

di realizzare, e individuare i propri limiti nell'affrontare le angosce dei pazienti, stabilendo consciamente, per quanto è possibile, quello che vuole o non vuole fare, ma rimanendo disponibile ad agire per impulso, e in certe occasioni a reagire. Tutto questo fa parte della sua capacità di accettarsi per quello che è.

Agli albori della psicoanalisi nessun analista si era sottoposto a un'analisi personale e neppure poteva contare su una grande esperienza (propria o di altre persone) su cui basarsi, e a quei tempi l'analisi selvaggia portava effettivamente a situazioni pericolose e impossibili da affrontare. Ma oggi le condizioni sono diverse, e la convinzione che certi comportamenti siano pericolosi, o impediscano l'analisi, deve essere verificata. Mi sembra che molte di queste opinioni abbiano le caratteristiche mitiche o superstiziose dei giudizi superegoici.

Dobbiamo riconoscere che lo stesso paradosso che incontriamo in altre aree della vita è presente anche nell'analisi, e cioè che la stessa cosa può essere sia buona sia cattiva, che quello che appare come più prezioso può anche essere pericoloso e inutile. Ciò è vero per l'interpretazione di transfert, non meno che per le risposte alle domande dei pazienti, per l'espressione dei sentimenti, per le azioni fatte per impulso, ecc., da parte dell'analista. Le qualità più necessarie sono la flessibilità (che non è debolezza), l'affidabilità e la forza (che non è rigidità), e la disponibilità a usare qualsiasi risorsa sia utilizzabile.

La tesi che ho cercato di dimostrare è che i risultati, che noi tutti speriamo e ci aspettiamo di raggiungere, possono essere ottenuti se siamo disposti a considerare l'atteggiamento dell'analista rispetto al paziente da un nuovo punto di vista e a riconoscere alcune cose, che in realtà già si utilizzano nell'analisi, ma che spesso si trascurano o non si ammettono.

La mia conoscenza di questi fattori è andata via via aumentando. Ho cominciato a modificare il mio modo di lavorare fin dal 1937, prima di iniziare il training come analista. Ho cercato successivamente di eliminare il bagaglio tecnico che già avevo in favore di una tecnica più classica o più 'ortodossa', e non sono riuscita ad analizzare un certo numero di pazienti che, secondo quanto penso tuttora, avrei voluto e dovuto riuscire a trattare. In pratica il mio approccio varia molto da un paziente all'altro. È di per sé l'espressione dell'individualità del paziente e una conferma che non gli sto imprimendo qualcosa che appartiene a me e non a lui. Questo approccio ha dei vantaggi e anche degli svantaggi. In analisi la misurazione quantitativa non è mai possibile, ma possono essere applicati i comuni test e le comuni verifiche, come in tutto il nostro lavoro.

La diagnosi iniziale della malattia del paziente può essere riveduta, specialmente alla luce della sua risposta alle interpretazioni di transfert.

Se queste interpretazioni sono costantemente sentite da lui come prive di significato, anche se in realtà dimostra di riconoscere che in qualche modo possono significare qualcosa, o se al contrario le accetta ma non ne consegue alcun cambiamento nel comportamento o nel modo di pensare, giudicherei entrambe le risposte come patognomiche della presenza di una profonda scissione e di un grado marcato di angoscia paranoide, e nel secondo caso le difese contro questa angoscia sono più forti che nel primo.

Ciò significa che si devono trovare dei metodi per rendere accessibile l'Io alle interpretazioni di transfert. Qualsiasi metodo venga scoperto deve essere sottoposto all'abituale esame. Le mie domande sono più o meno queste:

Perché faccio o dico questo?

In che modo si riferisce a cose che mi appartengono — consce o inconsce?

Perché è rivolto a X e non a Y?

Farei o direi questo a questo paziente in altre circostanze, un altro giorno, un'altra volta?

Che effetto ha, e perché?

Ne deriva la comparsa di nuovo materiale?

C'è un qualche reale sviluppo dell'Io?

Gli stessi risultati potrebbero essere ottenuti altrimenti? Più rapidamente? Meglio?

Se è così, come, e perché? E perché non ho fatto qualcosa di diverso?

Non si può sempre rispondere direttamente alle proprie domande. Talvolta le risposte si dimostrano errate; talvolta non c'è nessuna risposta da scoprire, se non che quell'intervento sembrava giusto in quel momento o che era l'unica cosa che si poteva trovare da dire, in un momento in cui si doveva dire qualcosa. Gli avvenimenti successivi di solito mostrano se era giusto o no, e quando si vede funzionare bene un'analisi dopo un intervento fuori dall'ordinario, aumenta la fiducia nei propri processi inconsci. Le controresistenze sembrano cadere più rapidamente, spesso il lavoro prosegue con un livello di tensione più alto, e la maggiore spontaneità dell'analista aiuta il paziente a superare la sua rigidità e stereotipia.

La difficoltà principale risiede nello stato generale di imprevedibilità. Ciò non significa che tutto è senza controllo, anche se spesso al paziente sembra che sia così. È piuttosto uno stato in cui le cose possono avvenire. Il rischio, naturalmente, è che ci possa essere un improvviso 'scatenamento' nel paziente o nell'analista, quando compare un fattore sconosciuto. Questo è un fatto che può ugualmente accadere in qualsiasi analisi e che deve essere affrontato quando si presenta.

Il resoconto dell'analisi di una paziente da me presentato, che è stato necessario condensare, potrebbe essere molto fuorviante. Le variazioni della tecnica che ho mostrato non avvengono sempre. Quando si presentano, l'effetto è molto simile a quello di qualsiasi interpretazione corretta: ci può essere in un primo tempo rifiuto e successivamente accettazione, oppure immediata accettazione. Può non essere immediatamente visibile alcun effetto, e soltanto in seguito si può scoprire che ce n'è stato qualcuno. Quando questi effetti non compaiono, così come avviene con le interpretazioni abituali, ci può essere, oppure non essere, uno sviluppo successivo. E, come con le comuni interpretazioni, se il momento è giusto e sono appropriate, l'effetto di questi interventi è buono. Se sono intempestivi o inappropriati, l'effetto è cattivo, e sono in realtà errori come qualsiasi altro. Nell'analisi di Frieda i fatti che ho citato sono effettivamente avvenuti e non si sono dimostrati errori. Non penso neppure che fossero semplicemente colpi di fortuna, perché ho sperimentato cose simili in diverse altre analisi con risultati analoghi.

*Lo scopo di queste variazioni è molto chiaro e limitato. È rendere accessibile il paziente all'interpretazione di transfert eliminando un delirio di transfert.*

L'interpretazione non ha nessun effetto sul delirio. L'unica cosa che ha effetto è la presentazione della realtà in un modo che sia paragonabile al risveglio da un sogno — cioè, la scoperta che qualcosa che era stato ritenuto letteralmente vero è falso, mediante il confronto con ciò che è vero. Questo non rende superflua la comune interpretazione, né è un suo sostituto. Non fa cadere tutte le resistenze. Il normale lavoro interpretativo deve continuare prima degli episodi che ho descritto, durante e dopo, e rimane ancora la parte principale dell'analisi. Senza questo lavoro queste altre variazioni sarebbero inutili ma, nei casi in cui lo stesso transfert è di natura delirante, sono l'unico genere di intervento che rende significativa e utilizzabile l'interpretazione di transfert, perché è attraverso di esse che il paziente può scoprire un essere umano dietro alle interpretazioni.

#### RIASSUNTO

Ho cercato di descrivere certi elementi, alcuni dei quali a mio parere sono essenziali, nella risposta totale dell'analista ai bisogni del paziente, insieme ad alcuni dei modi in cui possono essere usati direttamente, e agli effetti che ho visto derivare dal loro uso diretto. Sono elementi che, secondo me, a un certo punto è necessario mettere in evidenza in ogni analisi. Appaiono più chiaramente nell'analisi dei pazienti molto disturbati e

meno in quella dei nevrotici. Sono presenti, impliciti o espliciti, nello svolgimento di ogni analisi valida e riuscita, e in parte sono presenti in ogni analisi anche solo parzialmente riuscita.

L'amore e l'odio totali dell'analista verso il paziente, che infondono la forza motrice alla sua risposta totale, contengono elementi fondamentali e invariabili, insieme ad altri variabili. L'analisi, per quanto riguarda la partecipazione dell'analista, dipende principalmente dalle caratteristiche della parte fondamentale, invariabile. Questa, a sua volta, dipende dalla misura in cui il mondo dell'analista, nel quale egli vive, è sano e amichevole — cioè dalla misura in cui è riuscito ad affrontare le proprie angosce paranoide e la propria depressione, angosce che sono inseparabili dal lavoro che sta facendo. Se l'analista può fare affidamento su questo mondo, e di conseguenza su se stesso, i suoi pazienti probabilmente avranno la sicurezza di poter fare altrettanto, e riusciranno a farlo sempre di più. In caso contrario, per loro non solo non sarà sicuro ma anche impossibile fare affidamento sul loro mondo interno. Ci sarà allora un fallimento dell'analisi e forse una tragedia.

È questo fattore fondamentale, invariabile, che fornisce la stabilità all'analisi (di nuovo, per quanto riguarda l'analista). Gli elementi variabili, i controtransfert inconsci, le variazioni da un giorno all'altro o da un momento all'altro nel grado di tensione da sopportare, la salute dell'analista, le sue preoccupazioni esterne, tutto questo tende a creare difficoltà, specialmente se ha una gamma di variabilità troppo ampia. Questi elementi fanno pure parte della responsabilità dell'analista: deve vigilare che il grado di variazione non sia troppo grande e che le variazioni non restino bloccate e neppure si risolvano con troppa facilità. Ma questi elementi, come tutti gli altri di cui ho parlato, possono essere sia utili che dannosi. Fanno parte della vita dell'analista, e sono fonte di vitalità e movimento nel lavoro analitico.

La psicoanalisi è una cosa viva, e come tutte le cose vive cambia continuamente. Persino nei pochi anni della sua esistenza possiamo vedere molti cambiamenti, specialmente nel campo della tecnica. Oggi vengono curati dei pazienti che erano stati ritenuti inadatti solo pochi anni fa. Melanie Klein ci ha ricordato che cose come l'analisi dei bambini e l'interpretazione di transfert una volta erano guardati con sospetto. Non possiamo sapere che cosa diventerà la psicoanalisi nel futuro; possiamo solo sapere che cambierà, e che stiamo contribuendo al suo futuro, e che i cambiamenti di oggi sembreranno diversi a coloro che verranno dopo di noi.

Il 'controtransfert', nei vari significati della parola, è un fenomeno familiare. In un primo tempo, come il transfert, fu considerato qualcosa di pericoloso e di indesiderabile, ma nondimeno di inevitabile. Oggi è diventato persino rispettabile!

Ma io penso che dovrebbe essere molto di più. Non sappiamo abbastanza delle nostre risposte ai pazienti e siamo stati (in linea di massima saggiamente) cauti nell'usarle. Ma una grande quantità di energia psichica confluisce in esse, che lo desideriamo o no, e se dobbiamo trarre un pieno beneficio da questa energia, sia per i pazienti che per noi stessi, dobbiamo essere disposti a sperimentare e persino a correre qualche rischio. Sono sicura che la sperimentazione da parte di analisti formati ed esperti sia essenziale per l'ulteriore crescita e sviluppo della psicoanalisi, ma deve essere condotta sulla base della responsabilità, consapevole e assunta liberamente.

## 4

### Il transfert delirante (psicosi di transfert)

## I

Nella pratica clinica si incontrano alcuni pazienti che non sono in grado di usare le interpretazioni di transfert — la differenza tra questi e gli altri pazienti è qualitativa, non quantitativa. Non rappresentano un gruppo definito, ma comprendono persone con disturbi del carattere, perversioni sessuali, alcune malattie psicosomatiche, psicopatie, ecc., cioè persone non psicotiche ma con forti angosce sia persecutorie che depressive.

Quando viene data un'interpretazione di transfert a un paziente di questo genere, o 1) è sentita dal paziente come priva di significato, e non ne può essere fatto alcun uso, o 2) è accettata dal paziente con un'apparente comprensione, ma l'analista capisce in seguito che non ha avuto alcun effetto; non avviene nessun cambiamento e non si ottiene alcun insight.

Nell'analisi di questi pazienti si ritrovano diversi altri tratti caratteristici.

a) La comune analisi dei loro sogni non è efficace. Essi riferiscono sogni di due tipi. Nel primo tipo, il contenuto manifesto porta a innumerevoli associazioni, ma non si può scoprire nessun contenuto latente significativo. Nel sogno non esiste nulla se non i meccanismi difensivi. Nell'altro tipo di sogno il contenuto manifesto e quello latente sono la stessa cosa, e il contenuto manifesto è il pensiero del sogno.

b) Ci sono difetti del pensiero. La capacità di simbolizzare è carente, c'è un'equazione simbolica ('simbolizzazione del processo primario') e un pensiero concreto, mentre la capacità di trarre deduzioni o inferenze esatte è grandemente deficitaria.

c) L'acting out è violento, oppure la violenza appare negativamente come passività. Questi pazienti richiamano su se stessi una grande attenzione, coinvolgono le altre persone nei loro affari, e interferiscono negli affari degli altri.

d) Tendono a essere molto dipendenti e a trovare qualcun altro che