

Sigmund Freud

SUL TRANSFERT

SECONDA EDIZIONE AUMENTATA

Sommario

| | |
|---|----|
| AVVERTENZA ALLA SECONDA EDIZIONE..... | 3 |
| Testi | 4 |
| Il primo esempio di uso del termine “transfert” | 5 |
| Il transfert di Dora..... | 9 |
| Dinamica della traslazione..... | 14 |
| Ricordare, ripetere e rielaborare | 23 |
| Osservazioni sull’amore di traslazione..... | 31 |
| La traslazione nell’ <i>Introduzione alla psicanalisi</i> | 43 |
| Estratti | 58 |
| L’interpretazione dei sogni (1899) | 59 |
| Dibattiti della società psicoanalitica di Vienna | 59 |
| <i>(Riunione del 30 gennaio 1907)</i> | 59 |
| Lettera al pastore Pfister (9 febbraio 1909) | 59 |
| Lettera al pastore Pfister (5 giugno 1910) | 60 |
| Vie della terapia psicoanalitica (1918) | 60 |
| Al di là del principio di piacere (1920) | 60 |
| Autobiografia (1925) | 62 |
| Psicoanalisi (1925) | 62 |
| La questione dell’analisi laica (1926) | 63 |
| Lettera al pastore Pfister (25 novembre 1928) | 63 |
| Compendio di psicoanalisi (1938) | 63 |

AVVERTENZA ALLA SECONDA EDIZIONE

Sono qui raccolti in un unico testo quasi tutti gli scritti di Freud sul transfert (*Übertragung*), tradotto nelle *Opere* e negli epistolari, per volontà di Musatti, con il grottesco termine di “traslazione”, che nella nostra lingua induce a pensare “al trasferimento da una sepoltura all’altra di una salma”, com’è scritto nell’Ordinamento italiano di polizia mortuaria. S’impone così, come per tanti altri ben noti lemmi “musattiani” (senza coinvolgere gli altri traduttori delle *Opere*), l’umorismo nero di una “traslazione” della lingua originale di Freud nella salma linguistica della nostra lingua, da cui è dipesa forse la sua mancata diffusione attraverso quella lingua comune, popolare, corrente, su cui Freud voleva impiantare la *Laienanalyse*. (Lo stesso destino, ma questa volta per colpa della scrittura del suo autore, è toccato all’idioletto lacaniano costruito a tavolino: imparlabile e intraducibile).

Questa nuova edizione notevolmente aumentata, aggiunge alla precedente le pagine dedicate al transfert degli *Studi sull’isteria*, del caso di Dora e la lezione 27 dell’*Introduzione alla psicanalisi*; l’obbiettivo è di arrivare, con le prossime, a un *Thesaurus* di tutti i testi scritti da Freud sul transfert.

Fonti utilizzate:

Gesammelte Werke, Band 18. *Gesamtregister der Bände 1-18*. London: Imago Publishing Co., Ltd, 1968;

Opere di Sigmund Freud, vol. 12, *Indici*, Boringhieri, Torino 1980;

J. Laplanche e J. – B. Pontalis, *Enciclopedia della psicanalisi*, Laterza, Bari 1974;

Alain Delrieu, *Sigmund Freud Index thématique*, Anthropos, Paris 2008.

Testi

Il primo esempio di uso del termine “transfert”¹

1892-1895

Devo infine trattare ancora un argomento che nell'effettuazione di un'analisi catartica di questo genere ha un'importanza purtroppo notevole. Ho già ammesso la possibilità che il procedimento della pressione fallisca, non provochi alcuna reminiscenza 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, ci si trova di fronte a un nuovo strato nel quale non si può ancora penetrare – e anche questo lo si legge nell'espressione tesa del paziente, che indica il suo sforzo mentale. – 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.

Ho già accennato all'importanza del ruolo che spetta alla persona del medico nella produzione di motivi che possano vincere la forza psichica della resistenza. In non pochi casi, specialmente con donne, e quando si tratti di chiarire processi di pensieri erotici, la collaborazione dei pazienti diventa un sacrificio personale, che deve essere compensato con un qualche surrogato dell'amore. La premura del medico e la sua paziente cordialità devono essere sufficienti come surrogato. Se però questo rapporto fra la paziente e il medico viene turbato, viene anche meno la disponibilità della paziente; quando il medico vuole informarsi della successiva idea patogena, si inserisce nella paziente la consapevolezza delle lagnanze che in essa si sono accumulate verso lo stesso medico. Per quanto ho potuto sperimentare, questo ostacolo si verifica in tre casi principali.

1) Nell'estraniarsi personale, quando la paziente si crede trascurata, poco stimata, insultata, o quando ha sentito parlar male del medico e del metodo di cu-

¹ [Da S. Freud, *Studi sull'isteria*, in *Opere di Sigmund Freud*, vol. 1 (1886-1895), Boringhieri, Torino 1967, pp. 436-439, traduzione di Carlo Federico Piazza].

ra. Questo è il caso meno serio; l'ostacolo è facilmente superabile con le spiegazioni e i chiarimenti, benché la suscettibilità e la diffidenza delle isteriche possano talora manifestarsi in misura insospettata.

2) Quando la paziente viene presa dal timore di abituarsi troppo alla persona del medico, di perdere la propria indipendenza nei suoi confronti, e persino di poterne dipendere sessualmente. Questo caso è più importante, perché è determinato da fattori meno individuali. Il movente per questo ostacolo è insito nella natura della sollecitudine terapeutica. La paziente ha ora un nuovo motivo di resistenza, che si manifesta non solo in relazione a una reminiscenza particolare, ma ad ogni tentativo di trattamento. Molto spesso, la paziente si lamenta di dolori al capo quando si comincia il procedimento della pressione. Il suo nuovo motivo di resistenza rimane infatti per lo più inconscio in lei, ed essa lo esprime mediante un sintomo isterico di nuova produzione. Il mal di testa significa l'avversione a lasciarsi influenzare.

3) 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 traslazione² sul medico avviene per falso nesso. Devo qui darne un esempio. 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 *mésaillance* – che io chiamo “falso nesso” – s'era destato lo stesso affetto che, a

² [È il primo esempio di uso del termine “traslazione” (*Übertragung*) nella sua accezione psicoanalitica. [...] Il termine sarà però ripreso e chiaramente stabilito solo nelle ultime pagine del *Frammento di un'analisi d'isteria* (1901).

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'inganno.

Non si può condurre a termine alcuna analisi se non si sa affrontare la resistenza che risulta da queste tre occorrenze. Anche qui si trova la via giusta se ci si accinge a trattare questo nuovo sintomo, prodotto su modello antico, al modo dei vecchi sintomi. Anzitutto, si ha il compito di rendere l'"ostacolo" cosciente alla paziente. Ad esempio, con una delle mie pazienti il procedimento della pressione era rimasto improvvisamente senza effetto: avevo motivo di ritenere che si trattasse di un'idea inconscia del tipo di quella menzionata al punto 2), e mi riuscì di coglierla la prima volta di sorpresa. Le dissi che doveva essersi prodotto un ostacolo contro la continuazione del trattamento, ma che il procedimento della pressione aveva almeno il potere di mostrarle questo ostacolo, e la premetti sulla testa. Ella disse meravigliata: "Vedo Lei qui seduto sulla sedia, ma questo non ha senso; che cosa può significare?" Potei ora darle le spiegazioni. In un'altra paziente, l'"ostacolo" non soleva mostrarsi direttamente in seguito alla pressione, ma lo potevo dimostrare ogni volta riconducendo la paziente al momento in cui esso era sorto. Il procedimento della pressione non ci rifiutava mai la riproduzione di quel momento. 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 me. Le pazienti, a loro volta, imparavano gradualmente a capire che in queste traslazioni sulla persona del medico si tratta di una coazione e di una illusione, che si dissolvono con la fine dell'analisi. Penso, tuttavia, che se avessi trascurato di spiegare loro la natura di questo "ostacolo", avrei semplicemente sostituito con un nuovo sintomo isterico, sia pure più blando, l'altro sviluppatosi spontaneamente.

Questi accenni all'esecuzione di queste analisi e alle esperienze compiute, ritengo possano bastare. Forse fanno apparire la situazione più complicata di quanto non sia; molte cose, infatti, si spiegano da sole quando ci si trova impegnati in un lavoro simile. Ho elencato le difficoltà del lavoro non per destare l'impressione che, dati i compiti che s'impongono al medico e al malato, solo in rari casi valga la pena d'intraprendere un'analisi catartica. Come medico, io mi lascio guidare dal presupposto contrario. Non posso però di certo stabilire le più precise indicazioni per l'applicazione del metodo terapeutico qui descritto senza inoltrarmi nella trattazione del tema, più vasto e più importante, della terapia delle nevrosi in genere. Ho spesso paragonato tra me la psicoterapia catartica a interventi chirurgici, chiamando le mie cure “operazioni psicoterapeutiche”, rilevando analogie con l'apertura di una cavità purulenta, col raschiamento di una zona affetta da carie, eccetera. Un'analogia simile trova la sua giustificazione non tanto nell'allontanamento degli elementi morbosi, quanto nella produzione di condizioni di risanamento migliori per l'ulteriore decorso del processo.

Mi son sentito spesso obiettare dai miei pazienti, quando promettevo loro aiuto o sollievo per mezzo di una cura catartica: “Ma se dice Lei stesso che il mio male si collega probabilmente alla mia situazione e al mio destino: a quelli Lei non può certo recare alcun mutamento. In qual maniera mi vuole allora aiutare?” Ho potuto loro rispondere: “Non dubito affatto che dovrebbe essere più facile al destino che non a me eliminare la Sua sofferenza: ma Lei si convincerà che molto sarà guadagnato se ci riuscirà di trasformare la Sua miseria isterica in una infelicità comune. Contro quest'ultima, Lei potrà difendersi meglio con una vita psichica risanata.”

Il transfert di Dora¹

(1901)

Che cosa sono le traslazioni? Sono riedizioni, copie degli impulsi e delle fantasie che devono essere risvegliati e resi coscienti durante il progresso dell'analisi, in cui però – e questo è il loro carattere peculiare – a una persona della storia precedente viene sostituita la persona del medico. In altri termini, un gran numero di esperienze psichiche precedenti riprendono vita, non però come stato passato, ma come relazione attuale con la persona del medico. Vi sono traslazioni il cui contenuto non differisce in nulla da quello del modello, se si eccettua la sostituzione della persona; queste sono allora, per seguire la metafora, vere e proprie "ristampe" o riedizioni invariate. Altre sono compiute con più arte, subiscono una mitigazione del loro contenuto, una sublimazione, come io la chiamo, e sono persino capaci di divenire consce appoggiandosi su una qualche particolarità reale, abilmente utilizzata, della persona del medico o del suo ambiente. In questo caso non si tratta più di ristampe, ma di rifacimenti.

Se ci si inoltra nella teoria della tecnica analitica, si giunge alla conclusione che la traslazione è un requisito necessario. Ci si convince perlomeno che in pratica essa non può essere evitata con alcun mezzo, e che è necessario combattere quest'ultima creazione della malattia come le precedenti. Ora, questa parte del lavoro è decisamente la più difficile. L'interpretazione dei sogni, l'estrazione dei pensieri e dei ricordi inconsci dalle associazioni del malato e gli altri procedimenti di traduzione sono facili da apprendere; in essi lo stesso paziente fornisce sempre il testo. La traslazione, invece, dev'essere intuita dal medico senza l'aiuto del malato, sulla base di piccoli indizi e guardandosi dai giudizi arbitrari. Non va però in alcun caso tralasciata, perché la traslazione viene utilizzata per la formazione di tutti gli ostacoli che rendono il materiale inaccessibile alla cura, e perché solo dopo che è stata sciolta il malato ha la sensazione di essere convinto dell'esattezza dei vari nessi costruiti dall'analisi.

¹ [Dal *Frammento di un'analisi d'isteria (Caso clinico di Dora)* (1901), in *Opere di Sigmund Freud*, vol. 4 (1900 -1905), Boringhieri, Torino 1970, pp. 396-400, trad. di Mauro Lucentini e Michele Ranchetti.

Si sarà portati a considerare un grave inconveniente del già scomodo procedimento analitico il fatto che sia il metodo stesso ad aumentare il lavoro del medico, creando una nuova specie di prodotti psichici patologici; anzi, si vorrà persino dedurre dall'esistenza delle traslazioni un peggioramento delle condizioni del malato nel corso della cura analitica. Ambedue queste considerazioni sono erranee. La traslazione non arreca al medico un aggravio di lavoro; per il medico è infatti indifferente che un certo impulso che deve vincere nel malato si riferisca a lui stesso o a un'altra persona. Né la cura, mediante la traslazione, impone al malato sforzi che altrimenti si sarebbero potuti risparmiare. La guarigione di nevrosi anche in cliniche in cui il trattamento psicoanalitico è escluso; l'affermazione che l'isteria non è guarita dai metodi bensì dal medico; quella specie di cieca dipendenza che, nelle cure per suggestione ipnotica, avvince stabilmente il malato al medico che l'ha liberato dai suoi sintomi: ecco tutti fatti la cui spiegazione scientifica può essere vista solo nelle "traslazioni" che il malato effettua sempre sulla persona del medico. La cura psicoanalitica non crea la traslazione, essa la scopre solamente, così come tutti gli altri processi psichici nascosti. La differenza risiede solo in questo: durante gli altri trattamenti, il malato si limita a evocare spontaneamente traslazioni affettuose e amichevoli che favoriscono la sua guarigione; quando questo è impossibile, il malato si distacca quanto più presto può dal medico che non gli è "simpatico", e senza esserne affatto influenzato. Nella psicoanalisi invece – e ciò per la differenza dei fattori su cui si basa – tutti gli impulsi, anche quelli ostili, vengono risvegliati e utilizzati dall'analisi col renderli coscienti, e in tal modo la traslazione viene continuamente annullata. La traslazione, destinata a divenire il più grave ostacolo per la psicoanalisi, diviene il suo migliore alleato se si riesce ogni volta a intuirne e a tradurne il senso al malato.²

Dovevo parlare della traslazione perché solo con questo fattore posso spiegare le particolarità dell'analisi di Dora. Ciò che costituisce la principale caratteristica di quest'analisi e che la rende adatta per una prima pubblicazione introduttiva, la sua particolare chiarezza, è in stretto rapporto con il suo grave difetto, quello che ne causò l'interruzione prematura. Non riuscii a rendermi tempestivamente padrone della traslazione; la prontezza con cui la paziente mise durante la cura a mia disposizione una parte del materiale patogeno, distolse la mia attenzione dai primi segni della traslazione ch'ella andava preparando con un'altra parte di quel

² [(...) Il termine (*Übertragung*) era già apparso nel suo significato psicoanalitico negli *Studi sull'isteria* [vedi testo precedente], e talora, ma in un'accezione più generica, nell'*Interpretazione dei sogni*, ad esempio cap. 7; questa è tuttavia la prima volta che la traslazione viene esplicitamente discussa].

materiale, a me ancora ignota. In principio era chiaro che nella sua fantasia Dora mi sostituiva al padre, cosa concepibile anche in vista della differenza d'età tra lei e me. Essa anche coscientemente mi paragonava sempre al padre, cercava ansiosamente di accertarsi s'io fossi veramente sincero con lei o non facessi invece come il padre che, diceva, "preferiva sempre i segreti e le vie traverse". Quando poi sopravvenne il primo sogno, in cui essa si persuadeva a lasciare la cura come, a suo tempo, la casa dei K., anch'io avrei dovuto esser messo sull'avviso e dirle: "Adesso Lei ha compiuto una traslazione dal signor K. a me. Ha notato qualcosa che Le potrebbe far pensare a cattive intenzioni da parte mia, analoghe (direttamente o in forma sublimata) a quelle del signor K.? O L'ha colpita qualcosa in me, è venuta a sapere qualcosa di me che ha fatto convergere su me la Sua inclinazione, come già sul signor K.?" La sua attenzione si sarebbe portata allora su qualche particolare delle nostre relazioni, relativo alla mia persona o al mio ambiente, che avrebbe fatto schermo a qualcosa di analogo, ma di assai più importante, riguardante il signor K.; e lo scioglimento di questa traslazione avrebbe reso accessibile all'analisi nuovo materiale, probabilmente composto da ricordi reali. Ma io trascurai questo primo avvertimento, mi dissi che c'era ancora tempo, dato che non si vedevano altri progressi della traslazione e che il materiale dell'analisi non era ancora esaurito. La traslazione poté quindi cogliermi alla sprovvista; a causa di un ignoto fattore per cui le ricordavo il signor K., la paziente si vendicò su di me come aveva voluto vendicarsi di lui e mi lasciò come egli stesso, secondo lei, l'aveva ingannata e lasciata. In tal modo ella mise in atto una parte essenziale dei suoi ricordi e delle sue fantasie, invece di riprodurla nella cura.³ Quale fosse questo fattore ignoto non posso naturalmente sapere; penso avesse a che vedere col denaro, o che fosse gelosia per un'altra mia paziente rimasta in rapporti dopo la guarigione con la mia famiglia. Quando si riesce a incorporare a tempo la traslazione nell'analisi quest'ultima diviene più lenta e meno chiara, ma meglio garantita da resistenze improvvise e invincibili.

³ [Freud introduce qui per la prima volta questo importante aspetto del comportamento del paziente durante la cura, e introduce altresì il termine *agieren* (da noi tradotto con "mettere in atto"), termine parzialmente equivoco che accenna anche alla "teatralità" dell'atto. La designazione corrente nella letteratura internazionale è quella della traduzione inglese: *to act out* (dove *acting out* = messa in atto). L'argomento sarà discusso da Freud in un altro scritto tecnico: *Ricordare, ripetere e rielaborare* (1914; in OSF, vol. 7).]

Nel secondo sogno di Dora la traslazione è presente in numerose e chiare allusioni. Quando la paziente me lo raccontò non sapevo ancora (lo appresi solo due giorni dopo) che avremmo avuto soltanto altre due ore per il nostro lavoro; lo stesso lasso di tempo che Dora aveva passato davanti alla Madonna di San Sisto, lo stesso ch'ella aveva preso a misura (correggendo in "due ore" il tempo prima indicato in "due ore e mezzo") del cammino che poi non percorse per fare il giro del lago. Lo sforzo di raggiungere una meta e la necessità di aspettare contenuti nel sogno, che erano in rapporto col giovanotto in Germania e provenivano dall'attesa necessaria per il matrimonio con il signor K., erano già stati espressi qualche giorno prima nella traslazione: la cura durava troppo, lei non avrebbe avuto la pazienza di aspettare tanto; mentre nelle prime settimane era stata abbastanza ragionevole da non protestare quando le dicevo che la guarigione avrebbe richiesto pressappoco un anno. Il rifiuto di farsi accompagnare, la decisione di andar sola che troviamo nel sogno, pure provenienti dalla visita alla galleria di Dresda, dovevo sperimentarli io stesso a tempo debito. Essi significavano: "Poiché tutti gli uomini sono così orribili, preferisco non sposarmi: questa è la mia vendetta."⁴

Quando impulsi di crudeltà e motivi di vendetta, già impiegati nella vita ordinaria per il mantenimento dei sintomi, si trasferiscono sul medico durante la cura, prima che questi abbia avuto tempo di distaccarli dalla sua persona riconducendoli alle loro fonti, non c'è da meravigliarsi se lo stato del malato non si lascia influenzare dagli sforzi terapeutici. Qual migliore vendetta per il malato che dimostrare al medico, con la sua stessa persona, quant'egli sia impotente e incapace? Ciò nonostante, ritengo che non si debba sottovalutare il valore terapeutico di trattamenti anche così frammentari come quello di Dora.

⁴ Più passa il tempo dopo la fine di quest'analisi e più mi pare probabile che il mio errore tecnico consistesse nel non essermi avveduto, e nel non aver detto alla malata, che il suo impulso erotico omosessuale (ginecofilo) per la signora K. era la più forte delle sue correnti psichiche inconscie. Avrei dovuto intuire che non altri che la signora K. aveva potuto essere la sorgente principale delle sue conoscenze in materie sessuali, quella stessa signora K. che l'aveva poi accusata di troppo interesse per quegli argomenti. Infatti era troppo particolare il fatto che Dora conoscesse tutti gli argomenti più scabrosi e non volesse mai ricordarsi dove li aveva appresi. Avrei dovuto appigliarmi a questo enigma e cercare i motivi di questa singolare rimozione. Il secondo sogno me li avrebbe allora rivelati. Lo sfrenato desiderio di vendetta che si esprimeva in questo sogno era soprattutto inteso a nascondere la corrente contraria, la generosità con cui Dora perdonava il tradimento dell'amica amata nascondendo a tutti che era stata proprio lei a darle quelle cognizioni di cui più tardi ci si era serviti per denigrarla. Prima di riconoscere l'importanza della corrente omosessuale nei psiconevrotici mi sono spesso arenato nel corso del trattamento o mi sono smarrito completamente.

Dinamica della traslazione¹

1912

L'argomento della traslazione, difficile da trattare esaurientemente, è stato recentemente affrontato in modo descrittivo su questo "Zentralblatt" da Wilhelm Stekel.² Vorrei qui aggiungere alcune osservazioni che consentano di comprendere in che modo la traslazione si instauri necessariamente nel corso di una cura psicoanalitica e venga ad assumere la funzione che ci è nota durante il trattamento.

È bene che su una cosa facciamo chiarezza: ogni uomo ha acquisito, per l'azione congiunta della sua disposizione congenita e degli influssi esercitati su di lui durante gli anni dell'infanzia, una determinata indole che caratterizza il modo di condurre la vita amorosa, vale a dire le condizioni che egli pone all'amore, le pulsioni che con ciò soddisfa e le mete che si prefigge.³ Ne risulta per così dire un cliché (o anche più d'uno), che nel corso della sua esistenza viene costantemente ripetuto, ristampato quasi, nella misura in cui lo consentono le circostanze esterne e la natura degli oggetti d'amore accessibili; cliché che tuttavia può in parte modificarsi in relazione a impressioni recenti. Ora, dalle nostre esperienze risulta che sol-

¹ [In *Opere di Sigmund Freud*, vol. 6 (1909 -1912), Boringhieri, Torino 1974, pp. 523-531, trad. di Ezio Luserna.]

² [W. Stekel, *Die verschiedenen Formen der Übertragung*, Zbl. Psychoanal., vol. 2, n. 2, 26 (1911). Anche il presente scritto è apparso per la prima volta in questo periodico.]

³ Premuniamoci a questo punto contro la fuorviante accusa di aver negato l'importanza dei fattori congeniti (costituzionali), per il fatto di aver sottolineato con maggior forza l'importanza delle impressioni infantili. Un simile rimprovero proviene dalla ristrettezza di vedute con cui si è soliti procedere nella ricerca causale, ricerca che, in contrasto con l'abituale configurazione della realtà, si ritiene soddisfatta di un unico fattore determinante. La psicoanalisi ha molto insistito sui fattori accidentali dell'etiologia, e poco su quelli costituzionali soltanto perché in relazione ai primi era in grado di fornire qualche contributo nuovo, mentre degli ultimi sapeva all'incirca quanto è già noto abitualmente. Ci rifiutiamo di stabilire un'opposizione di principio tra le due serie di fattori etiologici; ammettiamo invece che esse agiscono sempre congiuntamente nella produzione dell'effetto osservato. Δαίμων καὶ Τύχη [patrimonio naturale e fato] decidono il destino di un uomo; di rado, forse mai, una sola di queste forze. La ripartizione dell'efficacia etiologica di ciascuna di esse si potrà effettuare soltanto nel caso singolo e in considerazione di aspetti particolari. La serie, in cui i due fattori si compongono in grandezze variabili, avrà certamente anche i suoi casi estremi. In base allo stato della nostra conoscenza valuteremo diversamente nel singolo caso la partecipazione della costituzione o quella dell'esperienza, e ci riserveremo il diritto di mutare il nostro giudizio col mutare della nostra intelligenza dei fatti. Del resto si potrebbe azzardare l'ipotesi che la costituzione stessa sia il sedimento degli influssi accidentali sulla serie infinitamente grande degli antenati.

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

È dunque normalissimo e comprensibile che l'investimento libidico, parzialmente insoddisfatto, tenuto in serbo con grande aspettativa dall'individuo, si rivolga anche alla persona del medico. In conformità con le nostre premesse, questo investimento si atterrà a certi modelli, procederà da uno dei clichés esistenti nella persona interessata oppure, in altri termini, inserirà il medico in una delle "serie" psichiche che il paziente ha formato sino a quel momento. Se l'"imago paterna" (per usare la felice espressione di Jung)⁴ diventa il fattore determinante di questo inserimento, il risultato corrisponderà ai rapporti reali del soggetto con il medico. Ma la traslazione non è legata necessariamente a questo modello, essa può effettuarsi anche secondo l'imago materna o fraterna e così via. Le peculiarità della traslazione sul medico, grazie alle quali, per modo e misura, essa va oltre ciò che può essere giustificato oggettivamente e razionalmente, diventano comprensibili tenendo conto appunto che non solo le rappresentazioni anticipatorie coscienti, ma anche quelle trattenute o inconscie hanno prodotto questa traslazione.

Su questo comportamento della traslazione non ci sarebbe altro da dire o da almanaccare, se non rimanessero inspiegati due punti che sono di particolare interesse per lo psicoanalista. In primo luogo non comprendiamo perché la traslazione appaia tanto più intensa nei nevrotici in analisi che negli altri; in secondo luogo rimane enigmatico perché nell'analisi la traslazione si opponga a noi come la resistenza più forte al trattamento, mentre in trattamenti diversi dobbiamo riconoscere in essa il supporto dell'effetto terapeutico, la condizione del suo esito positivo. L'esperienza ci permette pure di confermare, ogniqualvolta lo desideriamo, che

⁴ C. G. Jung, *Simboli della trasformazione* (1912/1952) [in *Opere di C. G. Jung*, vol. 5, Boringhieri, Torino 1970, p. 55].

quando le associazioni libere di un paziente vengono meno,⁵ l'arresto può essere sempre eliminato mediante l'assicurazione ch'egli si trova in quel momento sotto il dominio di un'associazione che ha a che fare con la persona del medico o con qualcosa che lo riguarda. Appena si è data questa spiegazione, l'arresto associativo scompare, oppure la situazione nella quale le associazioni erano venute meno si trasforma in una situazione in cui queste vengono tenute sotto silenzio.

A prima vista sembra un enorme svantaggio della psicoanalisi come metodo il fatto che in essa la traslazione, che altrove è la più potente leva del successo, si tramuti nel mezzo più forte della resistenza. Ma se esaminiamo la situazione più da vicino, possiamo almeno eliminare il primo dei due problemi. Non è vero che la traslazione compaia durante il trattamento psicoanalitico in modo più intenso e irrefrenabile che fuori di esso. Negli istituti psichiatrici, in cui i malati nervosi non vengono trattati con l'analisi, si osservano le intensità più alte e le forme più vergognose di una traslazione che giunge all'asservimento, e che possiede inoltre la più inequivocabile coloritura erotica. In un tempo in cui non esisteva nulla di simile alla psicoanalisi, un'osservatrice acuta come Gabriele Reuter ha descritto il fenomeno in un libro molto notevole, che del resto rivela, sotto ogni aspetto, il migliore punto di vista sulla natura e sulla genesi delle nevrosi.⁶ Queste caratteristiche della traslazione non vanno dunque messe in conto alla psicoanalisi, ma attribuite alla nevrosi stessa. Il secondo problema rimane per ora intatto.

A questo problema, cioè alla domanda perché la traslazione si opponga a noi come resistenza nella psicoanalisi, dobbiamo ora accostarci più da vicino. Teniamo presente la situazione psicologica del trattamento: condizione preliminare, regolare e indispensabile, dell'insorgere di tutte le psiconevrosi è il processo che Jung ha definito appropriatamente *introversione* della libido.⁷ Ciò significa che la parte di libido capace di giungere alla coscienza e rivolta alla realtà viene ridotta, mentre la

⁵ Intendo dire, quando mancano effettivamente, e non quando vengono sottaciute, per esempio a causa di un comune sentimento di dispiacere.

⁶ Gabriele Reuter, *Aus guter Familie* (Berlino 1895).

⁷ Sebbene alcune espressioni di Jung diano l'impressione ch'egli veda in questa introversione qualche cosa di caratteristico della *dementia praecox*, qualche cosa che non entrerebbe in considerazione allo stesso modo in altre nevrosi. [Questa è la prima occasione in cui Freud usa il termine "introversione" (vedi *Contributi alla psicologia della vita amorosa* (1910-17), secondo contributo, par. 1, in OSF, vol. 6). Il termine era stato introdotto da Jung in *Conflitti dell'anima infantile* (1910/1946); ma Freud probabilmente si riferisce qui a *Simboli della trasformazione* cit., p. 31 nota. Ulteriori osservazioni sull'uso junghiano del termine si trovano in *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi* cit., 1: *Inizio del trattamento*, come pure nell'*Introduzione al narcisismo* (1914; in OSF, vol. 7) e in un brano verso la fine della lezione 23 nell'*Introduzione alla psicoanalisi* (1915-17; in OSF, vol. 8). Freud usò il termine molto raramente (vedi *Modi tipici di ammalarsi nervosamente*, 1912, punto a, in OSF, vol. 6) nei suoi scritti successivi.]

parte distolta dalla realtà e inconscia, che eventualmente può ancora alimentare le fantasie del soggetto ma appartiene all'inconscio, viene nella stessa misura aumentata. La libido si è data (totalmente o in parte) alla regressione e ha rianimato le *imagines* infantili.⁸ In questo cammino la segue ora il trattamento analitico, il quale si propone di rintracciare la libido, di renderla nuovamente accessibile alla coscienza e capace infine di porsi al servizio della realtà. Dove l'indagine analitica urta contro la libido ritiratasi nei suoi anfratti, scoppierà certamente un conflitto; tutte le forze che hanno dato origine alla regressione della libido si solleveranno come "resistenze" contro il lavoro analitico, per conservare questo nuovo stato di cose. Se infatti l'introversione o regressione della libido non fosse stata giustificata da una determinata relazione con il mondo esterno (o, detto in termini più generali, dalla frustrazione del soddisfacimento)⁹ e se essa non fosse stata addirittura vantaggiosa in quel momento, non si sarebbe potuta realizzare affatto. Le resistenze che hanno questa origine non sono però le sole e nemmeno le più forti. La libido a disposizione della personalità aveva sempre subito l'attrazione dei complessi inconsci (o, più esattamente, degli elementi di questi complessi appartenenti all'inconscio),¹⁰ ed era pervenuta alla regressione perché l'attrazione della realtà si era attenuata. Ora, per liberare la libido occorre superare quest'attrazione dell'inconscio, occorre dunque eliminare la rimozione, nel frattempo stabilitasi nell'individuo, delle pulsioni inconsce e delle loro produzioni. Di qui risulta quella parte della resistenza, di gran lunga la più cospicua, che tanto spesso consente alla malattia di perdurare anche quando il distacco dalla realtà ha ormai perduto il suo temporaneo fondamento. L'analisi deve lottare con le resistenze che scaturiscono da entrambe le fonti. La resistenza accompagna il trattamento ad ogni passo; ogni singola associazione, ogni atto della persona in trattamento deve fare i conti con la resistenza, e rappresenta un compromesso tra le forze tendenti alla guarigione e quelle, or ora descritte, che si oppongono ad essa.

⁸ Sarebbe comodo dire che la libido ha di nuovo investito i "complessi" infantili. Ma sarebbe inesatto; l'unica cosa giusta è dire: le parti inconsce di questi complessi. La straordinaria complessità dell'argomento trattato in questo lavoro induce alla tentazione di approfondire un gran numero di problemi contigui, che per la verità sarebbe necessario chiarire prima di poter parlare in termini inequivocabili dei processi psichici che qui dobbiamo descrivere. Tali problemi sono: la delimitazione reciproca dell'introversione e della regressione, l'inserimento della dottrina dei complessi nella teoria della libido, i rapporti dell'attività fantastica con il conscio e l'inconscio, nonché con la realtà ecc. Non ho bisogno di giustificarmi se in questa sede ho resistito a queste tentazioni.

⁹ [Di questo si trova completa trattazione in *Modi tipici di ammalarsi nervosamente* cit.]

¹⁰ [Vedi l'inizio della nota 8.]

Se ora seguiamo un complesso patogeno a partire dalla sua rappresentanza nel conscio (sia che esso appaia come sintomo, sia che esso non appaia affatto) sino alla sua radice nell'inconscio, giungiamo presto in una regione dove la resistenza si fa sentire così chiaramente che l'associazione successiva non può non tenerne conto e appare necessariamente come un compromesso tra le richieste della resistenza e quelle del lavoro di investigazione. A questo punto, e la nostra esperienza ne reca testimonianza, subentra la traslazione. Quando un elemento qualsiasi tratto dal materiale del complesso (dal suo contenuto) si presta a essere traslato sulla persona del medico, si instaura questa traslazione che, nel dar luogo all'associazione successiva, si annuncia attraverso i segni di una resistenza, per esempio attraverso un arresto. Deduciamo da tale esperienza che questa idea di traslazione è penetrata nella coscienza prima di ogni altra possibile associazione perché soddisfa anche la resistenza. Un processo di questo genere si ripete innumerevoli volte nel corso di un'analisi. Quando ci si avvicina a un complesso patogeno, la parte del complesso idonea alla traslazione viene sempre spinta avanti per prima nella coscienza, e difesa con il più grande accanimento.¹¹

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

La traslazione nella cura analitica ci appare così in primo luogo, sempre e soltanto, come l'arma più forte della resistenza, e da ciò possiamo trarre la conclusione che l'intensità e la perseveranza della traslazione siano effetto ed espressione della resistenza. Se è vero che il meccanismo della traslazione è liquidato quando abbiamo fatto risalire quest'ultima alla disponibilità della libido rimasta in possesso

¹¹ Dal che non è però lecito dedurre in linea generale una particolare importanza patogena dell'elemento scelto per la resistenza di traslazione. Quando in una battaglia si combatte con particolare accanimento per il possesso di una determinata chiesetta o di una singola fattoria, non è necessario supporre che la chiesa sia un santuario nazionale, o che la casa custodisca i tesori dell'armata. Il valore degli oggetti può essere puramente tattico, acquistare significato forse soltanto in quella battaglia. [Sulla resistenza di traslazione si veda anche *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi* cit., 1: *Inizio del trattamento*. In una nota verso la fine del cap. 10 della *Psicologia delle masse e analisi dell'io* (1921; in OSF, vol. 9), Freud richiama inoltre l'attenzione sulla somiglianza tra questa situazione e talune tecniche ipnotiche.]

di *images* infantili, si perviene tuttavia al chiarimento della sua funzione nella cura, soltanto se si approfondiscono le sue relazioni con la resistenza.

Donde deriva il fatto che la traslazione si presta in modo così eccellente ad essere mezzo della resistenza? Si direbbe che non sia difficile dare la risposta. È chiaro infatti che l'ammissione degli impulsi di desiderio proibiti diventa particolarmente difficile se dev'essere resa dinanzi alla persona alla quale è diretto l'impulso stesso. Quest'obbligo genera situazioni che nella realtà appaiono praticamente insostenibili. Ma è proprio questo che vuol raggiungere l'analizzato quando fa coincidere l'oggetto dei suoi moti sentimentali con la persona del medico. Una riflessione più approfondita dimostra però che questo vantaggio apparente non può offrire la soluzione del problema. Un rapporto di tenera e devota dedizione può infatti per altro verso aiutare a vincere tutte le difficoltà della confessione. In analoghe circostanze della realtà si è soliti dire infatti: "Davanti a te non mi vergogno, a te posso dire tutto." La traslazione sul medico potrebbe dunque servire altrettanto bene a facilitare la confessione e non si capisce perché dovrebbe renderla più difficile.

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

La soluzione dell'enigma è dunque che la traslazione sul medico è idonea alla resistenza nella cura solo se si tratta di traslazione negativa o di traslazione positiva

di impulsi erotici rimossi. Se “eliminiamo” la traslazione rendendola cosciente, non facciamo altro che distogliere queste due componenti dell’atto emotivo dalla persona del medico; l’altra componente, capace di giungere alla coscienza e irreprensibile, continua a sussistere ed è in psicoanalisi portatrice di successo, esattamente come in altri metodi di cura. Da questo punto di vista siamo pronti ad ammettere che i risultati della psicoanalisi si fondano sulla suggestione; ma per suggestione bisogna intendere, con Ferenczi,¹² l’influsso esercitato su una persona attraverso i fenomeni di traslazione possibili nel suo caso. Provvediamo all’indipendenza definitiva del malato, usando la suggestione come mezzo che gli consenta di compiere un lavoro psichico, il cui esito sarà certamente un miglioramento durevole della sua situazione psichica.

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

La traslazione negativa meriterebbe una valutazione approfondita che non può esserle concessa nell’ambito di questa esposizione. Nelle forme curabili di psiconevrosi la si trova a fianco della traslazione affettuosa, spesso rivolta contemporaneamente alla medesima persona, ed è per questo stato di cose che Bleuler ha coniato la felice espressione di *ambivalenza*.¹³ Tale ambivalenza di sentimenti

¹² S. Ferenczi, *Introjektion und Übertragung*, Jb. psychoanal. psychopath. Forsch., vol. 1, 422 (1909).

¹³ E. Bleuler, *Dementia praecox, oder Gruppe der Schizophrenien*, in *Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie* (Lipsia e Vienna 1911). Conferenza sull’ambivalenza tenuta a Berna nel 1910, riportata in *Zbl. Psychoanal.*, vol. 1, 266 (1910). – Per gli stessi fenomeni Stekel aveva proposto in precedenza il termine “bipolarità”. [È questa la prima volta che Freud menziona il termine “ambivalenza”. Occasionalmente egli lo usò in un senso diverso da quello di Bleuler, per descrivere la presenza simultanea di impulsi attivi e passivi.]

sembra essere, entro certi limiti, normale, ma un alto grado di ambivalenza è di certo un contrassegno particolare di persone nevrotiche. Nella nevrosi ossessiva una precoce "separazione delle coppie di contrari"¹⁴ sembra essere caratteristica della vita pulsionale e rappresentare una delle sue premesse costituzionali. L'ambivalenza degli orientamenti sentimentali dei nevrotici ci spiega nel modo migliore la loro capacità di porre le loro traslazioni al servizio della resistenza. Là dove la capacità di traslazione è diventata essenzialmente negativa, come nei paranoidei, cessa la possibilità dell'influsso terapeutico e della guarigione.

Ma in tutte queste riflessioni abbiamo sinora valutato soltanto un lato del fenomeno della traslazione; è necessario rivolgere la nostra attenzione a un altro aspetto dello stesso problema. Chi abbia ricavato un'impressione esatta del modo in cui l'analizzato viene catapultato fuori dai suoi rapporti reali con il medico non appena cada sotto il dominio di una cospicua resistenza di traslazione, di come egli si prende poi la libertà di trascurare la regola psicoanalitica fondamentale¹⁵ secondo la quale ognuno deve comunicare senza sottoporre a critica tutto ciò che gli viene in mente, di come dimentica i proponimenti con i quali aveva cominciato la cura, e di come gli diventano indifferenti connessioni e conclusioni logiche che poco prima lo avevano estremamente colpito, chi abbia osservato tutto questo sentirà il bisogno di spiegarsi questa impressione anche in base ad altri fattori oltre a quelli sinora citati. Questi ultimi in realtà non sono da cercare lontano: essi si ricavano ancora una volta dalla situazione psicologica in cui la cura ha trasposto l'analizzato.

Seguendo le tracce della libido che è andata perduta per la coscienza del malato, siamo penetrati nell'ambito dell'inconscio. Le reazioni che otteniamo portano infatti alla luce anche alcune delle caratteristiche dei processi inconsci, come abbiamo imparato a conoscerli attraverso lo studio dei sogni. Gli impulsi inconsci non intendono essere ricordati, come la cura vorrebbe, bensì tendono a riprodursi in

¹⁴ [Le coppie di pulsioni contrarie furono descritte dapprima da Freud nei suoi *Tre saggi sulla teoria sessuale* (1905), primo saggio, ultimo capoverso del par. 2 e par. 4 (in OSF, vol. 4), e più tardi in *Metapsicologia* (1915): *Pulsioni e loro destini* (in OSF, vol. 8). La loro importanza nelle nevrosi ossessive fu sottolineata in *Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva (Caso clinico dell'uomo dei topi)* (1909), par. 2, sottopar. c.]

¹⁵ [È questa la prima menzione di quella che in seguito doveva diventare la regolare descrizione della regola tecnica fondamentale. Una espressione molto simile ("regola psicoanalitica fondamentale") era tuttavia già stata usata nella terza delle *Cinque conferenze sulla psicoanalisi* (1909). L'idea stessa risale naturalmente molto indietro nel tempo; viene espressa, ad esempio, nell'*Interpretazione dei sogni* cit., cap. 2, essenzialmente negli stessi termini nei quali in *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi* cit., 1: *Inizio del trattamento*, l'argomento viene esaminato.]

modo corrispondente all'atemporalità e alla capacità allucinatoria dell'inconscio.¹⁶ Come nel sogno, il malato attribuisce attualità e realtà agli esiti del risveglio dei suoi impulsi inconsci; egli vuole mettere in atto le sue passioni senza tener conto della situazione reale. Il medico vuole obbligarlo a inserire questi impulsi emotivi nel contesto del trattamento e in quello della storia della sua vita, a sottoporli alla considerazione intellettuale e a identificarli secondo il loro valore psichico. Questa lotta tra medico e paziente, tra intelletto e vita pulsionale, tra conoscenza e volontà di agire si svolge quasi esclusivamente nell'ambito dei fenomeni di traslazione. È su questo terreno che dev'essere vinta la battaglia, e la vittoria si esprime nella guarigione definitiva dalla nevrosi. È innegabile che il controllo dei fenomeni di traslazione crea allo psicoanalista le maggiori difficoltà, ma non bisogna dimenticare che proprio essi ci rendono il servizio inestimabile di rendere attuali e manifesti gli impulsi amorosi, occulti e dimenticati, dei malati. Infatti, checché se ne dica, nessuno può essere battuto *in absentia* o *in effigie*.

¹⁶ [Questo concetto viene elaborato in uno scritto successivo: *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi* cit., 2: *Ricordare, ripetere e rielaborare*.]

Ricordare, ripetere e rielaborare¹

1914

Non mi pare superfluo rammentare continuamente a chi studia le profonde trasformazioni che la tecnica psicoanalitica ha subito da quelli che furono i suoi primi esordi.

Dapprima, nella fase della catarsi di Breuer, si trattava di mettere a fuoco il fattore di formazione del sintomo e, per conseguenza, di agire tenacemente per indurre i pazienti a riprodurre i processi psichici di quella certa situazione, al fine di orientarli verso la scarica grazie all'attività cosciente. Far ricordare e far abreagire erano allora le mete che ci proponevamo di raggiungere con l'aiuto dello stato ipnotico. Subito dopo, con la rinuncia all'ipnosi, ci si impose il compito di scoprire, attraverso le associazioni libere dell'analizzato, ciò che egli non riusciva a ricordare. Col lavoro di interpretazione e la comunicazione all'ammalato dei suoi risultati si doveva aggirare la resistenza. Si trattava ancora di mettere a fuoco le situazioni che stanno alla base della formazione dei sintomi e i fattori scatenanti della malattia, ma l'elemento dell'abreagire passò in secondo piano e sembrò sostituito da un altro lavoro richiesto ai pazienti: quello speso per superare (conformemente alla regola psicoanalitica fondamentale) l'atteggiamento critico verso le proprie associazioni. Alla fine si è venuto configurando l'attuale rigoroso procedimento tecnico per cui il medico rinuncia alla rilevazione di un singolo momento o problema e si accontenta di studiare gli elementi superficiali che si presentano di volta in volta nella psiche del paziente, utilizzando la tecnica interpretativa essenzialmente per riconoscere le resistenze che a proposito di questi elementi si verificano e per renderle accessibili alla coscienza dell'ammalato. Si stabilisce così una nuova specie di divisione del lavoro: il medico scopre le resistenze ignote all'ammalato; e, solo in seguito al superamento di queste resistenze l'ammalato, spesso senza alcuna fatica, racconta le situazioni e le connessioni dimenticate. Lo scopo di queste tecniche è naturalmente rimasto immutato. Da un punto di vista descrittivo consiste nel com-

¹ [In *Opere di Sigmund Freud*, vol. 7 (1912 - 1914), Boringhieri, Torino 1975, pp. 353-361, trad. di Cesare L. Musatti].

pletamento delle lacune della memoria, da un punto di vista dinamico nel superamento delle resistenze dovute alla rimozione.

Dobbiamo esser grati alla vecchia tecnica ipnotica, poiché in essa si presentano in forma isolata e schematica alcuni singoli meccanismi psichici dell'analisi. Solo su una tale base abbiamo potuto arrischiarci a creare noi stessi nella cura analitica situazioni complesse che hanno tuttavia serbato la loro trasparenza.

In quei trattamenti ipnotici l'atto del ricordare si sviluppava in modo assai semplice. Il paziente si trasponeva in una situazione precedente che egli non confondeva mai con quella attuale, comunicava i processi psichici che a quell'epoca si erano verificati nella misura in cui essi erano rimasti normali, e vi inseriva poi quanto poteva risultare da una trasformazione di processi allora inconsci in processi coscienti.

Aggiungo qui alcune osservazioni che ogni psicoanalista trova confermate nella sua esperienza. L'oblio di impressioni, scene, eventi si riduce in genere a un loro "sbarramento". Quando il paziente parla di queste cose "dimenticate", raramente trascura di aggiungere: "Veramente l'ho sempre saputo, solo che non ci pensavo." Spesso egli esprime la propria delusione per il fatto che non vogliono venirgli in mente abbastanza di quelle cose che egli può riconoscere come veramente "dimenticate", cose cioè a cui non ha mai più pensato dopo che gli sono capitate. Cionondimeno anche questa aspirazione, soprattutto nelle isterie di conversione, viene talora appagata. La "dimenticanza" trova un'ulteriore limitazione nella produzione dei tanto frequenti ricordi di copertura. In molti casi ho tratto l'impressione che la ben nota, e per noi teoricamente così importante amnesia dell'infanzia sia completamente controbilanciata dai ricordi di copertura. In questi ultimi non si conservano soltanto *alcuni*, ma *tutti* gli elementi essenziali della vita infantile. È solo questione, attraverso l'analisi, di imparare a ricavarli. I ricordi di copertura fungono da rappresentanti degli anni dimenticati dell'infanzia con la stessa adeguatezza con cui il contenuto manifesto del sogno rappresenta i pensieri onirici.

Gli altri gruppi di processi psichici che, in quanto atti meramente interiori, possono essere contrapposti alle impressioni e ai dati immediati dell'esperienza, e cioè le fantasie, i riferimenti, gli impulsi emotivi, le connessioni, vanno considerati separatamente nella loro relazione col ricordo e con l'oblio. Qui accade assai spesso che venga "ricordato" qualcosa che non ha mai potuto essere "dimenticato", per il semplice fatto che non è mai stato notato, che non è mai stato cosciente. Agli effetti del decorso psichico sembra inoltre del tutto indifferente che una tale "con-

nessione" sia stata cosciente e poi sia stata obliata, o che essa non sia mai pervenuta alla coscienza. La consapevolezza che il malato raggiunge nel corso dell'analisi è del tutto indipendente da questo o quel tipo di rievocazione.

Particolarmente nelle svariate forme della nevrosi ossessiva l'oblio si limita perlopiù a un annullamento di connessioni, a un disconoscimento di concatenazioni causali, a un isolamento di ricordi.

Per una specie particolare di situazioni assai importanti che si verificano in un'epoca assai remota dell'infanzia – e che allora vengono vissute senza essere capite, mentre vengono comprese e interpretate *a posteriori* – non è in genere possibile suscitare il ricordo. Si arriva a prenderne conoscenza attraverso i sogni, si è forzati a prestar loro fede in base a motivi inoppugnabili derivanti dalla struttura stessa della nevrosi, e ci si può anche render conto che l'analizzato, quando ha superato le sue resistenze, non fa appello alla mancanza del ricordo (e cioè dell'impressione che quel certo fatto gli è noto) al fine di non accettarne la realtà. Questo argomento tuttavia richiede tali precauzioni critiche, e ci mette di fronte a situazioni così nuove e peregrine, che mi riservo di dedicargli una trattazione a parte sulla base di un materiale adeguato.

Con l'applicazione della nuova tecnica è rimasto assai poco, per non dir nulla, di questo soddisfacente e pacifico andamento. Vero è che anche ora si danno casi che procedono per un buon tratto come con la tecnica ipnotica, e che solo più tardi si incagliano: ma altri casi hanno sin dall'inizio un andamento diverso. Se per mettere in rilievo la differenza ci limitiamo a questi ultimi casi, possiamo dire che l'analizzato non ricorda assolutamente nulla degli elementi che ha dimenticato e rimosso, e che egli piuttosto *li mette in atto*. Egli riproduce quegli elementi non sotto forma di ricordi, ma sotto forma di azioni; li ripete, ovviamente senza rendersene conto.

Ad esempio: l'analizzato non dice di ricordare d'esser stato caparbio e diffidente verso l'autorità dei genitori, ma si comporta in questo stesso modo verso il medico. Non ricorda d'esser rimasto privo di consiglio e di aiuto nella sua esplorazione sessuale infantile, ma porta un mucchio di sogni e di associazioni confuse, si lagna che nulla gli riesce e dichiara che è un suo destino non portar mai a termine ciò che intraprende. Non ricorda d'essersi profondamente vergognato di determinate pratiche sessuali e di aver temuto che esse venissero scoperte, ma mostra ora di vergognarsi del trattamento che ha intrapreso e cerca di tenerlo celato a tutti: e così di seguito.

Quel che più conta è che il paziente comincia la cura fin dal primo istante con una tale ripetizione. Quando a un paziente, che ha avuto una vita piena di vicissitudini e che presenta una lunga storia clinica, si comunica la regola psicoanalitica fondamentale e lo si invita a dire quello che gli passa per la mente, ci si attende che egli dia libero corso al fluire delle sue comunicazioni; spesso capita invece che a tutta prima egli non sappia che cosa dire. Non apre bocca e sostiene che non gli viene in mente nulla. Si tratta semplicemente della ripetizione di una impostazione omosessuale, che si presenta sotto forma di resistenza a qualsiasi ricordo. Il paziente non si libererà, finché rimane in trattamento, da questa "coazione a ripetere": e alla fine ci si rende conto che proprio questo è il suo modo di ricordare.

Naturalmente ci deve interessare in primo luogo il rapporto di questa coazione a ripetere con la traslazione e con la resistenza. Ci rendiamo subito conto che la stessa traslazione rappresenta un elemento della ripetizione, e che la ripetizione è la traslazione del passato dimenticato, non soltanto sulla persona del medico ma su tutti gli altri ambiti della situazione attuale. Dobbiamo perciò rassegnarci a che l'analizzato soggiaccia alla coazione a ripetere (che ora sostituisce l'impulso a ricordare) non soltanto nei suoi rapporti personali col medico, ma anche in tutte le altre attuali attività e relazioni della sua vita: come ad esempio quando egli durante la cura sceglie un oggetto sessuale, si assume un compito o dà corso a una iniziativa. Anche l'apporto della resistenza è riconoscibile con facilità. Quanto maggiore è la resistenza, tanto maggiore è la misura in cui il ricordare viene sostituito dal mettere in atto (ripetere). L'ideale, quanto al ricordo delle cose dimenticate, si ha quindi nell'ipnosi, stato in cui la resistenza è completamente messa da parte. Quando la cura incomincia sotto gli auspici di una lieve e tacita traslazione positiva, ciò consente al paziente di immergersi immediatamente nei suoi ricordi come farebbe nell'ipnosi durante la quale gli stessi sintomi morbosi sono messi a tacere; ma se in seguito questa traslazione si fa ostile o troppo accentuata, tale dunque da esigere una rimozione, subito il ricordo lascia il posto alla messa in atto. Da allora in poi sono le resistenze che determinano l'ordine di successione di quanto verrà ripetuto. L'ammalato dissotterra dall'arsenale del passato le armi con cui si difende dalla prosecuzione della cura, armi che noi dobbiamo togliergli di mano una a una.

Sappiamo dunque che l'analizzato ripete invece di ricordare, che ripete sotto le condizioni impostegli dalla resistenza; ma ci possiamo ora chiedere: che cosa propriamente egli ripete o mette in atto? La risposta è questa: egli ripete tutto ciò che, provenendo dalle fonti di quanto in lui vi è di rimosso, si è già imposto alla sua personalità manifesta: le sue inibizioni, i suoi atteggiamenti inservibili, i tratti pato-

logici del suo carattere. Sì, egli ripete anche durante il trattamento tutti i suoi sintomi. E ora possiamo osservare che mettendo in rilievo la coazione a ripetere non abbiamo acquisito un fatto nuovo, ma solo una concezione più unitaria. Ci rendiamo conto infatti che lo stato morboso dell'ammalato non può cessare con l'inizio della sua analisi, e che la sua malattia non va trattata come una faccenda del passato, ma come una forza che agisce nel presente. Gli elementi della malattia vengono a uno a uno condotti entro l'orizzonte e il campo d'azione della cura e, mentre l'ammalato li vive come qualche cosa di reale e attuale, noi dobbiamo effettuare il nostro lavoro terapeutico che consiste in gran parte nel ricondurre questi elementi al passato.

Il ricordare a cui i pazienti erano indotti durante l'ipnosi non poteva che suscitare l'impressione di un esperimento di laboratorio. Il ripetere a cui essi sono indotti durante il trattamento analitico secondo la tecnica più recente significa evocare un pezzo di vita vissuta, e non può quindi essere sempre una faccenda pacifica e scevra di pericoli. A ciò si connette tutto il problema dello spesso inevitabile "peggioramento durante la cura".

Anzitutto già il fatto di iniziare il trattamento fa sì che l'ammalato modifichi il suo atteggiamento cosciente verso la malattia. Abituamente si accontentava di lamentarsene, di trattarla come qualche cosa di insensato, di sottovalutarne l'importanza; continuava peraltro a esercitare verso le manifestazioni della malattia lo stesso comportamento rimovente (e cioè la politica dello struzzo) che aveva già esercitato verso le cause di quella. Può accadere così che egli non conosca con esattezza le condizioni della sua fobia, che non ponga attenzione al preciso enunciato delle sue idee ossessive, che non colga l'intenzione autentica del suo impulso coatto. Ciò non giova naturalmente alla cura. Egli deve trovare ora il coraggio di rivolgere la sua attenzione alle manifestazioni della sua malattia. La malattia stessa deve cessare di essere per lui qualche cosa di esecrabile e diventare piuttosto un degno avversario, una parte del suo essere che si fonda sopra buoni motivi, e da cui dovranno essere tratti elementi preziosi per la sua vita ulteriore. La riconciliazione col rimosso testimoniato dai sintomi è così avviata fin dall'inizio e ciò implica altresì una certa tolleranza verso la malattia. Se ora, in base a questo nuovo rapporto con la malattia, si acquisiscono conflitti e si manifestano sintomi che prima erano soltanto adombrati, è possibile rassicurare il paziente con l'osservazione che si tratta soltanto di aggravamenti necessari ma transitori, e che non si può uccidere un nemico assente o non sufficientemente vicino. La resistenza può però sfruttare la situazione per le sue proprie mire, nell'intenzione di abusare del permesso di esse-

re malato. E il paziente sembra voler dichiarare: "Guarda un po' cosa salta fuori quando davvero mi abbandono a queste cose! Non avevo ragione di consegnarle alla rimozione?" Specialmente i giovani e i bambini amano servirsi del fatto che durante la cura si pretende che essi pongano attenzione alla propria malattia per abbandonarsi a un'orgia di sintomi morbosi.

Ulteriori pericoli sono dati dal fatto che col progredire della cura anche nuovi moti pulsionali, appartenenti a strati più profondi e che fino a quel momento non erano stati avvertiti possono diventare suscettibili di essere "ripetuti". Infine, le azioni del paziente possono, anche all'infuori della traslazione, produrre transitori danni alle condizioni di vita del paziente, o addirittura esser scelte in modo tale da inficiare definitivamente ogni prospettiva di guarigione.

La tattica che il medico deve adottare in questa situazione si giustifica facilmente. Per lui lo scopo rimane il ricordo secondo la vecchia maniera, la riproduzione sul terreno psichico; e a questo scopo egli deve restar fedele anche se sa che esso con la nuova tecnica non può essere raggiunto. Egli si accinge a un permanente conflitto col paziente per trattenere entro il campo psichico tutti gli impulsi che quegli vorrebbe avviare nel campo motorio, e saluta come una vittoria della cura tutti quei casi in cui è possibile liquidare attraverso un'attività mnestica ciò che il paziente vorrebbe scaricare in una azione. Quando il legame attraverso la traslazione si è comunque consolidato al punto da divenire utilizzabile, il trattamento può evitare che l'ammalato compia tutti gli atti di ripetizione particolarmente importanti e può adoperare le intenzioni *in statu nascendi* come materiale per il lavoro terapeutico. Si protegge nel modo migliore l'ammalato dai danni che egli può arrecare a se stesso col dare corso ai suoi impulsi, quando lo si impegni a non prendere durante la cura alcuna decisione veramente importante per la sua vita (come quella di una professione o di una scelta definitiva dell'oggetto d'amore), ma ad attendere piuttosto per questi progetti il momento della guarigione.

Nel far ciò si deve esser disposti a salvaguardare quella parte della libertà personale dell'analizzato che è compatibile con queste prescrizioni; non gli si deve quindi vietare l'attuazione di progetti meno significativi, anche se assurdi, ricordando a tal proposito che l'uomo può farsi veramente assennato solo attraverso i propri errori e la propria esperienza. Ci capitano naturalmente anche pazienti che non riusciamo a trattenere dal cacciarsi in una qualche situazione che è del tutto inutilizzabile per l'analisi, e che solo a cose fatte diventano docili e accessibili a una elaborazione analitica. E può pure accadere di tanto in tanto che non si abbia il tempo per imbrigliare con la traslazione le pulsioni selvagge, o che il paziente

spezzi, in un atto di ripetizione, il legame che lo tiene avvinto al trattamento. Come esempio estremo di situazioni siffatte posso citare il caso di una signora piuttosto anziana che aveva ripetutamente, durante stati d'animo crepuscolari, abbandonato la propria casa e il proprio marito, rifugiandosi da qualche parte, senza rendersi conto del motivo di questo suo "andarsene". Essa era venuta da me in analisi con una spiccata traslazione fondata sulla tenerezza, accentuò rapidissimamente tale traslazione nei primi giorni, e in capo a una settimana "se ne andò" anche da me prima che io avessi il tempo di dirle qualche cosa che la potesse trattenere da una tale ripetizione.

Tuttavia il mezzo principale per domare la coazione a ripetere del paziente, e trasformarla in un motivo che stimoli il ricordo, è dato dal modo in cui è impiegata la traslazione. Rendiamo la coazione a ripetere innocua, o addirittura utile, quando le riconosciamo il diritto di far quel che vuole entro un ambito ben definito. Le offriamo la traslazione come palestra in cui le è concesso di espandersi in una libertà quasi assoluta, e dove le viene prescritto di presentarci tutti gli elementi pulsionali patogeni che si nascondono nella vita psichica dell'analizzato. Se il paziente è tanto compiacente da rispettare le condizioni indispensabili per la continuazione stessa del trattamento, ci riesce in genere di dare a tutti i sintomi della malattia un nuovo significato in base alla traslazione,² facendo in modo che la normale nevrosi sia sostituita da una "nevrosi di traslazione" dalla quale il paziente può essere guarito mediante il lavoro terapeutico. La traslazione crea così una provincia intermedia fra la malattia e la vita, attraverso la quale è possibile il passaggio dalla prima alla seconda. Il nuovo stato ha assunto su di sé tutti i caratteri della malattia, ma costituisce una malattia artificiale completamente accessibile ai nostri attacchi. Al tempo stesso questo stato è una parte della vita reale, favorito tuttavia da condizioni particolarmente propizie e coi caratteri della provvisorietà. Dalle reazioni³ di tipo ripetitivo, che si verificano nella traslazione, le note vie conducono al risveglio dei ricordi che, superate le resistenze, si presentano, a quanto sembra, senza alcuna difficoltà.

Potrei fermarmi qui se il titolo di questo saggio non mi impegnasse a descrivere una ulteriore parte della tecnica analitica. Come è noto il superamento delle resistenze è avviato dal fatto che il medico scopre la resistenza che l'ammalato da solo non ha mai riconosciuto e la comunica al paziente. Pare che i principianti

² [*Übertragungsbedeutung*. Nelle edizioni che precedono quella del 1924 si leggeva: *Übertragungsbedingung* (determinazione in base alla traslazione)].

³ [Solo nella prima edizione era scritto "azioni"].

dell'analisi siano inclini a scambiare tale fase preparatoria per il lavoro nella sua totalità. Spesso sono stato chiamato a consulto in casi in cui il medico lamentava il fatto di aver mostrato all'ammalato la sua resistenza senza che perciò si fosse verificato alcun cambiamento: ché anzi la resistenza si era rafforzata e l'intera situazione si era fatta più intricata. Pareva che la cura non dovesse andare avanti. Questa fosca prognosi si rivelava però sempre erronea. La cura in genere procedeva nel modo migliore; solo che il medico aveva dimenticato che dalla semplice menzione della resistenza non può risultare la sua immediata scomparsa. Si deve lasciare all'ammalato il tempo di immergersi nella resistenza a lui ignota,⁴ di *rielaborarla*, di superarla persistendo, a dispetto di essa, nel suo lavoro che si attiene alla regola psicoanalitica fondamentale. Solo quando la resistenza è giunta a tale livello è possibile scoprire, in collaborazione con l'analizzato, i moti pulsionali rimossi che la alimentano; il paziente può infatti rendersi conto dell'esistenza e della potenza di questi moti in base a quanto è venuto sperimentando. Perciò il medico non ha altro da fare che attendere e lasciare che si svolga un decorso che non può essere evitato né sempre accelerato. Se egli si attiene a ciò, potrà risparmiarsi a se stesso l'erronea impressione di essersi arenato quando invece ha condotto il trattamento per la via giusta.

Questa rielaborazione delle resistenze può, nella pratica, risolversi in un compito gravoso per l'analizzato e in una prova di pazienza per il medico. Si tratta però della parte del lavoro che produce i maggiori mutamenti nel paziente e che differenzia il trattamento analitico da tutti i trattamenti di tipo suggestivo. Da un punto di vista teorico la rielaborazione delle resistenze può essere equiparata a quell'"abreazione" degli ammontari affettivi incapsulati dalla rimozione senza la quale il trattamento ipnotico rimaneva inefficace.

⁴ ["...*sich in den ihm unbekanntem Widerstand zu vertiefen*." Così in tutte le edizioni tedesche successive alla prima nella quale era scritto invece "...*sich in den ihm nun bekannten Widerstand zu vertiefen*" (...di immergersi nella resistenza che ora gli è nota).

Osservazioni sull'amore di traslazione¹

1914

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

Fra le diverse situazioni che si verificano in questo contesto, è mia intenzione trascriverne una sola, ben circoscritta: e ciò sia per la sua frequenza e la sua importanza pratica, sia per l'interesse teorico ch'essa presenta. Mi riferisco al caso in cui una paziente di sesso femminile lascia capire per indubbi segni o dichiara esplicitamente di essersi innamorata, come una qualsiasi altra donna mortale, del medico che l'analizza. Tale situazione ha i suoi aspetti tragicomici e i suoi aspetti seri. Essa è inoltre talmente complessa e soggetta a condizionamenti molteplici, si presenta con un carattere di tale fatalità ed è così difficile da risolvere, che discuterla avrebbe risposto da molto tempo a una esigenza vitale per la tecnica psicoanalitica. Ma poiché anche noi, pur facendoci beffe degli errori altrui, non ne siamo sempre del tutto immuni, non ci siamo fino ad ora affrettati a risolvere questo problema. Continuamente ci siamo trovati di fronte al dovere della discrezione professionale a cui nella vita non possiamo sottrarci, ma che certo non giova al progresso delle nostre cognizioni scientifiche. Nella misura in cui la letteratura psicoanalitica fa parte anch'essa della vita reale, abbiamo qui una contraddizione insanabile. Or non è molto, prescindendo per un attimo da questa discrezione, ho mostrato come proprio il verificarsi della traslazione abbia rallentato, nel suo primo decennio, lo sviluppo della terapia psicoanalitica.²

Per il profano ben educato – e profano, rispetto alla psicoanalisi, è anche il tipo d'uomo che corrisponde agli ideali della nostra civiltà – le faccende d'amore

¹ [In *Opere di Sigmund Freud*, vol. 7 (1912 - 1914), Boringhieri, Torino 1975, pp. 362-364, trad. di Cesare L. Musatti].

² Nel mio scritto *Per la storia del movimento psicoanalitico* (1914). [Allusione alle difficoltà create a Breuer dalla traslazione nel caso di Anna O., parte I].

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

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

Consideriamo la seconda soluzione del caso in esame: il medico e la paziente si lasciano dopo che la paziente si è innamorata del medico; la cura viene dunque interrotta. Lo stato della paziente rende tuttavia necessario ben presto un secondo tentativo analitico presso un altro medico; accade però che essa si innamori anche di questo secondo medico, e così pure, se interrompe nuovamente e si rivolge a un altro, del terzo, e così via. Dal fatto che questa situazione si produca con certezza (e si tratta com'è noto di uno dei fondamenti della teoria psicoanalitica) si possono trarre due ammaestramenti: uno per il medico psicoanalista, l'altro per la paziente bisognosa d'analisi.

Per il medico questo fenomeno ha il valore di un chiarimento prezioso e di un buon avvertimento a premunirsi da una "controtraslazione" che eventualmente stia per prodursi in lui.³ Egli deve riconoscere che l'innamoramento della paziente è una conseguenza dovuta alla situazione analitica, e non può dunque essere ascritto a prerogative della propria persona, sicché egli non ha alcun motivo per insuperbirsi di una tale "conquista", come si direbbe fuori dell'analisi. Ed essere rammentati di ciò è sempre un bene. Quanto alla paziente le si impone un dilemma: o deve rinunciare a un trattamento psicoanalitico, o deve accettare come un destino inevitabile di innamorarsi del proprio medico.⁴

³ [Il tema della "controtraslazione", già accennato da Freud nello scritto sulle *Prospettive future della terapia psicoanalitica* (1910, in OSF, vol. 6), è ripreso più oltre. Freud lo menziona tuttavia assai raramente in forma esplicita nei suoi scritti].

⁴ Che la traslazione possa anche manifestarsi con sentimenti diversi e meno affettuosi è cosa ben nota che esula tuttavia dall'argomento di questo scritto. [Vedi in *Tecnica della psicoanalisi* (1911-12): *Dina-*

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

Mi si dice che alcuni medici che esercitano l'analisi spesso⁵ preparano le pazienti al manifestarsi della traslazione amorosa o addirittura le invitano "a innamorarsi soltanto del medico, perché in tal modo l'analisi può procedere rapidamente". Non riesco a immaginare una tecnica più balorda. Si toglie in tal modo al fenomeno il persuasivo carattere della spontaneità, e ci si crea da soli degli ostacoli che saranno poi difficili da superare.⁶

Va detto che a tutta prima non si ha l'impressione che dall'innamoramento in stato di traslazione possa derivare qualche cosa di utile per la cura. La paziente, anche quella che ha dimostrato fino a quel momento la massima arrendevolezza, perde improvvisamente ogni interesse al trattamento e cessa di capirlo; non vuole udire, o parlare d'altro che di quel suo amore che vorrebbe contraccambiato: abbandona i suoi sintomi, o li trascura, o addirittura si dichiara guarita. Si ha un completo cambiamento di scena, come quando uno spettacolo viene interrotto per

mica della traslazione, in OSF, vol. 6 (1909 -1912), Boringhieri, Torino 1974, pp. 523-531, trad. di Ezio Luserna..]

⁵ [*Häufig*. Nella prima edizione soltanto al posto di questa parola era scritto: *frühzeitig* (sin dall'inizio, precocemente)].

⁶ [Nella prima edizione soltanto questo capoverso (che ha la natura di un inciso) era stampato in corpo minore].

l'improvvisa irruzione di un elemento reale: ad esempio quando durante una rappresentazione teatrale si leva un grido d'allarme per un incendio. Il medico che sperimenta questo evento per la prima volta fatica a tenere in pugno la situazione analitica e a sottrarsi all'errata impressione che il trattamento sia effettivamente giunto alla fine.

Con un po' di riflessione si riesce però a orizzontarsi. Soprattutto se si tiene a mente il sospetto che tutto ciò che ostacola la prosecuzione della cura può rivelarsi espressione della resistenza.⁷ La resistenza partecipa indubbiamente in misura notevole al sorgere di questa tumultuosa esigenza d'amore. Già da tempo avevamo notato i segni di una tenera traslazione nella paziente; e avevamo potuto mettere sul conto di questo atteggiamento verso il medico la sua docilità, la sua accettazione delle spiegazioni dell'analisi, la notevole comprensione e l'alta intelligenza che essa dimostrava. Tutto questo ora è come spazzato via: l'ammalata è divenuta del tutto irragionevole e sembra abbandonarsi completamente al suo amore; d'altronde tale cambiamento si produce regolarmente proprio nel momento in cui si stava per chiedere alla paziente di ammettere o di ricordare un elemento della storia della sua vita, particolarmente penoso e fortemente rimosso. Ella era dunque innamorata da tempo, ma ora la resistenza comincia a servirsi di questo amore per ostacolare il proseguimento della cura, per distogliere ogni interesse dal lavoro e per mettere l'analista in una posizione imbarazzante.

Un attento esame consente di scorgere nella situazione anche l'influsso di altri motivi che complicano ancor più le cose, e che in parte si riferiscono all'innamoramento, ma in parte costituiscono espressioni peculiari della resistenza. Appartiene alla prima specie il tentativo della paziente di saggiare la propria irresistibilità, di spezzare l'autorità del medico abbassandolo al rango di amante e di ricavare dal soddisfacimento amoroso tutti i possibili vantaggi collaterali. Quanto alla resistenza, si deve presumere che utilizzi eventualmente la dichiarazione d'amore come mezzo per mettere alla prova l'austerità dello psicoanalista, il quale, ove mostrasse di compiacersene dovrebbe attendersi i rimproveri della paziente. Ma soprattutto si ha l'impressione che la resistenza si comporti come un *agent provocateur*, accentuando l'innamoramento ed esagerando la disponibilità della paziente a concedersi sessualmente, per potere in seguito, con un richiamo ai peri-

⁷ [Questa stessa tesi Freud l'aveva già asserita in forma assai più perentoria nella prima edizione dell'*Interpretazione dei sogni* (1899, in OSF, vol. 3), cap. 7, par. A. Ma nel 1925 egli aggiunse al passo in questione ("qualsiasi cosa disturbi la continuazione del trattamento è una resistenza") una lunga nota che chiarisce il significato tecnico di questa regola].

coli di tale licenziosità, sottolineare con più forza la legittimità della rimozione [vedi sopra cap. 2]. Come è noto tutti questi elementi accessori, che in casi più semplici possono anche mancare, sono stati considerati da Alfred Adler come l'essenza stessa dell'intero processo.⁸

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

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

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

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

E neppure posso consigliare una via di mezzo, che a qualcuno può sembrare particolarmente ingegnosa. Secondo questa via si potrebbe raccomandare all'analista di ricambiare i sentimenti di tenerezza della paziente, evitando tuttavia ogni manifestazione fisica di questa tenerezza, fino a quando diventi possibile avviare il rapporto su binari più tranquilli, portandolo a un livello superiore. Contro

⁸ A. Adler, *Beitrag zur Lehre vom Widerstand*, Zbl. Psychoanal., vol. 1, 219 (1911).

un tale espediente debbo obiettare che il trattamento psicoanalitico si fonda sulla sincerità. Buona parte della sua efficacia educativa e del suo valore etico risiedono precisamente in ciò; ed è pericoloso abbandonare questo fondamento. Chi si è profondamente immedesimato nella tecnica analitica, non riesce più assolutamente a ricorrere alle menzogne e agli inganni che abitualmente i medici reputano inevitabili; e se, con le migliori intenzioni di questo mondo, cerca di avvalersene, finisce col tradirsi. Dal momento che si richiede al paziente la più assoluta sincerità, ci si gioca tutta la propria autorità lasciandosi cogliere da lui mentre si deflette dalla verità. Del resto, l'esperimento di lasciarsi andare a sentimenti di tenerezza nei confronti della paziente non è sempre esente da pericoli. Non sempre ci si domina al punto da non trovarsi improvvisamente, un momento o l'altro, oltre i limiti che ci si era prefissati. Penso perciò che non si debba abbandonare quella impassibilità a cui si è pervenuti trattenendo la controtraslazione.

Ho già lasciato intendere che la tecnica analitica fa obbligo al medico di rifiutare alla paziente bisognosa d'amore il soddisfacimento richiesto. D'altronde la cura deve essere condotta in stato di astinenza; e con ciò non mi riferisco soltanto alla privazione fisica; ma neppure intendo la privazione di tutto ciò a cui la paziente aspira, giacché probabilmente nessun ammalato sopporterebbe questo. Voglio piuttosto porre questo principio generale: che occorre lasciar persistere nella malata i bisogni e i desideri, come forze propulsive al lavoro e al mutamento, evitando quindi di metterli a tacere con surrogati. Altro che surrogati non potrebbero infatti essere offerti, giacché l'ammalata – per il suo stato e fintanto che non sono eliminate le sue rimozioni – è incapace di un appagamento effettivo.

Si intende bene che il principio secondo il quale la cura analitica deve essere effettuata in stato di privazione va inteso ben al di là del singolo caso qui considerato, e ch'esso richiederebbe una discussione approfondita per poter definire i limiti della sua applicabilità.⁹ In questa sede eviteremo tuttavia di affrontare tale discussione e ci atterremo il più strettamente possibile alla situazione da cui siamo partiti. Che cosa accadrebbe se il medico si comportasse diversamente e si servisse di una libertà concessa, supponiamo, a entrambi, per corrispondere all'amore della paziente e placare così il suo bisogno di tenerezza?

Se egli così contasse di riuscire, mediante una tale corresponsione, a garantirsi il proprio potere sulla paziente, tanto da indurla a risolvere i compiti della cura e a ottenere la definitiva liberazione dalla nevrosi, l'esperienza si incaricherebbe di mostrargli che egli ha fatto male i suoi conti. La paziente raggiungerebbe il *proprio*

⁹ [Freud affronterà quest'argomento in *Vie della terapia psicoanalitica* (1918, in OSF, vol. 9)].

fine, mentre egli non raggiungerebbe mai il *suo*; così che si produrrebbe tra il medico e la paziente quello che un divertente aneddoto racconta di un sacerdote e di un agente di assicurazioni. A un agente di assicurazioni miscredente e gravemente ammalato vien condotto, per iniziativa dei parenti, un religioso perché lo converta prima della morte. Il colloquio si protrae così a lungo che coloro i quali attendono fuori cominciano a sperare. Quand'ecco che la porta della stanza dove giace il malato si apre; il miscredente non è stato convertito, ma il sacerdote se ne vien via con una polizza.

Se il suo amore venisse corrisposto, ciò costituirebbe un grande trionfo per la malata ma un totale naufragio per la cura. La malata sarebbe riuscita a far ciò a cui tendono tutti gli ammalati in analisi; cioè a mettere in atto, a ripetere nella vita reale quello che essa dovrebbe soltanto ricordare riproducendolo come materiale psichico e trattenendolo nella sfera puramente psichica.¹⁰ Nel corso ulteriore della relazione amorosa essa metterebbe in campo tutte le inibizioni e le reazioni patologiche della sua vita amorosa, senza che vi sia modo di correggerle; né potrebbe esserle evitata la tormentosa esperienza che si accompagna al rimorso e l'intensa accentuazione della sua propensione a rimuovere. Una eventuale relazione amorosa porrebbe senz'altro termine alla possibilità di influenzare la paziente mediante il trattamento analitico; l'unione fra l'analista e la paziente è dunque una vera assurdità.

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

¹⁰ Vedi il saggio *Ricordare, ripetere e rielaborare*, (1914), in OSF, vol. 7 (1912 - 1914), Boringhieri, Torino 1975, pp. 353 - 361].

del suo innamoramento, e partendo da questi elementi si aprirà da sola la via che conduce alle radici infantili del suo amore.

Vi è una categoria di donne con le quali questo tentativo di utilizzare per il lavoro analitico la traslazione amorosa, senza tuttavia soddisfarla, comunque non riesce. Si tratta di donne dalla passionalità elementare che non ammette surrogati: figlie della natura, che non accettano una realtà psichica in cambio di quella materiale, e che, per dirla col poeta, sono accessibili soltanto alla "logica della polenta... alla tesi della bistecca".¹¹ Con tali persone la scelta è questa: o ricambiare l'amore oppure attrarre su di sé l'ostilità della donna delusa; e in nessuno dei due casi si possono salvaguardare gli interessi della cura. Non resta allora che ritirarsi senza aver ottenuto nulla: e rimane solo il problema di come si concili la possibilità della nevrosi con una tale indomabile esigenza d'amore.

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

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

¹¹ [Dalla poesia di Heine "I ratti migranti"].

una dimostrazione mediante un'analisi particolareggiata del comportamento amoroso della paziente.

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

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

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

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

Riassumiamo dunque. Non abbiamo alcun diritto di contestare all'innamoramento, quale si produce nel trattamento analitico, il carattere di un amore effettivo. Se ci appare una cosa tanto poco normale, ciò si spiega esaurientemente col fatto che anche l'innamoramento che si verifica abitualmente al di fuori della cura analitica ci rammenta piuttosto i fenomeni psichici abnormi che non

quelli normali. Tuttavia esso è caratterizzato da alcuni elementi che gli conferiscono una posizione particolare: 1) è provocato dalla situazione analitica, 2) è esaltato dalla resistenza che domina quella situazione, 3) si sottrae in misura notevole alla considerazione della realtà, 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 innamorati.

Per quel che riguarda la condotta del medico la prima delle tre succitate peculiarità dell'amore di traslazione è quella decisiva. Egli ha suscitato questo innamoramento iniziando il trattamento analitico per la guarigione della nevrosi: si tratta per lui dell'inevitabile esito di una situazione medica, come il fatto che un ammalato si denuda di fronte a lui o gli confida un segreto di importanza vitale. Perciò il principio a cui si attiene saldamente è che non gli è lecito trarre alcun utile personale da una tale situazione. Né la disponibilità della paziente può modificare questo stato di cose; essa non fa che rovesciare l'intera responsabilità sulla persona del medico. Come egli deve ben sapere, l'ammalata non può disporre di alcun altro meccanismo per la guarigione. Quando si è riusciti a superare felicemente ogni difficoltà, spesso essa ammette la fantasia anticipatoria con cui ha intrapreso la cura: se si comporterà bene durante l'analisi, alla fine sarà premiata con la tenerezza del medico.

Per il medico vi è dunque una coincidenza di motivi etici e tecnici, i quali gli vietano di concedere il suo amore all'ammalata. Egli deve sempre tener presente la sua meta: che è quella di far sì che la donna, inibita in forza di fissazioni infantili nelle sue capacità amorose, giunga a disporre liberamente di questa funzione per lei inestimabilmente importante: non però perché essa la sprechi durante la cura, ma perché la serbi per la vita reale, quando, concluso il trattamento, le esigenze della vita si faranno sentire. Egli non deve ripetere con lei la storia di quella gara di cani, nella quale vien posta come premio una filza di salsicce, e che un burlone, lanciando una singola salsiccia sulla pista, manda a monte, giacché i cani si slanciano su questa scordando la corsa e l'intera filza che attende sul traguardo il vincitore. Non dirò che sia sempre facile per il medico mantenersi entro i limiti che gli vengono prescritti dalla morale e dalla tecnica. In ispecie un uomo giovane e non ancora legato da saldi vincoli può avvertire questo come un compito assai duro. Indubbiamente l'amore fra i sessi è una delle cose più importanti della vita, e l'unione del soddisfacimento spirituale e fisico che si attinge nel godimento d'amore ne rap-

presenta precisamente uno dei vertici. Tutti gli uomini, salvo alcuni strambi maniaci, lo sanno e orientano di conseguenza la propria esistenza. Soltanto nella scienza si ha ritengo ad ammetterlo. D'altronde è una parte imbarazzante per un uomo quella di fare lo sdegno di fronte alla donna che impetra l'amore; e una donna per bene la quale confessi la propria passione esercita, nonostante la nevrosi e la resistenza, un fascino incomparabile. Né la tentazione è data dalle pretese grossolanamente sensuali della paziente. Queste agiscono piuttosto in senso negativo, e richiedono tutta la tolleranza del medico per poter essere considerate come un fenomeno naturale. Il pericolo di scordare per una bella esperienza la tecnica e la missione del medico è rappresentato piuttosto dai moti di desiderio più delicati, inibiti nella meta, da parte della donna.

Con tutto ciò la possibilità di cedere va assolutamente esclusa per lo psicoanalista. Per quanto in alto egli ponga l'amore, deve porre ancora più in alto l'opportunità che gli è data di far superare alla paziente una fase decisiva della sua vita. Essa deve imparare da lui a oltrepassare il "principio di piacere", a rinunciare a un soddisfacimento immediato ma socialmente inaccettabile, in favore di un soddisfacimento più lontano e forse anche meno sicuro, ma psicologicamente e socialmente ineccepibile. A tale scopo essa deve venir condotta a ripercorrere le fasi più remote del suo sviluppo psichico, così da acquistare per una tale via quel di più di libertà spirituale che distingue, da un punto di vista sistematico, l'attività psichica cosciente da quella inconscia.¹²

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

I profani, del cui atteggiamento verso la psicoanalisi ho detto in principio, non mancheranno certo di prendere occasione anche da questa analisi dell'amore di traslazione per attirare l'attenzione del mondo sulla pericolosità di questo metodo terapeutico. Quanto allo psicoanalista, egli sa bene di lavorare con forze altamente esplosive e di dover procedere con le stesse cautele e la stessa coscienza

¹² [La distinzione fra conscio e inconscio in psicoanalisi da un punto di vista descrittivo, dinamico e sistematico è chiarita nello scritto freudiano *Nota sull'inconscio in psicoanalisi* (1912, in OSF, vol. 6)].

ziosità del chimico. Ma quando mai si è interdetto al chimico l'uso delle sostanze esplosive che gli sono necessarie per l'opera sua, a cagione della loro pericolosità? È singolare che la psicoanalisi debba conquistarsi per proprio conto e di bel nuovo quelle libertà che sono da tempo riconosciute alle altre attività mediche. Io non sono certo del parere che si debbano abbandonare i metodi blandi di trattamento. Per molti casi essi sono sufficienti: e in fin dei conti può darsi che il *furor sanandi* sia tanto poco utile alla società umana quanto ogni altra forma di fanatismo. Ma credere che si possano vincere le psiconevrosi operando con blandi mezzucci, significa sottovalutare grossolanamente la natura di queste affezioni, la loro origine e la loro effettiva importanza. No: nell'attività terapeutica resterà sempre posto, accanto alla *medicina*, per il *ferrum* e per l'*ignis*.¹³ e così pure non si può rinunciare a una rigorosa e non addomesticata psicoanalisi, la quale non tema di maneggiare i moti psichici più pericolosi e di padroneggiarli nell'interesse del malato.

¹³ [Allusione a un aforisma attribuito a Ippocrate: "Ciò che non cura la medicina, lo cura il ferro; ciò che il ferro non cura lo cura il fuoco; e ciò che il fuoco non può curare va ritenuto incurabile"].

La traslazione nell' *Introduzione alla psicanalisi*

1917

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

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

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

Che spazio resta per un influsso terapeutico qualsivoglia?

Intanto, in primo luogo, la disposizione ereditaria: non ci succede di parlarne molto spesso perché essa viene energicamente sottolineata da altri e noi non abbiamo niente di nuovo da dire in proposito. Ma non crediate che la sottovalutiamo; proprio in quanto terapeuti ci è dato di avvertirne il potere abbastanza distintamente. Comunque, non possiamo modificarla in nulla; anche per noi essa rimane un dato che pone delle precise barriere ai nostri sforzi. C'è poi l'influenza delle antiche esperienze dell'infanzia, che nell'analisi siamo abituati a mettere in primo piano; esse appartengono al passato, non possiamo far sì che non siano accadute.

¹ [Lezione 27 di *Introduzione alla psicanalisi* (1915-1917), in *Opere di Sigmund Freud*, vol. 8, Boringhieri, Torino 1976, pp. 581-596, trad. di Marilisa Tonin Dogana e Ermanno Sagittario].

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

Ma Signori e Signori, chi vi ha così male informato? E' escluso che il consiglio di godersi la vita sessualmente abbia una funzione nella terapia analitica. Lo esclude già il solo fatto che noi abbiamo proclamato che negli ammalati esiste un conflitto ostinato fra l'impulso libidico e la rimozione sessuale, fra l'orientamento sensuale e quello ascetico. Questo conflitto non viene soppresso aiutando uno di questi orientamenti a ottenere la vittoria su quello opposto. Vediamo che nel nervoso l'ascesi ha il sopravvento: la conseguenza è appunto che la spinta sessuale repressa si procura uno sfogo nei sintomi. Se adesso, al contrario, assicurassimo vittoria alla sensualità, la rimozione sessuale da noi tolta di mezzo sarebbe inevitabilmente sostituita da sintomi. Nessuna delle alternative metterebbe fine al conflitto interno, una delle due parti in gioco rimarrebbe ogni volta insoddisfatta. Sono pochi i casi in cui il conflitto è così labile da consentire a un fattore come la presa di posizione del medico di diventare decisivo, e questi casi, a ben vedere, non sanno cosa farsene del trattamento analitico. Coloro che si lascerebbero influenzare così

dal medico avrebbero trovato la stessa strada anche senza di lui. Sapete benissimo che di regola, se un giovanotto astinente si decide ad avere rapporti sessuali illeciti o se una donna insoddisfatta cerca di rifarsi con un altro uomo, costoro non hanno aspettato il permesso del medico o, magari, dell'analista. A questo riguardo, si sorvola abitualmente sul seguente punto essenziale: che il conflitto patogeno dei nevrotici non va scambiato per una normale lotta tra impulsi psichici che si trovano sullo stesso terreno psicologico. E' un contrasto di forze, una delle quali è giunta al gradino del preconscious e del conscio, mentre l'altra è stata trattenuta al gradino dell'inconscio. E' per questo che il conflitto non può giungere a conclusione: i contendenti non hanno nulla da spartire tra di loro, come l'orso polare e la balena. Una decisione vera e propria può aver luogo soltanto quando i due s'incontrano sullo stesso terreno. Rendere questo possibile è secondo me l'unico compito della terapia. Inoltre, posso assicurarvi che siete male informati se supponete che l'influsso dell'analisi sia espressamente diretto a consigliare e a guidare nelle faccende della vita. Al contrario, noi respingiamo per quanto ci è possibile la parte di mentori, poiché ciò che più ci interessa è che l'ammalato prenda da sé le sue decisioni. In questo intento gli chiediamo di rimandare per la durata del trattamento tutte le risoluzioni di vitale importanza, per quanto riguarda la scelta della professione, le operazioni commerciali, il matrimonio o la separazione, e di metterle in pratica solo dopo la fine del trattamento. Confessate che questo è totalmente diverso da come ve lo sareste immaginato. Solo nel caso di certe persone molto giovani, o sprovviste e instabili, non riusciamo a far sì che esse si sottopongano a tale auspicabile limitazione. Nel loro caso dobbiamo combinare l'opera del medico con quella dell'educatore; allora siamo ben consci della nostra responsabilità e ci comportiamo con la necessaria cautela.

Dallo zelo con cui mi difendo contro l'accusa che il nervoso nella cura analitica venga incoraggiato a godersi la vita, non dovete trarre la conclusione che agiamo su di lui in favore della moralità sociale. Questo è, a dir poco, altrettanto lontano dalle nostre intenzioni. E' vero che non siamo riformatori ma semplici osservatori, tuttavia non possiamo dispensarci dall'osservare con occhio critico, e ci è risultato impossibile prendere partito per la morale sessuale convenzionale o avere un'alta considerazione del modo in cui la società cerca di regolare nella pratica i problemi della vita sessuale. Alla società possiamo dimostrare, con un conto semplicissimo, che ciò che essa chiama la sua moralità costa più sacrifici di quanto meriti, e che il suo modo di procedere non è basato su verità né atesta saggezza. Non rinunciamo a questa critica nemmeno di fronte ai nostri pazienti, cerchiamo di abituarli a

riflettere senza prevenzioni sulle faccende sessuali così come su tutte le altre; e se essi, raggiunta la loro indipendenza al termine della cura, si decidono in base a una propria valutazione per una posizione intermedia tra il pieno godimento della vita e l'ascesi incondizionata, non ci sentiamo alcun peso sulla coscienza, quale che sia la loro scelta.

Ci diciamo che chi è giunto con successo a educarsi alla verità, è protetto definitivamente dal pericolo di immoralità, anche se il metro con cui giudica le cose morali diverge per qualche aspetto da quello in uso nella società. D'altronde, guardiamoci dal sopravvalutare l'importanza dell'astinenza per quanto concerne il suo influsso sulle nevrosi. Solo in una minoranza di casi si può mettere fine alla situazione patogena della frustrazione, e al conseguente ingorgo libidico, mediante quella specie di godimento sessuale che si riesce a ottenere con poca fatica.

L'effetto terapeutico della psicoanalisi non si spiega quindi con il fatto che essa autorizzerebbe a godersi sessualmente la vita.

Guardatevi attorno per cercare qualcos'altro. Ritengo che mentre respingevo questa vostra congettura una mia osservazione vi abbia messo sulla giusta strada. Chissà che il nostro giovamento non consista nel sostituire l'inconscio con il cosciente, nel tradurre l'inconscio nel cosciente? Esatto, è così. Nel far procedere l'inconscio fino alla coscienza, noi aboliamo le rimozioni, eliminiamo le condizioni per la formazione dei sintomi, trasformiamo il conflitto patogeno in un conflitto normale che deve trovare in qualche modo una risoluzione. Ciò che provochiamo nel malato non è altro che questo unico mutamento psichico: fin dove giunge questo, arriva il nostro aiuto. Dove non c'è rimozione o un processo psichico analogo da far recedere, non c'è posto per la nostra terapia.

Possiamo esprimere il fine dei nostri sforzi in diverse formule:

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

to apparentemente insignificante nella sua vita psichica, non potrà più sfuggirvi l'importanza di una tale differenza nel livello psichico.

Divago per un attimo, per domandarvi se sapete che cosa sia la cosiddetta "terapia causale". Così si designa un procedimento che non si appunta sulle manifestazioni della malattia, ma si propone l'eliminazione delle sue cause. Ora, la nostra terapia psicoanalitica è una terapia causale oppure no? La risposta non è semplice, ma forse ci dà l'opportunità di convincerci che non ha senso porre il problema in questo modo. Non ponendosi come primo compito l'eliminazione dei sintomi, la terapia analitica si comporta come una terapia causale; ma, per un altro verso, potete dire che non lo è. Da molto tempo noi abbiamo seguito la concatenazione causale oltre le rimozioni, e siamo risaliti fino alle disposizioni pulsionali, alle loro relative intensità nella costituzione e alle deviazioni verificatesi durante il loro sviluppo. Supponete ora che ci fosse possibile intervenire, per esempio con mezzi chimici, in questo ingranaggio, che riuscissimo a elevare o ridurre la quantità di libido presente in un dato momento, o a rafforzare una pulsione a spese di un'altra: avremmo così una terapia causale nel vero senso della parola, per la quale la nostra analisi avrebbe fornito l'indispensabile lavoro preliminare di ricognizione. Attualmente, come sapete, è da escludere che si possa influire in tal modo sui processi libidici; con la nostra terapia psichica noi aggrediamo un altro punto dell'insieme, non esattamente quelle che sappiamo essere le radici dei fenomeni, ma tuttavia abbastanza lontano dai sintomi, un punto che ci è diventato accessibile in virtù di circostanze assai strane. Che cosa dobbiamo fare per sostituire nel nostro paziente l'inconscio con il conscio? Una volta credevamo che la cosa fosse semplicissima, che occorresse solo scoprire questo inconscio e comunicarglielo. Ma sappiamo già che era un errore di miopia. La nostra conoscenza dell'inconscio non ha lo stesso valore della sua conoscenza; se noi comunichiamo al paziente la nostra conoscenza, egli non la pone al posto del suo inconscio, ma accanto a questo; e il cambiamento che ne risulta è minimo. Quel che dobbiamo fare è rappresentarci questo inconscio topicamente, dobbiamo andare a cercarlo nel ricordo del paziente, là dove è venuto a formarsi mediante una rimozione. Questa rimozione va eliminata, e allora la sostituzione dell'inconscio con il conscio può effettuarsi senza difficoltà. Come sopprimere dunque tale rimozione? Il nostro compito entra qui in una seconda fase. Per prima cosa, la ricerca della rimozione, poi l'eliminazione della resistenza che sostiene questa rimozione.

Come si elimina la resistenza? Nel medesimo modo: scoprendola e mostrandola al paziente. Anche la resistenza deriva infatti da una rimozione, dalla stessa

rimozione che cerchiamo di risolvere, o da una che ha avuto luogo precedentemente. La resistenza è stata prodotta dal controinvestimento nato per rimuovere l'impulso sconveniente. Facciamo adesso la stessa cosa che cercavamo di fare all'inizio: interpretare, scoprire e comunicare; ma ora la facciamo nel luogo giusto. Il controinvestimento o resistenza non appartiene all'inconscio, ma all'lo, che coopera con noi, e ciò anche se la resistenza non dovesse essere cosciente. Come sappiamo, è questione qui del duplice significato del termine "inconscio", inteso da una parte come fenomeno e dall'altra come sistema. Ciò sembra molto difficile e oscuro, ma ripete in realtà cose già dette a cui siamo preparati da tempo. Ci aspettiamo dunque che questa resistenza venga abbandonata e il controinvestimento ritirato quando ne avremo reso possibile all'lo il riconoscimento con la nostra interpretazione. Con quali forze motrici operiamo in un caso simile? In primo luogo, con l'aspirazione del paziente a guarire, aspirazione che lo ha indotto a sottomettersi al comune lavoro con noi, e, in secondo luogo, ci avvaliamo della sua intelligenza, cui diamo un supporto con la nostra interpretazione. Non c'è dubbio che all'intelligenza del malato riesce più facile riconoscere la resistenza e trovare la traduzione corrispondente al rimosso se gli abbiamo dato le adeguate rappresentazioni anticipatorie. Se vi dico: "Guardate in cielo, c'è un pallone volante", lo trovate molto più facilmente che se vi invito soltanto a guardare in alto per vedere se scoprite qualcosa. Anche lo studente che guarda le prime volte attraverso il microscopio viene istruito dall'insegnante su quello che deve vedere, altrimenti non vede nulla, benché qualcosa ci sia e sia visibile.

E ora al fatto. In un gran numero di forme nervose - nelle isterie, negli stati d'angoscia e nelle nevrosi ossessive - la nostra impostazione si rivela giusta. Mediante la caccia alla rimozione, la messa a nudo delle resistenze, l'indicazione di ciò che è stato rimosso, riusciamo realmente a risolvere il problema, ossia a superare le resistenze, ad abolire la rimozione e a trasformare in conscio l'inconscio. Ciò facendo, ricaviamo un'impressione chiarissima della lotta violenta che si svolge nella psiche del paziente per superare ogni singola resistenza: è una lotta psichica normale, su un terreno psicologico omogeneo, tra i motivi che vogliono mantenere il controinvestimento e quelli che sono pronti ad abbandonarlo. I primi sono i vecchi motivi che a suo tempo hanno imposto la rimozione; tra i secondi si trovano quelli sopravvenuti di recente, che si spera decidano il conflitto nel senso da noi desiderato. Siamo riusciti a riaccendere il vecchio conflitto che ha portato alla rimozione, a sottoporre a revisione il processo a suo tempo concluso. I nuovi argomenti di cui disponiamo sono, in primo luogo, l'ammonimento che la precedente decisione ha

condotto alla malattia e la promessa che una decisione diversa aprirà la strada alla guarigione; in secondo luogo, l'enorme cambiamento avvenuto sotto ogni profilo dai tempi di quel primo rifiuto. Allora l'lo era debole, infantile, e aveva forse ragione di tenere lontana da sé come un pericolo la richiesta della libido. Ora si è rafforzato e ha acquistato esperienza, e in più ha al suo fianco l'aiuto del medico. Possiamo così lusingarci di guidare il conflitto rianimato a un esito migliore di quello della rimozione, e, come abbiamo detto, in linea di massima il risultato ci dà ragione nell'isteria, nella nevrosi d'angoscia e nella nevrosi ossessiva.

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

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

calcolo. Questa inattesa novità presenta molteplici aspetti, e descriverò dapprima le sue manifestazioni più frequenti e più facilmente comprensibili.

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

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

Ma un tempo così bello non può durare all'infinito. E un bel giorno si offusca. Nel trattamento subentrano delle difficoltà, il paziente afferma che non gli viene in mente più nulla. Si ha la netta impressione che il suo interesse è altrove e che egli trascuri a cuor leggero la prescrizione impartitagli di dire tutto ciò che gli passa per la mente e di non tener conto di alcuna remora critica. Egli si comporta come fa fuori della cura, come se non avesse concluso quel patto con il medico; è eviden-

temente assorbito da qualcosa che però vuole tenere per sé. E' questa una situazione pericolosa per il trattamento. Ci si trova inconfondibilmente di fronte a una violenta resistenza. Ma che cosa è successo?

Quando si è in grado di chiarire la situazione, si riconosce quale causa del turbamento il fatto che il paziente ha trasferito sul medico intensi sentimenti di tenerezza, che né il comportamento del medico né il rapporto sorto durante la cura giustificano. La forma in cui questa tenerezza si esprime e i fini cui mira dipendono naturalmente dalle circostanze in cui si trovano le due persone interessate. Se si tratta di una giovane donna e di un uomo piuttosto giovane, avremo l'impressione di un normale innamoramento, troveremo comprensibile che una ragazza si innamori di un uomo con cui può stare molto tempo da sola e parlare di cose intime, un uomo che le si presenta nella vantaggiosa posizione di chi è allo stesso tempo superiore e soccorritore; e trascureremo probabilmente il fatto che da una fanciulla nevrotica ci sarebbe da aspettarsi piuttosto un disturbo della capacità di amare.

Quanto più poi le circostanze personali del medico e del paziente si allontanano dal caso che abbiamo supposto, tanto più ci sorprenderà che si stabilisca comunque e immancabilmente questa stessa relazione emotiva. Passi ancora se la giovane donna, sfortunata nel matrimonio, sembra dominata da una seria passione per il medico, ancora libero, se è pronta a cercare di ottenere lo scioglimento del proprio matrimonio per appartenergli, oppure se, in caso di impedimenti sociali, non manifesta alcuna perplessità ad allacciare una segreta relazione amorosa con lui. Cose simili accadono anche al di fuori della psicoanalisi. Ma in queste circostanze si odono con stupore da parte delle donne e delle ragazze dichiarazioni che attestano una precisa presa di posizione di fronte al problema terapeutico: esse avevano sempre saputo di poter guarire solo attraverso l'amore, e avevano atteso fin dall'inizio della cura che tramite questo contatto umano si offrisse finalmente loro ciò che la vita fino a quel momento non aveva concesso; solo perché avevano questa speranza si erano date tanta pena durante la cura e avevano superato tutte le difficoltà di comunicazione. Aggiungeremo per nostro conto: e avevano compreso così facilmente cose che altrimenti riescono tanto difficili da credere. Ma una simile confessione ci sorprende; essa manda all'aria i nostri calcoli. Possibile che abbiamo lasciato fuori dal nostro bilancio preventivo la voce più importante?

E in effetti, quanto più progrediamo nell'esperienza, tanto meno possiamo opporci a questa rettifica che umilia le nostre pretensioni scientifiche. Le prime volte si poteva magari credere che la cura analitica si fosse imbattuta in un intralcio dovuto a un evento casuale, cioè non rientrante nelle sue intenzioni e non da essa

provocato. Ma quando un simile attaccamento affettuoso del paziente nei confronti del medico si ripete regolarmente a ogni nuovo caso, quando continua a ricomparire nelle condizioni più sfavorevoli, con incongruità addirittura grottesche, anche nella donna attempata, anche verso l'uomo dalla barba grigia, anche là dove a nostro giudizio non esistono allettamenti di sorta, allora non ci resta che abbandonare l'idea di un casuale contrattempo e riconoscere che si tratta di un fenomeno che sta nella più intima connessione con la natura stessa della malattia.

Il nuovo fatto, che riconosciamo con riluttanza, è da noi chiamato TRASLAZIONE. Ci riferiamo a una traslazione di sentimenti sulla persona del medico, giacché non riteniamo che la situazione della cura possa giustificare la nascita di sentimenti simili.

Presumiamo, al contrario, che l'intera predisposizione a tali sentimenti abbia un'altra origine, esista già pronta nella paziente e venga trasferita sulla persona del medico in occasione del trattamento analitico. La traslazione può comparire come appassionata richiesta d'amore o in forme più moderate; al posto del desiderio di essere amata, può affiorare nella giovane donna rispetto all'uomo anziano il desiderio di essere accolta come figlia prediletta; il desiderio libidico può mitigarsi nella proposta di un'amicizia indissolubile ma idealmente non sensuale.

Alcune donne riescono a sublimare la traslazione e a modellarla finché essa acquista una sorta di compatibilità; altre devono esprimerla nella sua forma grezza, originaria, perlopiù impossibile. Ma in fondo si tratta sempre della stessa cosa la cui provenienza dalla medesima fonte non può essere equivocata.

Prima di domandarci dove vogliamo collocare il nuovo fatto della traslazione, finiamo di descriverla. Che cosa succede con i pazienti di sesso maschile? In questo caso sarebbe legittimo sperare di sfuggire alla molesta interferenza della diversità di sesso e dell'attrazione sessuale. Eppure dobbiamo rispondere che le cose non vanno molto diversamente che con le donne. Lo stesso attaccamento al medico, la stessa sopravvalutazione delle sue qualità, lo stesso assorbimento nei suoi interessi, la stessa gelosia verso tutti quelli che gli stanno vicino. Le forme sublimite della traslazione sono più frequenti fra uomo e uomo e la richiesta sessuale diretta più rara, nella misura in cui l'omosessualità manifesta passa in seconda linea rispetto agli altri impieghi di questa componente pulsionale. Nei suoi pazienti maschili il medico, inoltre, osserva più spesso che nelle donne un modo di manifestare la traslazione che a prima vista sembra contraddire quanto finora descritto, la traslazione ostile o negativa.

Mettiamo per prima cosa in chiaro che la traslazione insorge nel paziente sin dall'inizio del trattamento e rappresenta per un certo tempo il suo fattore più intensamente propulsivo.

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

Da dove sorga la traslazione, quali difficoltà ci presenti, come le superiamo e quale profitto alla fine traiamo da essa, tutto ciò è materia che andrebbe trattata esaurientemente in una guida tecnica all'analisi e oggi sarà da me soltanto sfiorato. Mentre è ovvio che non dobbiamo cedere alle richieste del paziente che conseguono dalla traslazione, sarebbe assurdo respingerle in modo scortese o addirittura indignato; noi superiamo la traslazione dimostrando all'ammalato che i suoi sentimenti non derivano dalla situazione presente e non sono destinati alla persona del medico, bensì ripetono qualcosa che in lui è già accaduto precedentemente.

In tal modo lo costringiamo a trasformare la sua ripetizione in ricordo. Allora la traslazione che sembrava costituire comunque (affettuosa o ostile che fosse) la più forte minaccia per la cura, ne diventa il migliore strumento, con il cui aiuto si possono aprire i più impenetrabili scomparti della vita psichica.

Vorrei aggiungere alcune parole per cancellare il vostro stupore di fronte alla comparsa di questo inatteso fenomeno. Non dimentichiamo che la malattia del paziente che prendiamo in analisi non è qualcosa di concluso, di cristallizzato, ma qualcosa che continua a crescere e a svilupparsi come un essere vivente.

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

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

Abbiamo ora ampi motivi per migliorare la nostra precedente concezione dinamica del processo di guarigione e per farla armonizzare con le nuove vedute che abbiamo acquisito. Per imporsi nel normale conflitto con le resistenze messegli da noi a nudo nell'analisi, al malato occorre una potente spinta che influisca sulla sua decisione nel senso da noi desiderato e sia tale da orientarlo verso la guarigione. Altrimenti potrebbe succedere che egli si decidesse per la ripetizione dello sbocco precedente e lasciasse ripiombare nella rimozione ciò che ha elevato fino alla

coscienza. A questo punto la lotta è decisa non dalla sua perspicacia intellettuale - che non è né abbastanza forte né abbastanza libera per tale impresa - bensì unicamente dal suo rapporto con il medico. Finché la sua traslazione è preceduta dal segno positivo, essa riveste il medico di autorità e si converte in fiducia nelle sue comunicazioni e concezioni. Senza tale traslazione, o se questa è negativa, egli non presterebbe nemmeno ascolto al medico e ai suoi argomenti. La fiducia ripete qui la storia della propria origine: è un derivato dell'amore e all'inizio non ha avuto bisogno di argomenti. Solo in seguito egli ha fatto un certo spazio a questi ultimi, sottoponendoli a verifica quando erano esposti da una persona cara. Argomenti privi di tale sostegno non hanno mai avuto valore, non valgono mai nulla nella vita della maggior parte degli uomini. Possiamo dunque dire in generale che anche sotto il profilo intellettuale, l'uomo è accessibile solo in quanto è capace di investimenti libidici oggettuali, e abbiamo valide ragioni per riconoscere e temere nelle dimensioni del suo narcisismo una barriera alla sua influenzabilità, anche a petto della migliore tecnica analitica.

La capacità di rivolgere investimenti libidici oggettuali anche su persone va evidentemente attribuita a tutte le persone normali.

L'inclinazione alla traslazione dei cosiddetti nevrotici è soltanto un accrescimento straordinario di questa caratteristica universale. Ora, sarebbe davvero molto strano se un tratto della natura umana di questa diffusione e importanza non fosse mai stato notato e apprezzato. E in effetti ciò è stato fatto. Con sicuro acume Bernheim fondò la teoria dei fenomeni ipnotici sulla tesi che tutti gli uomini sono in qualche modo suscettibili di essere influenzati, "suggestionabili". Ciò che egli chiamava suggestionabilità non era altro che l'inclinazione alla traslazione, intesa in senso un po' troppo ristretto, talché la traslazione negativa non vi trovò posto. Ma Bernheim non poté mai dire che cosa sia propriamente la suggestione e come si instauri.

Essa era per lui un dato di fatto fondamentale, della cui provenienza non poteva addurre alcuna prova. Non riconobbe la dipendenza della "suggestionabilità" dalla sessualità, dall'attività della libido. Quanto a noi, dobbiamo renderci conto che nella nostra tecnica abbiamo abbandonato l'ipnosi solo per riscoprire la suggestione nella forma della traslazione.

Ma adesso mi fermo e lascio a voi la parola. Noto che in voi si agita un'obiezione che va facendosi talmente forte da togliervi ogni capacità di ascolto, se non le si lascia la possibilità di esprimersi: "Dunque, finalmente Lei ha ammesso di operare con l'ausilio della suggestione come gli ipnotizzatori. Ce l'eravamo immaginato

da un pezzo. Ma allora, perché seguire il cammino indiretto attraverso i ricordi del passato, la scoperta dell'inconscio, l'interpretazione e la ritraduzione delle deformazioni, perché questo enorme dispendio di fatica, tempo e denaro, se l'unica cosa efficace è la suggestione? Perché non ci dà direttamente dei suggerimenti per combattere i sintomi, come fanno gli altri, gli onesti ipnotizzatori? Tanto più che se vuole addurre la scusa di aver fatto, lungo la via indiretta da Lei seguita, numerose scoperte psicologiche importanti destinate, con la suggestione diretta, a rimanere nascoste, chi ci garantisce adesso che siano sicure? Non sono, anche queste scoperte, un risultato della suggestione, di una suggestione inintenzionale?

Non può Lei forse, anche in questo campo, imporre all'ammalato ciò che vuole e le sembra giusto?".

La vostra è un'obiezione interessantissima a cui va data una risposta. Ma oggi questo non è più possibile: ce ne manca il tempo. A risentirci dunque la prossima volta. Per oggi devo ancora portare a termine quanto ho cominciato. Ho promesso di rendervi comprensibile, con l'aiuto del fatto assodato della traslazione, il motivo per cui i nostri sforzi terapeutici non hanno successo nelle nevrosi narcisistiche.

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

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

Estratti

L'interpretazione dei sogni (1899) ¹

[...] la rappresentazione inconscia è, in quanto tale, generalmente incapace di penetrare nel preconscious e [...] può esercitare in esso qualche effetto soltanto unendosi a una rappresentazione innocente, che fa già parte del preconscious, trasferendo su di essa la sua intensità e servendosi come di una copertura. È questo il fatto della *traslazione*,² che implica la spiegazione di tanti strani avvenimenti della vita psichica dei nevrotici.

Dibattiti della società psicoanalitica di Vienna

*(Riunione del 30 gennaio 1907)*³

Noi costringiamo il paziente ad abbandonare le resistenze *per amor nostro*. Le nostre guarigioni sono guarigioni d'amore [...] Nella misura in cui esiste la traslazione possiamo attuare guarigioni: l'analogia con la guarigione ipnotica è appariscente. Solo che nella psicoanalisi la forza della traslazione viene impiegata allo scopo di produrre nel paziente un cambiamento *durevole*, mentre l'ipnosi non è che un abile stratagemma. Le vicissitudini della traslazione decidono il successo del trattamento.

Lettera al pastore Pfister (9 febbraio 1909) ⁴

Penso che Lei non abbia dubbi sul fatto che il successo si ottiene nel Suo caso, in primo luogo per la stessa via per cui lo otteniamo noi [psicanalisti], cioè mediante la traslazione erotica sulla Sua persona.

¹ OSF, vol. 3 (1899), p. 513, Boringhieri, Torino 1966.

² [Nei suoi scritti posteriori Freud usa lo stesso termine (*Übertragung*) per descrivere un processo psicologico simile e connesso con quello qui descritto, ma non identico, e cioè la "traslazione" di sentimenti originariamente e ancora inconsciamente rivolti a un oggetto infantile, su un oggetto presente].

³ Boringhieri, Torino 1973, p. 118 – 119.

⁴ *Freud psicoanalisi e fede carteggio col pastore Pfister 1909–1939*, Boringhieri, Torino 1970, p. 16.

Lettera al pastore Pfister (5 giugno 1910) ⁵

[...] il paziente va tenuto in uno stato di astinenza, di amore insoddisfatto, ma questo naturalmente non è sempre del tutto possibile. Quanto più Lei gli permetterà di trovare amore, tanto più rapidamente raggiungerà i suoi complessi, ma tanto minore sarà il successo finale, poiché il paziente si priva degli appagamenti di complessi abituali solo perché può scambiarli con i risultati della traslazione. Il successo è splendido, ma dipende interamente dalla traslazione. Si otterrà forse la guarigione, ma non il necessario grado di autonomia, né la garanzia contro le ricadute.

Vie della terapia psicoanalitica (1918) ⁶

Abbiamo affermato che il nostro compito terapeutico consiste nel portare il nevrotico a conoscenza degli impulsi inconsci e rimossi che esistono in lui, e nel rendere palesi a tal fine le resistenze che si oppongono a questa estensione della sua conoscenza in merito alla propria persona. La scoperta di tali resistenze assicura anche il loro superamento? Non sempre, certamente; eppure noi speriamo di raggiungere questa meta utilizzando la traslazione del malato sulla persona del medico, per indurlo ad adottare la nostra convinzione dell'inopportunità dei processi di rimozione che hanno avuto luogo nell'infanzia e dell'impossibilità di vivere secondo il principio di piacere. I rapporti dinamici del nuovo conflitto attraverso cui guidiamo il malato, e che in lui provochiamo al posto del conflitto patologico precedente, sono stati illustrati altrove.

Al di là del principio di piacere (1920) ⁷

Venticinque anni di lavoro intenso hanno fatto sì che i fini immediati della tecnica psicoanalitica siano oggi completamente diversi da quelli iniziali. Dapprima il medico analista non poteva proporsi altro scopo se non quello di scoprire i con-

⁵ *Ibid.*, p. 19.

⁶ OSF, vol. 9 (1918 – 1923), Boringhieri, Torino 1977, p. 19.

⁷ OSF, vol. 9 (1917 – 1923), pp. 204-205, Boringhieri, Torino 1977.

tenuti inconsci ignoti al malato per raccogliarli e comunicarglieli al momento giusto. La psicoanalisi era soprattutto un'arte dell'interpretazione. Poiché con ciò non veniva risolto il problema terapeutico, ben presto la psicoanalisi si propose uno scopo ulteriore: obbligare il malato a confermare la costruzione dell'analista con i suoi stessi ricordi. In questo tentativo l'accento principale cadde sulle resistenze del malato; ora l'abilità del medico consisteva nel mettere allo scoperto, il più presto possibile, queste resistenze, nell'indicarle al malato e, avvalendosi della propria personale esperienza, nell'indurlo ad abbandonarle (a questo punto entrava in scena la suggestione, sotto forma di "traslazione").

Ma poi divenne sempre più evidente che la meta che ci si era prefissi – rendere cosciente ciò che era inconscio – non poteva essere interamente raggiunta neanche con questo metodo. Il malato non può ricordare tutto ciò che in lui è rimosso, forse non ricorda proprio l'essenziale, e quindi non riesce a convincersi dell'esattezza della costruzione che gli è stata comunicata. Egli è piuttosto indotto a ripetere il contenuto rimosso nella forma di un'esperienza attuale, anziché, come vorrebbe il medico, a *ricordarlo* come parte del proprio passato. Queste riproduzioni, che si presentano con una fedeltà indesiderata, hanno sempre come oggetto una parte della vita sessuale infantile, ossia del complesso edipico e dei suoi esiti; e hanno invariabilmente luogo nella sfera della traslazione, vale a dire del rapporto col medico. Se il trattamento ha raggiunto questo stadio, si può dire che la vecchia nevrosi è stata sostituita da una nevrosi nuova, da una "nevrosi di traslazione". Il medico si è sforzato di restringere al massimo l'ambito di questa nevrosi di traslazione, di convogliare quanto più materiale possibile nella sfera dei ricordi e di fare in modo che una parte minima di esso riemerge sotto forma di ripetizione. Il rapporto che si stabilisce fra ciò che è ricordato e ciò che è riprodotto varia di caso in caso. Di regola il medico non può risparmiare al malato questa fase della cura; deve consentire che il paziente riviva una certa parte della sua vita passata, e provvedere, d'altro lato, affinché egli conservi un certo grado di razionale distacco, che gli permetta di rendersi conto che quella che gli appare come realtà è in effetti soltanto l'immagine riflessa di un passato dimenticato. Se si raggiunge tale obiettivo, vuol dire che si è riusciti a suscitare nel malato il convincimento, e a ottenere quel successo terapeutico che da questo convincimento dipende.

Autobiografia (1925) ⁸

È assolutamente vero che anche la psicoanalisi, al pari di tutti gli altri metodi psicoterapeutici, agisce per mezzo della suggestione. Una differenza tuttavia esiste: nel nostro caso l'esito del trattamento terapeutico non è interamente affidato alla suggestione o traslazione, la quale è invece usata per indurre il malato a svolgere un lavoro psichico – il superamento delle resistenze di traslazione – destinato a modificare durevolmente la sua economia psichica.

Ad opera dell'analista la traslazione viene resa cosciente al malato, e viene risolta quando si è riusciti a persuadere quest'ultimo che nel suo comportamento, determinato dalla traslazione, egli riesperimenta relazioni emotive che derivano dai suoi investimenti oggettuali più remoti e appartenenti al periodo rimosso della sua infanzia. Utilizzata così la traslazione diventa lo strumento migliore della cura analitica, dopo essere stata l'arma più potente in mano alla resistenza. In ogni caso il suo impiego rimane la parte più difficile, e al tempo stesso più importante, della cura analitica.

Psicoanalisi (1925) ⁹

Per *traslazione* si intende la sorprendente caratteristica propria dei nevrotici di sviluppare nei confronti del loro medico rapporti emotivi ora affettuosi ora ostili; questi rapporti non sono fondati sulla situazione reale e derivano piuttosto dal rapporto dei pazienti con i loro genitori (complesso edipico). La traslazione è una testimonianza del fatto che anche l'adulto non ha superato la propria passata dipendenza infantile; essa corrisponde perfettamente alla forza cui è stato dato il nome di "suggestione"; solo imparando a impiegare la traslazione il medico potrà indurre il malato a superare le proprie resistenze interne e a eliminare le proprie rimozioni. Il trattamento psicoanalitico si trasforma così in una post-educazione dell'adulto, in una rettifica dell'educazione che costui ha ricevuto da bambino.

⁸ OSF, vo. 10 (1924 – 1929), Boringhieri, Torino 1978, pp. 109-110.

⁹ OSF, vol. 10 (1924 - 1929), Boringhieri, Torino 1978, p. 228 .

La questione dell'analisi laica (1926) ¹⁰

[...] in che senso utilizziamo questa potente influenza "suggestiva" [?] Non per la repressione dei sintomi – e in ciò la terapia analitica si distingue dalle altre forme di psicoterapia – ma come forza motrice per consentire all'lo dell'ammalato di superare le sue resistenze.

Lettera al pastore Pfister (25 novembre 1928) ¹¹

[...] l'analisi non si accontenta di un successo dovuto a suggestione, ma ricerca l'origine e la giustificazione della traslazione.

Compendio di psicoanalisi (1938) ¹²

La cosa più singolare è che il paziente non si accontenta di considerare l'analista, alla luce della realtà, come un aiutante e un consigliere che comunque va ricompensato per gli sforzi compiuti, e che potrebbe magari ritenersi soddisfatto della parte di una guida alpina in una difficile escursione in montagna: egli ravvisa piuttosto nell'analista un ritorno – reincarnazione – di una persona importante della sua infanzia, del suo passato, e trasferisce perciò su di lui sentimenti e reazioni che certamente erano destinati a quel modello. Questo fenomeno della traslazione si rivela ben presto come un fattore di insospettata importanza, da una parte un ausilio di insostituibile valore, dall'altra una fonte di seri pericoli. Questa traslazione è *ambivalente*, comprende atteggiamenti positivi e affettuosi, ma anche negativi e ostili nei confronti dell'analista, il quale, di regola, prende il posto di uno dei genitori, il padre o la madre. Finché è positiva, la traslazione ci rende i migliori servizi. Essa modifica tutta la situazione analitica, facendo sì che venga accantonato l'intento razionale di guarire e di liberarsi dalle sofferenze. In sua vece subentra l'intento di piacere all'analista, di accattivarsi la sua approvazione e il suo amore. La

¹⁰ OSF, vol. 10 (1924 - 1929), Boringhieri, Torino 1978, pp. 391 – 392. *Die frage der laienanalyse* è stata tradotta nelle OSF col titolo "Il problema dell'analisi condotta da non medici".

¹¹ *Freud psicoanalisi e fede carteggio col pastore Pfister 1909 – 1939*, Boringhieri, Torino 1970, p. 125.

¹² OSF, vol. 11 (1930 – 1938), pp. 601-604, Boringhieri, Torino 1979.

traslazione diventa la vera molla che induce il paziente a collaborare: sotto l'influsso della traslazione il debole lo si rafforza, diventa capace di cose che altrimenti gli sarebbero impossibili: sospende i suoi sintomi e apparentemente guarisce; ma tutto questo lo fa solo per amore dell'analista. Quest'ultimo dovrà ammettere con una certa vergogna di essersi imbarcato in una impresa difficile, senza sospettare che gli sarebbe stato messo a disposizione un potere così straordinario.

Il rapporto della traslazione ha oltre a ciò altri due vantaggi. Dal momento che il paziente mette l'analista al posto del padre (o della madre), è evidente che gli concede anche il potere che il suo Super-io esercita sul suo Io, essendo stati proprio i genitori l'origine del Super-io. Il nuovo Super-io ha ora il destro di effettuare una specie di post-educazione, correggendo gli errori di cui i genitori si sono resi colpevoli nella loro educazione. A questo punto però si inserisce opportunamente l'ammonimento a non abusare di questo nuovo influsso. Per allettante che possa sembrare all'analista la prospettiva di diventare maestro, modello e ideale per altre persone, di foggiare degli esseri umani in base ai propri modelli, egli non dovrebbe mai comunque dimenticare che non è questo il suo compito nel rapporto analitico, e che anzi non adempirebbe fedelmente a tale funzione se si lasciasse trascinare dalle proprie personali inclinazioni. Non farebbe altro, infatti, che ripetere un errore dei genitori, che hanno conculcato l'autonomia del bambino con il loro influsso, e metterebbe al posto di una vecchia dipendenza una dipendenza nuova. Pur prodigandosi in ogni modo per migliorare ed educare il paziente, l'analista dovrebbe invece rispettarne il carattere peculiare. La misura dell'influsso di cui può legittimamente avvalersi sarà determinata dal grado di inibizione evolutiva riscontrata nel paziente. Alcuni nevrotici sono rimasti talmente infantili che anche nell'analisi non si può fare a meno di trattarli come se fossero dei bambini.

C'è un altro vantaggio della traslazione, ed è che in essa il paziente ci squadrina dinanzi con plastica evidenza un pezzo di storia della sua vita sulla quale altrimenti avrebbe potuto fornire soltanto qualche insufficiente ragguaglio. Anziché riferire egli "agisce" per così dire teatralmente davanti a noi.¹³

Passiamo ora all'altro lato di questo rapporto. Poiché la traslazione riproduce la relazione con i genitori, è chiaro che ne assume anche l'ambivalenza. È quasi inevitabile che l'atteggiamento positivo verso l'analista si converta prima o poi, repentinamente, in un atteggiamento negativo e ostile. Anche questo rappresenta di norma una ripetizione del passato. L'arrendevolezza verso il padre (se si trattava del padre), il tentativo di accattivarsi il suo favore, era radicato in un desiderio ero-

¹³ ["*Agieren*", altrove reso con "mettere in atto"].

tico a lui diretto. Prima o poi questa pretesa si manifesterà prepotentemente anche nella traslazione reclamando soddisfazione. Nella situazione analitica, però, essa dovrà essere immancabilmente frustrata. Relazioni sessuali vere e proprie tra paziente e analista sono assolutamente da escludere e l'analista si lascerà andare con estrema parsimonia anche a forme di soddisfacimento più sottili come la predilezione, l'intimità e così via. Il paziente prende il destro da questo atteggiamento sdegnoso per capovolgere i suoi sentimenti: probabilmente la stessa cosa era già accaduta nella sua infanzia.

Le guarigioni che si sono realizzate sotto il dominio della traslazione positiva soggiacciono al sospetto di avere una natura suggestiva. Se e quando prevale la traslazione negativa vengono spazzate via come foglie al vento. Con terrore ci accorgiamo che il lavoro e gli sforzi fatti fino a quel momento non sono serviti a niente. E perfino quella che sembrava potersi ritenere una duratura conquista intellettuale del paziente, la sua capacità di capire la psicoanalisi, la sua fiducia nell'efficacia di essa, svaniscono di colpo. Egli si comporta come un bambino che, essendo incapace di qualsiasi giudizio personale, crede ciecamente in coloro che ama e non ha alcuna fiducia negli estranei. Evidentemente il pericolo di queste situazioni di traslazione è che il paziente non ne intenda la natura e, anziché rispecchiamenti di cose passate, le consideri alla stregua di eventi nuovi e reali. Se egli (o ella) percepisce il potente bisogno erotico che si cela dietro la traslazione positiva, ecco che si crede appassionatamente innamorato; se invece la traslazione si capovolge, si sente offeso e disprezzato, odia l'analista come un nemico ed è pronto ad abbandonare l'analisi. In entrambi questi casi estremi il paziente ha dimenticato il contratto che aveva accettato all'inizio del trattamento ed è diventato assolutamente inidoneo a proseguire il lavoro comune. È compito dell'analista strappare ogni volta il paziente da queste illusioni, che possono rappresentare per lui un grande pericolo, dimostrandogli continuamente che ciò che egli reputa una nuova e vera vita è invece un rispecchiamento di eventi passati. E perché egli non giunga a uno stadio che lo renderebbe inaccessibile a qualsiasi dimostrazione, si vigila affinché né l'innamoramento né l'ostilità raggiungano le massime altezze. Ciò si ottiene preparando per tempo il paziente a queste eventualità e non lasciandone passare inosservati i primi indizi. Questa estrema cura nell'impiego della traslazione è di solito ampiamente ricompensata. Se si riesce, come perlopiù accade, a informare adeguatamente il paziente sulla vera natura dei fenomeni della traslazione, si è strappata dalle mani della sua resistenza un'arma potentissima e si sono trasformati i pericoli in conquiste, in quanto il paziente non dimenticherà mai più ciò che ha

vissuto nelle forme della traslazione, avendo per lui tali esperienze una forza di persuasione superiore a tutto ciò che è stato acquisito in un'altra maniera.

È per noi oltremodo indesiderabile che il paziente, al di fuori della traslazione, "*agisca*" anziché ricordare; la condotta ideale, dati i nostri scopi, sarebbe che egli, al di fuori del trattamento, si comportasse nella maniera più normale possibile, manifestando soltanto nella traslazione le sue reazioni anomale.