in cui è stata cancellata, nei lunghi secoli del medioevo, la maggior parte della letteratura dell'antichità, quello che è arrivato fino a noi è davvero poco; e in questo poco le notizie sulla vita di Platone ci sono state trasmesse solo da libri scritti molto tempo dopo la sua vita; e per questo molte fonti sono incerte, discutibili o apocrife. Certo, egli è, fra gli autori della Grecia classica, uno dei più fortunati, perché l'Accademia che egli fondò – e che nel libro di Nucci riusciamo quasi a intravedere, grazie al racconto – è durata, sebbene fra alterne vicende e con alcune interruzioni, dal 387 a.C., quando fu fondata, fino al 529 d.C., quando fu chiusa per volontà dell'Imperatore Giustiniano; essa ha comunque assicurato per quasi mille anni la trasmissione dell'insegnamento del suo fondatore, nello stesso luogo in egli l'aveva iniziato. Questo ha tuttavia fatto sì che la figura di Platone fosse molto presto idealizzata dai suoi allievi; e per di più le fonti che sono giunte fino a noi, come dicevo, sono quasi sempre molto tarde (per esempio Diogene Laerzio, che per noi è la fonte principale sulla filosofia antica, visse nel III Secolo, quindi sette secoli dopo Platone). Ne consegue che molti filologi e storici hanno spesso contestato la storicità di queste fonti (del resto, anche delle poche poesie attribuite a Platone e riportate nell'*Antologia Palatina*, è stata spesso contestata l'autenticità).

Dinanzi a questa montagna d'informazioni, Nucci

ha scelto di non scegliere. In qualche modo, facendo così, egli ha dato forza e fluidità al suo romanzo (un altro merito del quale è l'accuratezza con la quale egli ha ricostruito i luoghi nei quali si svolse la vita di Platone, tanto che a momenti pare proprio Nucci abbia percorso le strade dell'Atene del IV Secolo a.C.). Tuttavia questa scelta pone un problema, nella lettura. All'inizio, quando Platone è ancora un ragazzo – che assiste, per esempio, alla partenza dal Pireo della sfortunata spedizione contro Siracusa, guidata da Alcibiade –, il racconto è molto convincente, pur non essendo attestato da nessuna fonte. Ma, man mano che Platone diventa un adulto, iniziano a sorgere i dubbi, che non vengono affatto sciolti dal romanzo, almeno per chi abbia qualche conoscenza dei problemi biografici oggi ancora aperti¹³. Per esempio, perché Platone non andò a trovare Socrate prigioniero, prima che fosse costretto a bere la cicuta, almeno stando al romanzo? Perché fuggì da Atene, per recarsi prima a Cirene e in Egitto, poi a Taranto ed a Siracusa? Ed è proprio vero che si recò in Egitto, come aveva fatto Erodoto, o questa è solo una favola più tarda? È proprio vero che, dopo il primo soggiorno a Siracusa, fu venduto come schiavo a Egina, per volontà di Dionisio? È proprio vero che si recò a Siracusa non una volta sola, ma tre volte? Tutte queste domande, che si sono poste i

¹³ Del resto è lo stesso autore che specifica, in fondo al volume, a quali fonti ha attinto, come se questo bastasse a certificarne la veridicità.

filologi e gli storici, non vengono nemmeno evocate nel racconto, che quindi risulta un romanzo documentato su delle fonti che sono molto spesso a loro volta romanzate o romanzesche.

Un altro fattore problematico, nel libro, è che, all'inizio, il racconto della vita di Platone viene attribuito ad un suo contemporaneo (che Platone chiama Straniero), ma spesso non si capisce come questi avrebbe potuto essere così accurato nel racconto della vita del filosofo anche su degli episodi assolutamente privati, ai quali non avrebbe mai potuto assistere. Perciò si ha quasi sempre l'impressione, nel libro, che il biografo non sia affatto vissuto nel IV Secolo a.C., ma sia un nostro contemporaneo, vale a dire l'autore stesso del romanzo. E quest'ambiguità è confermata anche per motivi linguistici; per esempio, troviamo due volte l'aggettivo "rocambolesco", che oggi tutti sappiamo che cosa significa, ma che proviene senza dubbio dal personaggio d'un racconto d'appendice di metà Ottocento; ne consegue che nessuno, nel IV Secolo a.C., avrebbe potuto usarlo.

Questi dettagli e questi dubbi finiscono per sciupare il piacere della lettura, che invece in altri passi, soprattutto all'inizio, è del tutto appassionante. Ammetto di non essere riuscito ad evitare di fare un confronto – forse troppo esigente – fra il libro di Nucci e *Le memorie di Adriano* di Marguerite Yourcenar: quando si legge questo secondo racconto, non si riesce a non avere continuamente l'impressione, così contraria all'evidenza da essere persino fastidiosa, di leggere davvero l'autobiografia di

quell'Imperatore; invece, quando si legge il *Platone* di Nucci, non si riesce mai ad evitare l'impressione di leggere un libro scritto adesso.

4. Allora viene da chiedersi: perché Scurati e Nucci hanno scritto dei romanzi documentati, invece che delle biografie? Insomma, perché non hanno voluto essere degli storici, invece che dei romanzieri? È inutile dire che dovrebbero essere loro a dare una risposta.

In fondo, la biografia è un genere di storia molto praticato, e che ha avuto, nel passato, degli esempi classici noti a tutti, come le *Vite parallele* di Plutarco. Del resto il confine fra la biografia (o l'autobiografia) e la storia non è affatto preciso. In fondo, quando Cesare ha scritto il *De Bello Gallico* e il *De Bello civili*, che costituiscono delle insostituibili storie, ha scritto anche delle autobiografie, anche se, quando parla di sé stesso, lo fa come se parlasse d'un altro; e lo stesso si può dire per la storia della Seconda guerra mondiale di Churchill: della quale è disponibile in italiano solo una versione abbreviata. Perché? I lettori italiani non ce la farebbero a leggere una traduzione integrale? O si pensa che questa non sia affatto necessaria per i pochi storici, che possono anche leggere direttamente l'edizione inglese?

Quest'ultima domanda mi suggerisce una risposta maligna, alla domanda che ponevo prima: e se fosse che ad indurre Scurati e Nucci a scrivere dei romanzi fosse stato solo il fatto che questi vendono più copie delle biografie?

Se questa risposta fosse vera – come spero che non sia –, farei bene a non leggere mai dei romanzi scritti dopo gli anni Sessanta, ed a limitarmi a rileggere Proust e Dostoevskij. Sembra che oggi persino i romanzieri abbiano dimenticato a quali criteri retorici, prima che letterari, sia bene riferirsi, quando si scrive un libro.