

IL TRANSFERT NEGATIVO IRREPENSIBILE*

Nella Guidi**

Scopo di questo articolo (1) è quello di presentare un'ipotesi alternativa a quella corrente rispetto al problema della «parte irreprensibile del transfert». In *Dinamica della traslazione* (1912) Freud afferma:

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 (pp. 528-529).

Freud scompone quindi la «traslazione positiva» in «traslazione di sentimenti amichevoli o affettuosi, capaci di pervenire alla coscienza, e in traslazione delle propaggini di tali sentimenti nell'inconscio» e che «risalgono regolarmente a fonti erotiche». Freud non compie un'analoga operazione di scomposizione per la «traslazione negativa», cioè per la traslazione di sentimenti aggressivi. La conclusione di Freud è quindi che il transfert negativo nel suo complesso, contrariamente al transfert positivo, è qualcosa da distogliere dalla persona del medico in quanto resistenza.

*Questo articolo è stato pubblicato originariamente in *The Annual of Psychoanalysis*, 1993, vol. 21, a cura di Jerome A. Winer, per il Chicago Institute for Psychoanalysis Copyright 1993 del Chicago Institute for Psychoanalysis.

** Via F. Reina 15, 20133 Milano.

1. Sono molto riconoscente a Merton M. Gill per l'incoraggiamento ed i suggerimenti. Desidero inoltre ringraziare Pier Francesco Galli per le stimolanti discussioni. Marina Bullock ha contribuito al perfezionamento del testo inglese.

Psicoterapia e scienze umane n. 4, 1994

La soluzione dell'enigma è dunque che la traslazione del medico è idonea alla resistenza... 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 è irreprensibile, continua a sussistere ed è in psicoanalisi portatrice di successo, esattamente come in altri metodi di cura (p. 529).

La mia tesi è che l'irreprensibile transfert positivo debba essere controbilanciato sin dall'inizio del trattamento analitico da quello che chiamo irreprensibile transfert negativo (Guidi, 1985). Ritengo che applicare anche al transfert negativo la distinzione tra transfert di sentimenti aggressivo-assertivi, che favorisce il processo psicoanalitico in quanto conscio, irreprensibile, e transfert che oppone resistenza possa facilitare il processo nel senso di «indurre il malato a svolgere un lavoro psichico» (Freud, 1925). L'irreprensibile transfert negativo si pone nel lavoro collaborativo con l'analista come portatore di incentivi al rispetto di sé, alla realizzazione di sé e dei propri obiettivi, anche in opposizione al terapeuta, alle sue regole ed idiosincrasie, a suoi eventuali errori e rigidità. Intrapsichicamente l'opposizione irreprensibile transfert positivo/irreprensibile transfert negativo si manifesta nel contrasto di scopi attaccamento all'oggetto/realizzazione di sé. Nei *Tre saggi* (1905) Freud aveva notato come nell'adolescenza «il ripudio e il superamento delle fantasie incestuose» si compia contemporaneamente al «distacco dall'autorità dei genitori, che produce il contrasto così importante per il progresso civile della nuova con la vecchia generazione» (p. 531). Secondo Freud i due processi sono così inscindibilmente legati fra loro che non può avvenire l'uno senza che si compia l'altro. Ritengo che nei suoi scritti di tecnica psicoanalitica, Freud non sia stato in grado di utilizzare positivamente, e in maniera adeguata e corrispondente per il trattamento, questa sua concettualizzazione dell'importanza del contrasto interpersonale, per il progresso dell'individuo. La valorizzazione, sin dall'inizio del trattamento, di questa possibilità di contrasto interpersonale del paziente con il terapeuta e la sua salvaguardia lungo il processo psicoanalitico è, a mio parere,

fondamentale per lo svolgersi del processo stesso. Infatti questa possibilità di contrasto «nella realtà» della situazione analitica può essere indice, nel paziente, della sua possibilità di distacco dall'autorità del terapeuta nel senso dell'autonomia, e in quanto tale della possibilità stessa di un lavoro collaborativo che non sia solo suggestione. Il concetto di irrepreensibile transfert negativo nasce quindi dalla necessità di distinguere nel transfert l'aggressiva assertività dalla distruttiva potenzialità, per il processo analitico, della restante parte del transfert negativo in quanto resistenza. L'utilizzo e la valorizzazione dell'irrepreensibile transfert negativo può facilitare il parallelo utilizzo e valorizzazione dell'irrepreensibile transfert positivo in maniera da rendere possibile quanto affermato da Freud in *Dinamica della traslazione*:

Siamo pronti ad ammettere che i risultati della psicoanalisi si fondano sulla suggestione, ma per suggestione bisogna intendere, con Ferenczi, l'influsso esercitato su una persona attraverso i fenomeni di traslazione possibili nel suo caso (p. 529).

L'aggressività può a mio parere in questo senso essere vista in psicoanalisi non solo come qualcosa di disturbante il processo in quanto distruttiva bensì anche, in quanto assertiva, come il presupposto per la creatività stessa implicita al processo; cioè alla possibilità per il paziente di potersi creare la sua propria storia grazie ad un analista oggetto e soggetto d'amore e di odio. Il transfert irrepreensibile, considerato nelle sue due componenti positiva e negativa, rappresenta nello *hic et nunc* la possibilità per l'analista di «indurre il malato a svolgere un lavoro psichico — il superamento delle resistenze di traslazione» (Freud, 1925, p. 110). Si tratta di un concetto rispetto al quale l'utilizzo tecnico non si riduce ad una semplice indicazione di opportunità terapeutica. Il transfert irrepreensibile nelle sue componenti positiva e negativa fa riferimento all'effettiva opportunità per il paziente di sperimentare una nuova possibilità evolutiva, tramite l'utilizzo del terapeuta come oggetto d'amore e d'odio nella «realtà attuale» della relazione, nel corso dell'analisi del transfert.

In tal senso si può trovare un supporto nella posizione complessiva elaborata da Gill (1979, 1982) sulla «centralità dell'analisi del transfert», soprattutto «attraverso una comprensione delle manifestazioni spesso in larga parte implicite, del transfert nella situazione analitica in corso», sul suo carattere di «esperienza nuova».

Gill sottolinea la necessità di costruzione della «relazione realistica» ai fini dell'analisi del transfert; mostra come al contrario i vali concetti di alleanza minimizzino l'importanza della disamina della «realtà» della situazione analitica, in quanto il comportamento del terapeuta è dato per realisticamente adeguato. Personalmente ritengo che solo una costante attenzione e disamina della «realtà» della situazione analitica, e in particolare dei comportamenti e atteggiamenti propri e del paziente, possa permettere al terapeuta di cogliere e salvaguardare l'irrepreensibile transfert negativo. Infatti, quello che da un punto di vista formale interrelazione può apparire un lavoro in collaborazione fra analista e paziente, può invece colludere con l'evitamento da parte del paziente del suo personale contrasto intrapsichico di scopi libidici ed aggressivi. Il comportamento assertivo del paziente nei confronti del nuovo oggetto d'amore, nella relazione terapeutica, può risvegliare angosce connesse a inconsci desideri e fantasie distruttive. Queste angosce possono essere evitate tramite atteggiamenti di «passivo» (Rapaport, 1953) adeguamento, al ruolo di «buon paziente che ubbidisce alle regole». Se questi atteggiamenti vengono considerati «realistici» ed opportuni da parte dell'analista, viene ad essere confermata come positiva al paziente anche la rinuncia alla sua assertività. Si viene così a determinare nel paziente una regressione iatrogena, in quanto viene considerato irrepreensibile quello che invece è resistenza di transfert in aggiunta all'usuale transfert agevolante.

Quando Freud nel 1912 elaborò il concetto di transfert positivo irrepreensibile, il suo interesse, all'interno della teoria topica, era concentrato sulle pulsioni libidiche e sullo sviluppo psicosessuale, anche se il concetto di pulsioni dell'Io o di autoconservazione si era fatto chiaramente esplicito. Le tendenze aggressive erano considerate componenti sadiche delle pulsioni sessuali, anche se nel 1909 era stata formulata l'ipotesi che tanto le pulsioni sessuali quanto quelle di autoconservazione avessero la capacità di diventare aggressive. Sul piano del transfert quindi venne affidata alla componente libidica irrepreensibile la funzione di elemento agevolante il processo psicoanalitico, in contrapposizione alle resistenze di transfert. Quindi la denominazione di transfert irrepreensibile positivo coincideva, sul piano della coerenza teorica, con le ipotesi dell'epoca e permetteva di porre in maniera corrispondente nella relazione il problema dell'elemento agevolante ai fini dell'interpretazione. Ritengo attualmente

indispensabile sottoporre «cosa è irrepreensibile» alla verifica delle elaborazioni teoriche successive comparse nel pensiero di Freud e nello sviluppo della psicoanalisi. Mi riferisco in particolare alla teoria strutturale, alle conoscenze sulla pulsione aggressiva, ad una possibile funzione «positiva» dell'aggressività per la formazione di strutture e quindi, nella relazione terapeutica, attraverso l'analisi del transfert, per la ristrutturazione e la formazione di nuove strutture in una *esperienza nuova*. Freud in *Analisi terminabile e interminabile* (1937) afferma:

Si ha la netta impressione che l'inclinazione al conflitto sia un elemento nuovo e specifico, che si sovrappone alla situazione, indipendentemente dalla quantità di libido. Tale inclinazione al conflitto, che si manifesta spontaneamente, non può in definitiva essere riferita ad altro che all'intervento di una componente di libera aggressività. Qualora si riconosca il caso qui illustrato come espressione della pulsione distruttiva o aggressiva, sorge subito il quesito se non si debba estendere la stessa concezione anche ad altri esempi di conflitto, e se in generale non occorra procedere ad una revisione di tutta la nostra conoscenza sul conflitto psichico da questo nuovo punto di vista (p. 527).

Il concetto di transfert «irrepreensibile», nelle sue due componenti positiva e negativa, implica l'analisi del transfert, in un complesso di attività relazionali e di disamina della situazione analitica «reale», che ne permetta la manifestazione, la salvaguardia e lo sviluppo. La possibilità evolutiva può trovare una collocazione implicita nella relazione, anche per quanto riguarda l'aggressività. Può così essere controbilanciata e in parte sminuita l'importanza dei fattori biologici costituzionali, dei traumi e delle carenze precoci nella difficoltà al controllo e alla gestione autonoma e responsabilizzata dell'aggressività. In sintesi, il concetto di «transfert irrepreensibile» ha una collocazione come concetto teorico in una concezione unitaria e ubiquitaria del fenomeno transfert, che tenga conto del fatto che, per Freud, il transfert nel suo complesso è il modo in cui ogni persona si relaziona con gli altri. Il transfert irrepreensibile non è scomponibile e teoricamente riducibile a qualcosa d'altro, non è analizzabile. Soltanto il «suo valore d'uso» entra a far parte dei problemi di teoria della tecnica.

Da questo punto di vista le mie tesi di base sono le seguenti:

1. Considerare opportuno, al fine di instaurare e portare avanti il trattamento psicoanalitico, l'utilizzo solo del transfert positivo irrepreensibile, escludendo il transfert negativo irrepreensibile, non è coerente con le successive elaborazioni, a partire da Freud, sulle vicissitudini dell'aggressività, della teoria strutturale e dal punto di vista della teoria delle relazioni oggettuali.

2. Il transfert irrepreensibile, nelle due componenti positiva e negativa, è un fenomeno unitario che come tale permette l'utilizzo, necessario al trattamento, dell'analista come nuovo oggetto d'amore e d'odio.

3. Dal punto di vista tecnico, non è possibile prescindere dalla separazione di transfert positivo e transfert negativo, che meritano, sin dall'inizio del trattamento, una pari attenzione ai fini della possibilità, tramite l'analisi del transfert nella nuova relazione, di ristrutturazione e ristrutturazione dell'apparato psichico.

4. La consapevolezza dell'importanza per il paziente della possibilità di percezione ed espressione dei sentimenti aggressivo-assertivi, ai fini della possibilità di mantenimento dei sentimenti amichevoli od affettuosi nei confronti dell'oggetto, permette di tenere presente sia il valore agevolante delle componenti aggressive sia anche di evidenziare la loro potenzialità di seduzione collusiva sull'analista. La gestione personale dell'aggressività secondo scopi e valori propri risulta, dal punto di vista intrapsichico, estremamente conflittuale, in quanto connessa con inconsci desideri e fantasie distruttive infantili. Tutte le situazioni infantili di pericolo segnalate da Freud, perdita dell'oggetto, dell'amore, castrazione, punizione del Super-io, vengono riattivate nella relazione terapeutica con il «nuovo oggetto d'amore». A livello intrapsichico meccanismi di diniego di percezioni della «realtà» della situazione analitica (e in particolare dei comportamenti e delle caratteristiche personali del terapeuta) possono permettere l'evitamento dell'angoscia e di altri sentimenti spiacevoli che le percezioni determinano. Nella relazione, l'aggressiva assertività è sostituita da atteggiamenti e comportamenti agiti, apparentemente realistici, nell'ambito di un passivo adeguamento al ruolo di paziente. Il significato auto ed eteroaggressivo di questi agiti «realistici» risulterà poi sempre più chiaro all'interno della specificità della relazione. Se lo psicoanalista collude con il diniego di percezioni della «realtà» della situazione analitica del paziente, che formalmente appare impegnato nel lavoro

analitico, considera realistici i comportamenti e gli atteggiamenti agiti del paziente. Lo psicoanalista continua quindi nel suo atteggiamento di ascolto apparentemente neutrale. Non indaga con il paziente sul significato di quanto avvenuto. Viene così esclusa la possibilità di confrontare il paziente con i suoi comportamenti agiti che ne hanno sostituito l'usuale assertività. In particolare, viene esclusa la possibilità di cercare/mostrare, nel corso del rapporto, il legame tra agiti/scomparsa dell'assertività e determinate specificità della «realtà» della situazione analitica. Non è possibile allargare poco alla volta il significato di questa «coazione a ripetere», arricchendola con notizie date dal paziente di analoghi comportamenti al di fuori dell'analisi: viene esclusa anche la possibilità di conoscere ricordi, fantasie, vissuti distruttivi, sentimenti violenti e aggressivi finora elusi dal paziente nella situazione analitica. Il paziente non può vivere e verbalizzare nella relazione con il nuovo oggetto la paura della propria potenziale distruttività e la difficoltà a percepire e controllare i propri sentimenti negativi nei confronti delle persone amate. Ne risulta comunque un approfondirsi della scissione dell'Io (Freud, 1938). La regressione iatrogena che si verifica successivamente nel corso del lavoro, può indurre il terapeuta ad interpretazioni genetiche e di contenuto profonde ed extratransferali che comunque escludono questo particolare riferimento alla «realtà» della situazione analitica. Atteggiamenti riparativi empatici, che vengono giustificati con lo stato regressivo del paziente, tendono a razionalizzare gli agiti con il livello evolutivo, invece che ad interrogare e confrontare il paziente con gli agiti e la corrispondente scomparsa nel rapporto della sua assertività. In ambo i casi, la paura del paziente della propria potenziale distruttività viene elusa nel rapporto con il nuovo oggetto. Al possibile sollievo sintomatologico non corrisponde una pari risoluzione delle inibizioni affettive e critico-intellettive.

5. Una particolare attenzione alle caratteristiche della «realtà» della situazione analitica è di fondamentale importanza per la salvaguardia dell'irrepreensibile transfert negativo e l'analisi del transfert nel suo complesso. La disamina della «realtà» della situazione analitica permette la valorizzazione e l'uso in senso adattivo delle funzioni critico-intellettive del paziente, in particolare nei confronti dei comportamenti e delle caratteristiche personali del terapeuta. Ciò favorisce e facilita poi, nella relazione, la messa in evidenza dell'utilizzo di queste stesse funzioni nelle resistenze alla presa di coscienza e risoluzione del transfert.

6. Attraverso l'analisi del transfert nello *hic et nunc* nel campo interpersonale, il confronto dialettico con il paziente lungo tutto il processo psicoanalitico, permette al paziente di confrontarsi con il proprio intrapsichico, senza l'intrusione dell'interpretazione del terapeuta nel mondo intrapsichico. In questo modo la situazione analitica (il campo interpersonale) diviene il luogo della strutturazione e della modulazione degli affetti tanto per la libido che per l'aggressività, così come si manifestano nell'uso e nella verbalizzazione che ora il paziente stesso ne può fare.

7. La dialettica aggressività/distruttività rischia di coinvolgere lo psicoanalista nella problematica dei giudizi di valore. Ma se la psicoanalisi è lo studio straordinario peculiare dell'inconscio, essa non può esimersi dal fare i conti né con i desideri e fantasie distruttivi inconsci, né con le paure e le angosce che inibiscono la gestione personale dell'aggressività. Queste inibizioni vanno a favore di comportamenti agiti auto ed eteroaggressivi socialmente accettati tramite l'uso, in funzione deresponsabilizzante, dei diversi ruoli sociali e delle «regole» da questi stessi ruoli «imposte». Perché compito della psicoanalisi non può essere anche scoprire il significato aggressivo/distruttivo nascosto sotto ogni azione umana? Ciò richiede, però, una distruzione dei miti riguardo l'aggressività, nel senso che l'aggressività è una motivazione nella direzione dell'autonomia; la distruttività è un giudizio di valore sociale e in quanto tale non tocca la psicoanalisi.

Il problema dell'irrepreensibile transfert negativo non deve essere posto nei termini di opportunità tecniche o di tipo di patologia, ma va inquadrato nella riformulazione della concettualizzazione del transfert in generale. Il riferimento alla patologia è comunque utilizzato come occasione evidente per la messa a fuoco di una questione di ordine generale. Il fattore di fondo si riferisce ad ogni tipo di patologia. Stein (1981) nel suo lavoro «La parte irrepreensibile del transfert», segnala come proprio il paziente analitico ideale, con disturbi nevrotici centrati sulla inadeguata risoluzione del complesso edipico, il «buon paziente» con i suoi tratti di razionalità, intelligenza e capacità di cooperazione, possa indurre nell'analista reazioni controtransferali che corrispondono all'irrepreensibile parte positiva del transfert. Ciò può determinare una perpetuazione nel paziente dei tratti infantili e ostacolare una appropriata conclusione del processo analitico. L'autore enfatizza quindi il ruolo che hanno nella resistenza i tratti di razionalità, intelligenza e capacità di cooperazione. «Tristemente perciò noi dobbiamo confrontare e

analizzare spietatamente questi tratti che siamo più portati ad ammirare» (p. 875). Per Stein quindi la difficoltà ad investigare con la stessa intensità di altri fenomeni le fiduciosa attitudine verso l'analista, è dovuta al fatto che essa permette all'analisi di continuare, che è confortevole per paziente e analista «finché l'analista non forza se stesso a mettere da parte questo *comfort*» (p. 880), che sembra essere libera da conflitto, in quanto sembra avere senso ed essere completamente razionale che una persona ammira ed abbia fiducia in un'altra che è così importante per lei, e infine dal fatto che gli analisti sono influenzati dal dettame che il transfert sia analizzabile solo quando serve da resistenza.

Senza dubbio è raro, ammesso che sia opportuno, interpretare gli atteggiamenti amichevoli e cooperativi del paziente durante le fasi iniziali dell'analisi; (...) durante le prime settimane e i primi mesi non siamo assolutamente in grado di comprendere le componenti inconscie di questo fenomeno (...) Non dobbiamo interpretare presto perciò e non potremmo se volessimo (p. 886).

Il problema indicato da Stein, di come ovviare alla possibilità di determinare tramite reazioni controtransferali nell'analista una perpetuazione di tratti infantili nel paziente analitico ideale, non penso possa essere posto nei termini di interpretare e di come interpretare «ad un certo punto dell'analisi» gli atteggiamenti amichevoli e collaborativi del paziente. Gill e Muslin (1976) hanno mostrato che la resistenza di transfert è presente anche in pazienti che parlano (in aggiunta all'usuale transfert favorevole), «ad ogni passo della strada» (p. 792). Questa resistenza può e deve essere interpretata alla sua comparsa e quindi anche all'inizio dell'analisi. Personalmente ritengo quindi che il problema indicato da Stein debba essere posto nei termini di notare e di come far notare al paziente, «sin dall'inizio dell'analisi», al di là dei suoi atteggiamenti amichevoli e collaborativi, la sua aggressiva assertività al fine di salvaguardare, tramite l'analisi della resistenza alla presa di coscienza del transfert, il transfert irreprezibile nelle due componenti negativa e positiva. Il concetto di irreprezibile transfert negativo permette l'utilizzo e la valorizzazione nella relazione degli aspetti realistici cognitivi, così come si manifestano attraverso gli atteggiamenti aggressivi critico-intellettivi del paziente verso il terapeuta. Le funzioni cognitive critico-intellettive debbono infatti poter trovare (in parallelo ad adeguati e corrispondenti aspetti affettivi) un'espressione anche aggressivo-assertiva, nella «realtà» della situazione analitica, nei

confronti di atteggiamenti e comportamenti dell'analista, ai fini della possibilità d'inizio, prosecuzione e conclusione del processo psicoanalitico. Gill (1982) afferma:

Se l'analista riconosce che il paziente sta tentando, per quanto gli è possibile, di essere razionale, rispetta la sua sanità; se al contrario, guarda all'esperienza che il paziente ha della relazione senza cercarvi qualche elemento reale cui il paziente può stare reagendo, dà per scontato che egli si sta confezionando un'esperienza solo a suo uso e consumo (p. 108).

In questo senso l'attenzione e la valorizzazione sin dall'inizio del rapporto dell'assertività cognitiva del paziente così come si esprime attraverso critiche, rimproveri, giudizi e pareri, nei confronti degli atteggiamenti e comportamenti del terapeuta nella relazione, può facilitare la salvaguardia del transfert irreprezibile (di per sé inanalizzabile ma fondamentale per «indurre il malato a svolgere un lavoro psichico»). Se si nota nella relazione la scomparsa dell'assertività è quindi possibile farla notare al paziente. Valorizzare la critica sin dall'inizio all'interno della «realtà» della situazione analitica, rende possibile la ricerca di cosa, poi, nel corso del rapporto, nella particolare situazione, impedisce di porre la critica in maniera diretta e assertiva. Permette di porre in relazione la scomparsa dell'assertività del paziente nei confronti del terapeuta con la corrispondente comparsa di allusioni al transfert, o di atteggiamenti, comportamenti e sentimenti agiti. Viene facilitato il differenziare nel «buon paziente», tra: a) il suo passivo adeguamento al ruolo di paziente che ubbidisce alle regole e quindi parla e sembra associare liberamente, e b) quei suoi «atteggiamenti amichevoli e collaborativi, assertivamente aggressivi e critici» così importanti per lo svolgersi del processo psicoanalitico. In questa maniera è a mio parere più agevole l'interpretazione, anche all'inizio dell'analisi, della resistenza alla presa di coscienza del transfert. Confrontazioni da parte del terapeuta al paziente del venir meno della sua assertività, domande su cosa stia succedendo, sul significato delle allusioni al transfert, di comportamenti, atteggiamenti, sentimenti privi dell'usuale flessibilità e spontaneità, sono quindi necessarie. Queste confrontazioni e domande, anche se poste con empatica sollecitudine, in maniera non pressante, senza aspettarsi risposte immediate, rischiano di trasmettere al paziente l'impressione di un giudizio negativo sul suo

comportamento in quanto sbagliato. È importante comprendere ed analizzare questo al fine di facilitare al paziente il cogliere e l'osservare la coazione e ripetere nel suo svolgersi. Si possono manifestare l'espressione mimica e la difficolta, ma diretta e viva, verbalizzazione di affetti sia libidici che aggressivi nei confronti del terapeuta senza che questi li abbia dovuti nominare o indicare. Sono a questo punto possibili interpretazioni nello *hic et nunc* della relazione, rispetto alla «realtà» dei comportamenti e atteggiamenti dell'analista, così come sono vissuti e percepiti dal paziente ora e in riferimento a come sono stati vissuti e percepiti in altri momenti della relazione. Ciò va nella direzione della ricerca del «nuovo» passato/presente, che ha portato il paziente ad una diversa interpretazione nella situazione «reale» della relazione con il terapeuta. Queste confrontazioni ed interpretazioni nello *hic et nunc* della relazione, non richiedono all'analista né il riconoscimento, né il disconoscimento di quanto attribuitogli dal paziente, né la conoscenza delle componenti inconscie del comportamento del paziente. Queste confrontazioni ed interpretazioni richiedono la disponibilità del terapeuta all'analisi del transfert, tramite una diligente e minuziosa disamina della «realtà» della situazione analitica con il paziente e la disponibilità ad accettare l'assertiva aggressività del paziente nei suoi aspetti cognitivi critico-intellettivi ed affettivi aggressivo-ostili. Queste confrontazioni ed interpretazioni nello *hic et nunc* della relazione facilitano sia nel terapeuta che nel paziente l'inizio di quella parcellare, progressiva e continua intuizione-comprensione specifica del processo psicoanalitico, delle personali, individuali componenti inconscie della coazione a ripetere del paziente così come si manifestano nella relazione.

Gli studi cognitivi hanno mostrato che dalla logica concreta del bambino che non è in grado di teorizzare e che vive nel presente si sviluppa progressivamente, a partire dalla preadolescenza, la logica proposizionale, cioè la capacità di costruire teorie e concetti ideali ed astratti, con possibilità di formulare progetti per il futuro. Questo processo, anche se biologicamente determinato in quanto legato a quello delle strutture cerebrali, compare come conseguenza di fattori socio-ambientali. Ciò a mio parere non può non differenziare, nel trattamento psicoanalitico, le modalità interpretative appropriate al bambino rispetto a quelle appropriate all'adulto. Interpretazioni genetiche, profonde ed extratransferali che non possono tenere conto della «realtà» della situazione analitica, né tanto meno della sua disamina con il paziente, si sovrappongono a quanto le sue funzioni cognitive critico-intellettive

possono aver percepito nella «realtà» della situazione analitica, interferendo con le sue stesse possibilità astrattive ed integrative. Personalmente ritengo che le funzioni cognitive critico-intellettive, che si esprimono anche tramite l'assertività, debbano essere sin dall'inizio e lungo tutto il decorso del processo psicoanalitico valorizzate dall'analista, nella disamina della «realtà» della situazione analitica. Ciò favorisce la possibilità di portare il paziente ad una nuova personale comprensione-soluzione dei suoi inconsci desideri e fantasie infantili. La «esperienza nuova» (tramite l'interpretazione nello *hic et nunc* della relazione soprattutto della resistenza alla presa di coscienza del transfert e quindi della resistenza alla risoluzione del transfert) diventa anche emotivamente più ricca. Infatti a mio parere la disamina della «realtà» della situazione analitica, tramite modalità aggressivo-assertive, personali, responsabilizzate, adulte, coerenti con lo sviluppo dei fattori cognitivi, si presta a contrasti tra i due membri della relazione. Questi contrasti possono, soprattutto nel paziente, risvegliare angosce connesse ad inconsci, infantili, distruttivi desideri e fantasie nel rapporto con il nuovo oggetto d'amore. L'evitamento del contrasto interpersonale con il nuovo oggetto d'amore nella «realtà» della situazione analitica è allora funzionale all'evitamento dei conflitti intrapsichici e di affetti spiacevoli. Per il paziente il passivo adeguamento al ruolo di «buon paziente» che parla, segue le regole, è il tentativo di perpetuare, nella «realtà» del rapporto con il terapeuta, tramite la rinuncia alla propria assertività, la modalità infantile di ubbidienza. Questa modalità nell'infanzia gli ha permesso di evitare i pericoli della realtà e gli ha permesso, in maniera coerente alla sua logica concreta di bambino, la soluzione infantile dei suoi conflitti. L'utilizzo del concetto di transfert negativo irrepreensibile facilita all'analista il controllo delle sue resistenze controtransferali nei confronti delle manifestazioni di aggressività/assertività del paziente. In particolare facilita il cogliere sin dall'inizio del rapporto la carenza dell'assertività del paziente e il corrispondente manifestarsi di agiti auto ed eteroaggressivi.

Nelle società civilizzate l'utilizzo dei ruoli permette la scarica e l'uso dell'aggressività nella direzione di ottenere vantaggi sociali, con modalità deresponsabilizzanti l'individuo. La deresponsabilizzazione dell'individuo avviene tramite la sottomissione e l'adeguamento passivo alle regole che i ruoli sociali impongono. In tale maniera inibizioni all'uso diretto e assertivo della propria aggressività secondo modalità,

scopi e valori personali, possono essere mascherate. L'individuo si struttura in maniera apparentemente normale che è comunque coerente con l'ambiente sociale in cui vive. Freud (1926) afferma:

La coazione alla sintesi aumenta quanto più l'Io si sviluppa e si rafforza. Diventa così comprensibile come l'Io si sforzi inoltre di ovviare all'estraneità e all'isolamento del sintomo (...) il «tornaconto (secondario) della malattia» (...) viene in aiuto allo sforzo compiuto dall'Io per incorporarsi il sintomo, e rafforza la fissazione di quest'ultimo. Se noi tentiamo poi di prestare assistenza analitica all'Io nella sua lotta contro il sintomo, troviamo che questi legami conciliatori tra Io e sintomo agiscono dalla parte della resistenza (pp. 248-249).

Personalmente ritengo che la collusione tra terapeuta e paziente nella resistenza alla presa di coscienza del transfert, possa essere risultato anche di condescendenza sociale. La ripetizione nel transfert, soprattutto se si attua attraverso atteggiamenti e sentimenti apparentemente coerenti e adeguati e non tramite acting out clamorosi, può dal terapeuta essere considerata comportamento realistico, così come avviene nel più ampio ambiente sociale. Non viene allora notata la carenza di una più personale aggressiva assertività, il paziente non viene confrontato con la sua coazione a ripetere e non viene analizzata la resistenza alla presa di coscienza del transfert. D'altra parte, nell'attuale benessere dei paesi civilizzati, i ruoli sociali, per quanto impongano regole rigide e fisse di comportamento, non sono più per la maggior parte degli individui una imposizione inevitabile come nel passato. L'individuo può ora entro ampi limiti, scegliere responsabilmente quali ruoli assumere e quali rifiutare, anche se ciò comporta una perdita di vantaggi sociali difficilmente acquisibili in altra maniera. L'individuo non può più giustificare a sé stesso la gestione deresponsabilizzata della propria aggressività tramite ruoli rigidi ed imposti. Ciò può innescare un processo di ristrutturazione psichica ai fini di rendere possibile l'affrontamento delle inibizioni ed angosce infantili. Qui si pone la responsabilità per l'analista di creare, nella «realtà» della situazione analitica, una possibilità nuova per il paziente di arrivare progressivamente a gestire, con il nuovo oggetto d'amore, attraverso modalità autonome ed assertive la sua aggressività «come se le vecchie situazioni di pericolo non esistessero più». In *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925) Freud mostra come l'uomo contrariamente agli altri animali nasca impreparato ad affrontare il mondo esterno: «L'influenza del mondo esterno reale viene perciò rafforzata» (p. 301).

Sono accentuati nel loro significato i pericoli reali, è accresciuto enormemente il valore dell'oggetto, come unica protezione da questi pericoli reali. E come Freud stesso afferma:

Ora può riuscire in effetti all'Io di infrangere le barriere della rimozione (...). In parecchi casi abbiamo l'impressione che la decisione sia obbligata: l'attrazione regressiva dell'impulso rimosso e la forza della rimozione sono talmente grandi, che il nuovo impulso non può far altro che seguire la coazione a ripetere. In altri casi avvertiamo il concorso di un altro gioco di forze: l'attuazione del modello primitivo rimosso viene rafforzata da una ripulsa delle difficoltà reali che impediscono un diverso deflusso del nuovo moto pulsionale (pp. 300-301).

E questa situazione, a mio parere, si può ripetere proprio durante il trattamento analitico. Se l'analista non nota e non valorizza l'assertività del paziente, ma anzi collude con la parte più infantile del paziente, con le sue resistenze transferali (quando si manifestano nella ripetizione attraverso modalità apparentemente adeguate alla situazione), nella «realtà» della situazione analitica. In tale maniera le inibizioni del paziente all'uso diretto e assertivo della propria aggressività secondo modalità, scopi e valori personali, si riconfermano. Personalmente ritengo quindi che disporre del concetto di transfert negativo irrepressibile faciliti l'analista, tramite la disamina della «realtà» della situazione analitica con il suo paziente, ad analizzare, nello *hic et nunc*, cosa si oppone alla libera espressione della sua assertività. Diviene più agevole notare e far notare al paziente la sua ripetizione nel transfert degli usuali agiti auto ed eteroaggressivi socialmente accettati come comportamenti realistici ed adeguati. In *Inizio del trattamento* (1913) Freud afferma:

La sua (del malato) provvisoria fiducia o sfiducia non conta quasi rispetto alle resistenze interne che ancorano la nevrosi. La fiducia cieca del paziente rende certo più piacevole il primo contatto con lui; lo si ringrazierà di questo, ma lo si avvertirà che la sua favorevole predisposizione è destinata ad infrangersi contro la prima difficoltà emergente dalla cura. Allo scettico si dirà che l'analisi non ha bisogno di alcuna fiducia, che gli è consentito di essere critico e diffidente come meglio crede, che non si intende affatto mettere in conto alle sue valutazioni codesto atteggiamento, poiché infatti egli non è in grado di farsi un giudizio su questi punti; *la sua sfiducia è un sintomo come gli altri e non darà alcun*

disturbo purché egli si disponga a seguire scrupolosamente quanto la regola del trattamento esige da lui (p. 336).

A mio parere, la scarsa importanza che qui Freud attribuisce nella relazione alle aspettative del paziente nei confronti del trattamento, ed alle valutazioni del paziente, può essere messa in conto alla scarsa importanza che la realtà ha, come determinante del comportamento, in questa fase della sua teorizzazione. Dal punto di vista intrapsichico, nella teoria topica, la difesa è diretta contro la pulsione e la realtà ha un ruolo solo marginale. Al contrario nella teoria strutturale, realtà e pulsione sembrano avere un'importanza più o meno uguale. In *Inibizione, sintomo e angoscia* Freud afferma:

La pretesa pulsionale spesso diventa un pericolo (interno) per l'unico motivo che il suo soddisfacimento porterebbe con sé un pericolo esterno e dunque perché questo pericolo interno ne rappresenta uno esterno (p. 313).

Il motivo ultimo della difesa dalle pulsioni è il pericolo reale. Proprio per questo motivo l'oggetto, come unica protezione dai pericoli esterni, acquisisce ora un valore enormemente accresciuto. A mio parere è quindi necessario tenere conto della importanza che «realtà» e «oggetto» hanno all'interno della relazione, quando chiediamo ai nostri pazienti di seguire la regola delle libere associazioni. La disamina della «realtà» con il «nuovo oggetto d'amore» (ai fini dell'analisi delle resistenze), è di fondamentale importanza per permettere di differenziare «le vecchie situazioni di pericolo» interiorizzate del paziente, dall'eventuale ed attuale «repulsa delle difficoltà reali che impediscono un diverso deflusso del nuovo moto pulsionale» proprio nella situazione analitica. Ciò però richiede che il terapeuta consideri la sfiducia del paziente non solo come un «sintomo come tutti gli altri» (p. 301), ma anche come un mezzo, così come le sue valutazioni e le sue critiche, per l'espressione di quella aggressiva assertività che il transfert negativo irrepreensibile rende possibile.

Bibliografia

- Freud, S. (1905), Tre saggi sulla teoria sessuale. *Osf*, vol. 4, pp. 447-546. Torino: Boringhieri, 1970.
- Freud, S. (1908), Analisi della fobia di un bambino di cinque anni. (Caso clinico del piccolo Hans), *Osf*, vol. 5, pp. 481-589. Torino: Boringhieri, 1972.
- Freud, S. (1912), Dinamica della traslazione. *Osf*, vol. 6, pp. 523-531. Torino: Boringhieri, 1974.
- Freud, S. (1913), Inizio del trattamento. *Osf*, vol. 7, pp. 333-352. Torino: Boringhieri, 1975.
- Freud, S. (1924), Autobiografia. *Osf*, vol. 10, pp. 75-141. Torino: Boringhieri, 1978.
- Freud, S. (1925), Inibizione, sintomo e angoscia. *Osf*, vol. 10, pp. 237-317. Torino: Boringhieri, 1978.
- Freud, S. (1937), Analisi terminabile e interminabile. *Osf*, vol. 11, pag. 499-535. Torino: Boringhieri, 1979.
- Freud, S. (1938), Compendio di psicanalisi. *Osf*, vol. 11, pp. 572-634. Torino: Boringhieri, 1979.
- Gill, M.M. (1979), The analysis of transference, *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 27 (supplement): 263-288.
- Gill, M.M. (1982), *Analysis of Transference. Theory and Technique*. New York: International University. Trad. it., *Teoria e tecnica dell'analisi del transfer*. Roma: Astrolabio, 1985.
- Gill, M.M., Muslin, H.L. (1976), Early interpretation of transference. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 24: 779-794.
- Guidi, N. (1985), Clinica e orientamento diagnostico dell'approccio psicoterapeutico all'adolescente. In: I. Rossi (a cura di), *L'adolescente, la famiglia, la comunità*. Bologna: Clueb, pp. 37-52.
- Rapaport, D. (1953), Alcune considerazioni metapsicologiche riguardanti l'attività e le passività. In: *Il modello concettuale della psicoanalisi*. Milano: Feltrinelli, pp. 321-360, 1977.
- Stein, M.H. (1981), The unobjectionable part of the transference. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 29: 869-892.

Sintesi

Freud in «Dinamica della traslazione» sostiene che il transfert negativo nel suo complesso, così come il transfert positivo di impulsi erotici rimossi, è qualcosa da distogliere dalla persona del medico in quanto resistenza; al contrario il transfert positivo irreprezibile, che continua a sussistere, è portatore di successo.

La mia tesi è che l'irreprezibile transfert positivo debba essere, sin dall'inizio del trattamento analitico, controbilanciato da quello che io chiamo irreprezibile transfert negativo. Applicare al transfert negativo la distinzione tra transfert di sentimenti aggressivo-assertivi che favorisce il processo psicoanalitico in quanto conscio e irreprezibile e transfert che vi oppone resistenza, può facilitare il processo nel senso di indurre il malato a svolgere un lavoro psichico. Il concetto di irreprezibile transfert negativo nasce quindi dalla necessità di distinguere nel transfert l'aggressiva assertività dalla distruttiva potenzialità, per il processo psicoanalitico, della restante parte del transfert negativo in quanto resistenza. Considerare opportuno ai fine di instaurare e portare avanti il trattamento analitico l'utilizzo solo del transfert positivo irreprezibile, escludendo il transfert negativo irreprezibile, non è a mio parere coerente con le successive elaborazioni a partire da Freud, sulle vicissitudini dell'aggressività, della teoria strutturale, e dal punto di vista della teoria delle relazioni oggettuali.

Abstract

Freud in «The Dynamic of Transference», states that negative transference as a whole, like positive transference of repressed erotic impulses, is to be detached from the doctor's person insofar as it is transference resistance. The detachment does not apply to unobjectionable positive transference, which he insists is the vehicle of success. My thesis is that unobjectionable positive transference must be counterbalanced from the very beginning of the analytic treatment by what I call « unobjectionable negative transferences». I believe that by admitting to negative transference, the distinction between unobjectionable transference of aggressive and assertive feelings admissible to consciousness — which facilitates the psychoanalytic process — and negative transference as resistance, may help to induce the patient to perform psychical work. The concept of unobjectionable negative transference comes into being due to the necessity of distinguishing aggressiveness or assertiveness in transference from the potential destructiveness, for the analytic process, of the

remaining part of negative transference.

In my opinion, to consider, with the aim of establishing and carrying psychoanalytic treatment, the use of only unobjectionable positive transference, excluding unobjectionable negative transference, would not be consistent with the elaboration, beginning with Freud himself, of the vicissitudes of aggressiveness, the structural theory, and the theory of object relations.