

IL CONTRIBUTO DI MERTON GILL ALLA TEORIA DELL'ANALISI DEL TRANSFERT

Paolo Migone

Il 24-27 giugno 1991 organizzammo a Bologna una Settimana di studio con alcuni colleghi americani ed europei che erano in qualche modo collegati alla rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*; ricordo che, tra gli altri, oltre a Pier Francesco Galli vi erano Johannes Cremerius (di Friburgo i.Br.), Morris N. Eagle (che allora era a New York, ora a Los Angeles), Lawrence Friedman (di New York), Merton M. Gill (di Chicago), Robert R. Holt (di New York, ma che già abitava a Cape Cod), Tito Perlini (di Venezia), Michele Ranchetti (di Firenze), Frank J. Sulloway (che allora abitava a Boston, ora a Berkeley), Helmut Thomä (di Ulm), Peter H. Wolff (di Boston), etc. Un anno prima Galli (1990) era stato invitato a tenere una relazione al *Rapaport-Klein Study Group*, che dal 1963 si riunisce annualmente all'*Austen Riggs Center* di Stockbridge (Massachusetts), dove aveva conosciuto personalmente alcuni di questi colleghi, e fu lì che ci venne l'idea di invitarli l'anno seguente a Bologna per una Settimana di studio. Tra i partecipanti italiani vi era Nella Guidi, che era intervenuta attivamente nel dibattito; ricordo ad esempio che aveva preparato un intervento preordinato sulla relazione di Larry Friedman (1991) ma, dato che quel giorno (era giovedì 27 giugno) non aveva potuto venire da Milano, il suo intervento fu letto di fronte all'uditorio (questo suo intervento fu pubblicato a pp. 24-26 del n. 2/1993 di *Psicoterapia e Scienze Umane*, dopo la relazione di Friedman; le relazioni tenute in quella Settimana di studio furono pubblicate, con i dibattiti, in sette numeri consecutivi della rivista, dal n. 4/1991 al n. 2/1993).

Fu però con Merton Gill che Nella Guidi legò in modo particolare, dato che era sempre stata interessata alla sua linea di ricerca teorica, e in quei giorni discusse con lui alcune sue idee su quello che lei chiamava “transfert negativo irreprensibile”. Gill, che aveva fatto dello studio della teoria del transfert uno dei punti centrali del suo percorso di ricerca, trovò questa idea di Nella Guidi molto interessante, ammettendo anche che non aveva mai pensato che si potesse parlare, coerentemente, non solo di “transfert positivo irreprensibile” come aveva fatto Freud (1912, p.529),

ma anche di “transfert negativo irreprensibile”.

Iniziò quindi tra loro una corrispondenza (allora non vi era la posta elettronica), in cui Gill le diede alcuni suggerimenti per la stesura di un articolo che poi la incoraggiò a pubblicare in inglese sulla rivista *Annual of Psychoanalysis*, pubblicata dall'Istituto psicoanalitico di Chicago, cui Gill era affiliato. Questo articolo, parafrasando il termine freudiano della *Standard Edition* di “Unobjectionable negative transference”, fu intitolato “Unobjectionable negative transference”, e uscì a pp. 107-121 del n. 21/1993 dell'*Annual of Psychoanalysis*. Un anno dopo fu tradotto in italiano e uscì col titolo “Transfert negativo irreprensibile” a pp. 37- 51 del n. 4/1994 di *Psicoterapia e Scienze Umane* (dopo la sua morte, per ricordarla, lo ripubblicammo a pp. 11-24 del n. 1/2017).

È sull'onda di questi ricordi che voglio qui presentare brevemente alcuni aspetti centrali della posizione di Gill sull'analisi del transfert, che in quegli anni mi interessarono molto e che, devo dire, costituiscono tutt'oggi una parte importante della mia identità teorica. Infatti quando a metà degli anni 1980 lessi per la prima volta alcuni scritti di Gill sull'analisi del transfert e sul problema, direttamente connesso, della differenza tra psicoanalisi e psicoterapia (e quindi sulla identità della psicoanalisi), ne fui molto colpito, sentii come una ventata di aria fresca, ed ebbi anche la sensazione di leggere cose che in un qualche modo avevo sempre pensato ma che non avevo mai visto espresse in modo così lucido e coerente. Ebbi modo anche di conoscere bene Gill e di frequentarlo, ricordo ad esempio anche alcune belle giornate passate assieme nella mia casa al mare, dopo la Settimana di studio del giugno 1991, assieme a Morris Eagle, Frank Sulloway, Peter Wolff, Bob Holt e altri, caratterizzate dalla simpatia di Gill che non perdeva occasione per dire battute a ripetizione, come era tipico di lui. Ma non voglio indugiare in questi ricordi di più di 35 anni fa, e passo a parlare della posizione di Gill, così come la ho esposta in un articolo dal titolo “La differenza tra psicoanalisi e psicoterapia: panorama storico del dibattito e recente posizione di Merton M Gill”, pubblicato nel n. 4/1991 di *Psicoterapia e Scienze Umane*, poi ampliato nel cap. 4 del mio libro *Terapia psicoanalitica* (Migone, 1995).

La “analisi del transfert” di Gill

Merton Gill, come è noto, fu un importante esponente della Psicologia dell'Io nordamericana, già stretto collaboratore di Rapaport (vedi

Rapaport, Gill & Schafer, 1945-46; Rapaport & Gill, 1959; Rapaport, 1967), e autore di importanti studi su problemi teorici (Gill, 1963, 1976; Pribram & Gill, 1976; etc.), per cui le sue posizioni possono essere considerate particolarmente autorevoli, e i suoi contributi venivano considerati un po' come delle pietre miliari del dibattito psicoanalitico (per un profilo biografico di Gill, vedi Migone, 1995, pp. 269-276 ediz. del 2010). Un altro motivo di interesse è che le posizioni espresse da Gill nel suo lavoro del 1954 sulla differenza tra psicoanalisi e psicoterapia, considerate da molti come un importante punto di riferimento, e ancora valorizzate ad esempio da Kernberg, si sono in seguito modificate (Gill & Muslin, 1976; Gill, 1979, 1982, 1983a, 1983b, 1984a, 1984b, 1984c, 1990, 1991a, 1991b, 1993, 1994): potremo così discutere in modo più problematizzato questo tema e seguirne le evoluzioni in quello che è stato un po' il dibattito in quei decenni.

Nel discutere la differenza tra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica, Gill (1984b) ha usato i termini di criteri "intrinseci" ed "estrinseci" (che corrispondono a quelli che Leo Stone [1954] chiamò rispettivamente "funzionali" e "formali"). I primi, cioè i criteri intrinseci, includono gli aspetti che fanno parte direttamente della *teoria* (quali, come vedremo, la interpretazione del transfert, la neutralità dell'analista, etc.), mentre i criteri estrinseci sono invece quelli che fanno parte della *tecnica*, cioè quelli esteriori o descrittivi, e includono sedute frequenti, uso del lettino, e anche un paziente "analizzabile" (cioè una determinata diagnosi), uno psicoanalista preparato, etc.

Gill nel 1954 elencò quattro criteri intrinseci della psicoanalisi, che sono i seguenti: 1) centralità dell'analisi del transfert (mentre, come è noto, nella psicoterapia il transfert non viene analizzato ma "manipolato"); 2) neutralità tecnica dell'analista; 3) induzione di una "nevrosi di traslazione regressiva"; 4) risoluzione di questa nevrosi transferale regressiva solo o prevalentemente con lo strumento dell'interpretazione. La concezione quindi della psicoanalisi si manteneva all'interno dei canoni classici, e veniva legata a criteri intrinseci; anche se Gill lasciava aperta la possibilità che il lavoro analitico potesse essere svolto anche con criteri estrinseci non ottimali, non definiva però quanto i criteri estrinseci potessero essere ampliati affinché si potesse ancora parlare di psicoanalisi.

Ma Gill nel 1979, quando fu invitato assieme a Rangell e Leo Stone a esprimere le sue posizioni un quarto di secolo dopo gli storici contributi del 1954, rivede il suo pensiero, che ampliò in forma più completa in una monografia del 1982 (il secondo volume di questa monografia

[Gill & Hoffman, 1982], non tradotto in italiano, contiene la trascrizione di nove sedute audioregistrate nelle quali cerca di dimostrare i suoi principi tecnici). Pochi anni dopo, Gill (1984b) scrisse un altro articolo in cui fece il punto sulla sua revisione teorica della differenza tra psicoanalisi e psicoterapia esposta esattamente trent'anni prima. Vediamo quindi in dettaglio queste sue nuove posizioni, che io esporrò basandomi prevalentemente su questo suo lavoro del 1984.

Sostanzialmente, Gill modificò i quattro criteri intrinseci che aveva proposto nel 1954 in modo tale che ora possono cambiare anche i criteri estrinseci, nel senso che ritenne che la psicoanalisi sia applicabile alle più diverse situazioni cliniche (Servizio pubblico, terapie brevi, emergenze, etc.), e a una gamma di pazienti più vasta di quanto si credeva prima, rendendo le indicazioni della psicoanalisi sovrapponibili a quelle tradizionalmente considerate della psicoterapia psicoanalitica. Cerchiamo di seguire i passaggi teorici che lui ha fatto per sostenere questa tesi, ricca di implicazioni per la pratica della psicoanalisi e per la sua stessa definizione.

Come si è detto, la concezione di Gill del 1954 non si discostava dalla tradizione classica, secondo la quale la principale differenza tra psicoanalisi e psicoterapia era che in psicoanalisi il transfert è analizzato, mentre in psicoterapia è "manipolato". In seguito, quando cambiò opinione, Gill non si limitò a dire che possono essere ampliati i criteri estrinseci (il che presupporrebbe che rimangano fissi quelli intrinseci), anzi, disse che ciò non farebbe altro che peggiorare la situazione in termini di errori tecnici. I criteri estrinseci, tra l'altro, sono già andati modificandosi da Freud in poi, anche dietro la pressione di fattori socioeconomici. Vediamo brevemente come.

I criteri estrinseci

Esaminerò i tre principali criteri estrinseci che si sono modificati, e precisamente: frequenza delle sedute, uso del lettino, e selezione dei pazienti.

Frequenza delle sedute

Già Freud, come ci ricordò Kardiner (1977), decise di passare da sei a cinque sedute alla settimana quando fu costretto a dividere tra sei pazienti anziché tra cinque le trenta ore settimanali di cui disponeva (6 x 5 e 5 x 6 fanno sempre 30). La storia successiva è nota: negli Stati Uniti presto si passò da cinque a quattro (limite minimo poi adottato

dall'*International Psychoanalytic Association* [IPA]), e molti in seguito considerarono anche tre sedute settimanali come frequenza possibile (ad alcuni Paesi, per motivi particolari, fu concesso lo *status* privilegiato di evadere questa regola, e questi Paesi furono l'Uruguay e la Francia; per quest'ultima, data la sua influenza e autorevolezza, si dovette scendere a patti per non provocare una scissione che avrebbe indebolito l'IPA, e questa decisione, a mio parere un po' ipocritamente, fu fatta passare come giustificata da un cosiddetto *French model*). Nei tempi recenti a molti Paesi è stata concessa la possibilità di scendere a tre sedute settimanali, e la questione della frequenza settimanale è tuttora oggetto di un acceso dibattito. Questa evoluzione è avvenuta parallelamente alla progressiva diminuzione di pazienti e di motivazione a investire denaro in questa terapia, fenomeni legati alla crisi della immagine sociale della psicoanalisi avvenuta negli Stati Uniti già dagli anni 1970 (Migone, 1981). Freud (1913, p. 337) disse comunque che sarebbe un errore scendere sotto le tre sedute settimanali, specie all'inizio del trattamento, ma molti analisti oggi possono prendere i pazienti a una o due sedute, sperando di poterle aumentare in seguito. Non esistono studi controllati o prove che mostrino la frequenza ottimale più appropriata, né si è giunti a un accordo su questo (Migone, 1994). Una eccezione è Alexander (1956), che propose di influenzare il transfert modificando il ritmo delle sedute: Gill si trovò d'accordo con coloro che criticarono Alexander dicendo che questa tecnica oggettivamente non è psicoanalitica ma psicoterapeutica in quanto manipola il transfert anziché analizzarlo, violando così il principale criterio intrinseco, l'analisi del transfert. Ma a questo proposito Gill (1984b, p. 131 trad. del 1989) fece due osservazioni, che sono tipiche del suo atteggiamento critico e intelligente: a) E se noi analizzassimo le ripercussioni sul transfert di questa modificazione della frequenza, non rispetteremmo forse il principio della analisi del transfert?; b) Non solo, ma l'insistenza da parte nostra su una certa frequenza (ad esempio, quattro sedute settimanali), non è forse anche questa, se non analizzata nelle sue ripercussioni transferali, una manipolazione del transfert simile a quella di cui fu accusato Alexander? (già vediamo qui che tipo di argomentazioni ha fatto Gill, che approfondirò meglio più avanti).

Uso del lettino

Ormai tutti sanno che esso da una parte è una eredità della tradizione ipnotica (e medica, Freud era un neurologo), e dall'altra il risultato di una difesa controtransferale di Freud (1913, p. 343), che potremmo

considerare non analizzata, quando ne giustificò l'uso col fatto che lui non sopportava di essere fissato negli occhi per molte ore al giorno; la regola del lettino comunque non fu sempre osservata, basti ricordare l'Uomo dei topi (Freud, 1909) che nei primi tempi camminava su e giù per la stanza, oppure l'analisi con Max Eitingon (proprio colui che fondò le regole del training classico), che in parte fu condotta da Freud passeggiando nei parchi di Vienna. Il lettino è stato giustificato (o razionalizzato) in vari modi, forse troppi, ad esempio: come una inibizione della motilità allo scopo di evitare la scarica dell'energia nel corpo e convogliarla nella parola, come un modo di concentrarsi su se stessi e aprirsi al proprio inconscio senza essere distratti dal vedere l'analista che in genere sta dietro (a rigore però questa giustificazione non è logica, perché basterebbe allora una poltrona, altrettanto comoda, girata con lo schienale verso l'analista), oppure ancora (come accenna Green, vedi Green, Kernberg & Migone, 2008, p. 226) perché per Freud la psicoanalisi rappresentava il modello del sogno, e così via (per una revisione della letteratura sull'uso del lettino in psicoanalisi, vedi Lingiardi & De Bei, 2008, pp. 319-335).

Ormai vi è un accordo quasi unanime sul fatto che anche il lettino può essere fonte di resistenza, non solo per il terapeuta, ma anche per il paziente, che per esempio può avere un desiderio eccessivo di sprofondarsi e crogiolarsi in esso; quello che è importante è analizzare perché, come e quando un paziente si sdraia o si siede (vi sono comunque colleghi che continuano a ritenere che il divano sia inscindibile dalla psicoanalisi; vedi Migone, 1998).

Selezione dei pazienti

Riguardo infine alla diagnosi dei pazienti adatti alla psicoanalisi, ormai solo una piccolissima minoranza di analisti ritiene che la tecnica standard possa essere applicata a tutti i pazienti, anche gravi, e si accettano comunemente delle modificazioni al setting classico. Anche questo criterio estrinseco dunque si è modificato, dietro la spinta dell'applicazione della psicoanalisi a diversi tipi di pazienti.

I criteri intrinseci

Quelli che secondo Gill andavano modificati erano invece i criteri intrinseci, e soprattutto il primo criterio, l'analisi del transfert, in quanto gli altri tre dipendono da esso. Le modifiche di questo primo criterio sono a loro volta inserite all'interno di una più ampia revisione teorica

della interazione tra paziente e analista: in breve, Gill è passato da una concezione “monopersonale” a una concezione “bipersonale” della situazione analitica (come si suol dire, da una *one body psychology* a una *two body psychology*), cioè a una visione da lui definita “relativistica e prospettica” della realtà interpersonale; nelle parole di Hoffman (1983), è passato da una concezione “asociale” a una concezione “sociale” della situazione analitica (Gill, 1984c p. 489, 1993). Mentre prima si tendeva a concepire il transfert come una distorsione della realtà alla luce del passato, in séguito Gill, in linea con la tradizione interpersonale che già da molti anni proponeva una simile revisione (a cominciare da Sullivan; vedi Greenberg & Mitchell, 1983), ritenne che il transfert non sia altro che una delle tante possibili formulazioni della realtà. In altre parole, il paziente parte sempre dagli stimoli che gli provengono dal setting e dal comportamento dell'analista per dare una lettura verosimile della realtà (questa concezione del transfert si è spostata sempre di più verso posizioni costruttivistiche: Hoffman [1991, 1998], che era uno stretto collaboratore di Gill, propose ad esempio una *social-constructivistic view* della situazione psicoanalitica; vedi anche Gill, 1991b, 1993, 1994).

Ma vediamo in dettaglio i passaggi teorici fatti da Gill riguardo alla modificazione dei quattro criteri intrinseci.

L'analisi del transfert e la neutralità dell'analista

Per quanto riguarda i primi due criteri intrinseci, l'analisi del transfert e la neutralità dell'analista, è ovvio che essi sono strettamente connessi: non concependo più il transfert come una pura e semplice ripetizione del passato, ma innanzitutto come una risposta, tra le tante possibili, al comportamento dell'analista, crolla anche il mito della neutralità analitica, la quale in origine presupponeva che l'analista potesse rimanere veramente fuori dal campo senza influenzare la produzione transferale del paziente (in altre parole, anche l'analista ha un suo transfert, che viene chiamato controtransfert). Dato che questa influenza esiste comunque, che lo si voglia o no, tanto vale esserne coscienti e analizzarla, altrimenti operiamo una suggestione involontaria sul transfert, e quindi una manipolazione non analizzata, e a rigore la psicoanalisi scivola in psicoterapia, con buona pace dell'analista “ortodosso”. Inoltre, nell'analisi del transfert si deve sempre partire dal “qui ed ora”, cercando di capire bene cosa prova o dice il paziente, anche a costo di fare domande. Non bisogna avere paura di evitare il silenzio, un atteggiamento che purtroppo è diventato tipico degli psicoanalisti,

poiché esso è andato diffondendosi come tecnica anche a partire dal presupposto che possa esistere la neutralità analitica, e che il terapeuta possa non influenzare il paziente se non si coinvolge attivamente nella interazione (il silenzio poi è stato spesso frainteso come una “tecnica” da applicare in quanto tale, col risultato che tanti analisti non si rendevano conto che si comportavano semplicemente da... maleducati). È impossibile non interagire col paziente: tanto vale esporsi comunque, e la nostra maggiore attività sarà comunque uno stimolo per il transfert del paziente che andrà analizzata, al pari dell'eventuale nostro silenzio o supposta neutralità, sempre vissuta anch'essa diversamente da caso a caso a seconda del transfert. A questo proposito riemerge nella mia memoria un ricordo che mostra bene l'intelligenza e anche l'ironia di Gill. Una volta disse a un gruppo di colleghi e collaboratori che si era finalmente convinto che esisteva la neutralità dell'analista; tutti rimasero sbigottiti, perché ciò andava contro a quello che lui aveva sempre insegnato, per cui gli chiesero cosa gli fosse successo, e che doveva spiegare come mai era giunto a questa strana conclusione, e allora Gill rispose così: “Quando un analista si convince davvero che non può mai essere neutrale, allora, solo in quel momento, può incominciare un po' ad esserlo”.

Tornando alla tecnica di Gill dell'analisi del transfert, bisogna quindi come prima cosa chiarire il più possibile il tipo di esperienza che il paziente ha del rapporto; il transfert esiste sempre, in ogni momento e anche in modo sottile, e il non riconoscerlo può produrre nei racconti del paziente un aumento di immagini transferali spostate su altre persone. Queste allusioni al transfert vanno analizzate tramite quella che Gill (1979; Gill & Hoffman, 1982) ha chiamato “interpretazione della resistenza alla consapevolezza del transfert”, differenziandola dalla “interpretazione della resistenza alla risoluzione del transfert”. Poi, dopo aver chiarito il vissuto del paziente, si procede in modo per certi versi opposto a quello tradizionale: invece di sottolineare come il transfert sia una distorsione del presente, si sottolinea come esso invece sia comprensibile data la situazione attuale col terapeuta. È con questo dettagliato lavoro sul “qui e ora” che il paziente può arrivare a capire come il suo transfert verosimile sia, appunto, *solo apparentemente verosimile*, e che potrebbe essere determinato anche da fattori interni dovuti al passato (come si può notare, in questo modo Gill recupera, per così dire, il concetto classico di transfert, cioè non critica del tutto il concetto, che mantiene una sua validità): è a questo punto che può emergere materiale genetico, cioè riguardante il passato, che va attentamente analizzato.

Non si dimentichi infine, come ha descritto bene tra gli altri Sandler (1976), che il paziente non si limita a percepire la situazione analitica transferalmente, ma inconsciamente induce il terapeuta a conformarsi al ruolo richiesto dal transfert, cioè stimola il suo controtransfert con una “risonanza di ruolo” (in altre parole, avviene una identificazione proiettiva; rimando a Migone, 1988, 1995 cap. 7). Queste osservazioni cliniche hanno portato vari autori a utilizzare il proprio controtransfert come un modo per “conoscere” il paziente (Heimann, 1950), o a considerare il paziente come “terapeuta del suo analista” (Searles, 1975), “interprete della esperienza dell’analista” (Hoffman, 1983), “supervisore inconscio” dell’analista (Langs, 1978), *coach* o “allenatore” del proprio terapeuta (Bugas & Silberschatz, 2005), e così via; L’idea dell’analista come “supervisore inconscio” è stata sviluppata a fondo da Langs, con cui Gill nei primi anni 1980 si sentiva vicino e si confrontò più volte, però Langs (1984) differisce a livello teorico poiché ritiene che il paziente percepisca correttamente l’inconscio del terapeuta, mentre secondo Gill (1984c, pp. 504-507) il paziente ne ha solo una visione verosimile tra le tante possibili.

Questa enfasi data da Gill all’analisi del presente potrebbe sollevare la critica che la sua tecnica porti a sottovalutare l’analisi del passato: ma Gill non trascurava il lavoro sul passato, parlava solo di priorità del presente rispetto al passato in quanto riteneva che una analisi volta primariamente al passato rischia di subire gli effetti duraturi della suggestione involontaria del presente, il quale permette di guardare al passato capendolo meglio e senza aggirare difensivamente il transfert. Si veda però qui l’interessante autocritica di Gill (1993) a proposito del pericolo che anche una eccessiva attenzione al presente possa non farci vedere bene il modo con cui il paziente percepisce l’interazione: «Ogni programma predeterminato da parte dell’analista è cera nel suo terzo orecchio» (p. 9; il “terzo orecchio” di cui qui parla Gill è un esplicito riferimento all’“ascolto col terzo orecchio” di cui parlava Theodor Reik [1948], metafora dell’ascolto psicoanalitico, a sua volta derivato dal terzo orecchio del letterato e dell’artista di cui parla Nietzsche [1886]).

La induzione di una nevrosi di transfert

Per quanto riguarda il terzo criterio intrinseco, anche qui Gill cambiò opinione in modo conseguente alle considerazioni fatte a proposito della influenza involontaria sul transfert da parte del setting e dell’analista. Gill sostenne che è stato sempre sottovalutato il comportamento

involontariamente suggestivo del terapeuta nell’indurre la nevrosi transferale, e che una analisi precoce del transfert, centrata sul presente, può modificare il quadro che tipicamente evolve nella cosiddetta nevrosi di traslazione. Inoltre egli mise bene in luce un paradosso presente nella teoria della tecnica classica: da un lato si ritiene che la nevrosi di transfert regressiva sia un fenomeno spontaneo e determinato internamente dal paziente, dall’altro si prevede un particolare setting per farla emergere, setting che, come si è visto (Migone, 1995, p. 64 ediz. del 2010), non a caso Ida Macalpine (1950) chiamò *infantile*. Gill però fa notare una contraddizione nella concezione della Macalpine (vedi anche Migone, 2003 p. 283-284 ediz. del 2021; Green, Kernberg & Migone, 2008, p. 220): se il transfert viene concepito come spontaneo e incontaminato dalla influenza del presente, perché allora dobbiamo aver bisogno di apposite misure per farlo emergere? Perché, in altre parole, dobbiamo “manipolarlo” con un “setting infantile”, cioè con il setting classico? Il transfert che emerge grazie al setting “classico” non sarebbe quindi una pura ripetizione del passato di fronte a un analista che funge da specchio (*blank screen*) o osservatore neutrale, ma una reazione a quel “setting infantile”, sarebbe cioè un “transfert infantile” (o, se vogliamo, un “transfert classico” provocato dal “setting classico”). Questa regressione sarebbe quindi una reazione al limite iatrogena, concettualmente simile all’ipnosi: niente di più lontano da quello che comunemente intendiamo per psicoanalisi. Molto belle sono le pagine di Gill in cui mostra come una psicoanalisi “classica” possa di fatto consistere in una “psicoterapia manipolatoria”, mentre una terapia monosettimanale e senza lettino nella quale si analizza attentamente il transfert possa essere definita a tutti gli effetti una “psicoanalisi” (si veda a questo riguardo il capitolo che mi fu chiesto per il *Festschrift* di Gill, che intitolai appunto “Una psicoanalisi sulla sedia e una psicoterapia sul lettino”: Migone, 2000).

Secondo Gill dunque il setting classico rischia di essere manipolatorio e suggestivo, nel senso che è volto a provocare una infantilizzazione del paziente, a creare artificialmente una nevrosi di transfert che poi ci illudiamo sia spontanea; quindi è indispensabile analizzare le ripercussioni sul transfert di questa infantilizzazione indotta, cosa quasi mai discussa nella letteratura. È una illusione che si possa veramente regredire a una nevrosi infantile, anzi, la nevrosi deve essere vissuta come si manifesta nel presente, e se occorrono misure speciali per farla rivivere, già queste misure di per sé stesse dimostrano che essa non è la riproduzione dell’infanzia ma prima di tutto la risposta a queste misure. Inoltre, d’accordo con alcune osservazioni

parzialmente fatte da Arlow (1975), Gill disse che non serve far regredire il paziente al di là di quella che è già la sua patologia, ma eventualmente occorre renderlo consapevole delle regressioni manifestate fino ad allora in modo mascherato. La eventuale comparsa di manifestazioni regressive, in una analisi che non si proponga di indurre una nevrosi transferale regressiva, dipende solo da un'accresciuta consapevolezza di materiale precedentemente rimosso; se ci proponiamo di indurre una ulteriore regressione oltre a quella mostrata dal paziente, i risultati positivi della terapia avvengono *nonostante* questa regressione, non *a causa* di essa. In sostanza, una certa pratica analitica classica induce una ulteriore regressione non solo inutile, ma dannosa, e Gill riteneva che questo fosse un criterio intrinseco tra i maggiormente bisognosi di revisione.

Connesso al concetto di regressione, vi è quello di associazioni libere, la cosiddetta regola aurea o fondamentale della psicoanalisi: anche questo concetto va rivisto, perché Gill dimostrò chiaramente che, come è facile immaginare, l'analisi è sempre una conversazione, mai un soliloquio, come peraltro ebbe a dire lo stesso Freud (1899 p. 485, 1926) quando affermò che le associazioni libere in realtà libere non sono, ma legate alle “rappresentazioni finalizzate” della malattia e della persona del terapeuta.

Uso privilegiato della interpretazione

Anche per quanto riguarda l'ultimo criterio intrinseco, Gill (1984b) rivide le sue posizioni del 1954, sostenendo che allora aveva sottolineato il primato dell'interpretazione nel tentativo di differenziare in modo netto la psicoanalisi dalla psicoterapia, perché questa era l'esigenza che allora sentiva. Aveva minimizzato l'altro fattore terapeutico, quello legato al rapporto con l'analista, basato su una nuova esperienza mai fatta prima: ma questa esperienza è anche quella con l'analista *nel momento in cui interpreta!* Si tratta comunque di un fattore terapeutico complesso, discusso anche da Strachey (1934), Loewald (1960), Dewald (1979) e altri, secondo i quali nel processo analitico esiste un altro aspetto importante oltre all'attività interpretativa, che è una nuova esperienza interpersonale, ineliminabile da esso. Si vedano anche le posizioni espresse già più di cinquant'anni prima da Ferenczi & Rank (1924) riguardo ai ruoli dell'esperire e del ricordare; e per quanto riguarda l'importanza data da Freud al rapporto affettivo come fattore curativo accanto a quello dell'interpretazione, si veda l'importante ricostruzione storica di Larry Friedman (1978; cfr. Migone, 1989, 1995 cap. 6).

La proposta di Gill: riassunto e implicazioni

L'unico vero fattore intrinseco che differenzia psicoanalisi e psicoterapia è l'analisi sistematica del transfert. Ma se da un lato in psicoterapia per definizione il transfert non viene interpretato ma manipolato, dall'altra in qualunque terapia, compresa la psicoanalisi, vi è una manipolazione per lo meno involontaria, e se questa non viene attentamente ricercata e interpretata si scivola di fatto in una psicoterapia. Non solo: se da una parte crolla il mito secondo il quale in psicoanalisi il transfert non viene manipolato, dall'altra si incrina anche quello secondo il quale in psicoterapia esso possa essere tranquillamente “controllato” o “regolato” adottando determinate misure (sedute meno frequenti, non utilizzo del lettino, maggiore attività e direttività, etc.; vedi a questo proposito Migone [1995 cap. 3, 2005, 2009] riguardo alle argomentazioni di certi terapeuti brevi). Un certo grado di manipolazione del transfert avviene comunque, e spesso in modo involontario da condizionarne l'espressione; interpretare poco il transfert, così come spesso si dice che andrebbe fatto in psicoterapia, limita la consapevolezza che può avere il paziente del proprio comportamento, ma non limita certo la possibilità che esso si manifesti. Questa concezione della psicoterapia, secondo la quale il transfert può essere regolabile con determinate manipolazioni del setting, è errata e speculare alla concezione della psicoanalisi classica secondo la quale si ritiene che la neutralità analitica può far emergere un transfert non manipolato. Come abbiamo visto, credere nella neutralità, arrivando a negare o a nascondere il proprio impatto emotivo, può solo portare a rendere il transfert implicito, così da permettergli di esercitare i suoi effetti senza accorgersene. Sembra così possibile risolvere l'annosa questione della differenza tra psicoanalisi e psicoterapia, non a caso discussa da decenni senza raggiungere conclusioni soddisfacenti (un esempio di queste discussioni è Wallerstein, 1969, 1988a, 1988b, 1989, 1990, 1993). La revisione teorica operata da Gill rende più coerenti i criteri intrinseci della psicoanalisi, e riduce molto le indicazioni della psicoterapia fino a quasi annullarle, in questo senso ritornando all'originario Freud il quale «praticava solo l'analisi, qualunque fossero le circostanze» (Gill, 1984b, p. 155 trad. del 1989). In questo modo la psicoanalisi diventa applicabile ai setting più diversi, e quindi sovrapponibile alla cosiddetta “psicoterapia psicoanalitica” o “terapia psicodinamica” (annullando

cioè, in modo salutare, la differenza tra psicoanalisi e psicoterapia, con importanti implicazioni istituzionali per quanto riguarda la supposta identità degli “psicoanalisti” e delle loro associazioni). Riguardo alla frequenza delle sedute, ad esempio, tutti i terapeuti esperti sanno bene che si può attivare un vero “processo analitico” anche a una volta alla settimana, mentre con determinati pazienti questo non accade neppure a quattro o cinque volte alla settimana, nel senso che non è certo un criterio estrinseco come la frequenza delle sedute a definire cosa sia o non sia la psicoanalisi.

Inoltre, un luogo comune della psicoanalisi classica è quello di ritenere che l'analisi debba essere “senza tempo”. Riscattando una dignità alle terapie brevi (cfr. Migone, 1995 cap. 3, 2005, 2009), Gill disse che è sbagliata una concezione della psicoanalisi del tipo “tutto o niente”: si può usare la tecnica analitica anche se l'analisi non sarà “completa”, poiché i benefici si accumulano progressivamente, e l'analisi può essere interrotta in vari momenti e non è detto che si perda quello che si è conquistato. Ed è anche sbagliato porre sia una meta ambiziosa predeterminata per i pazienti “classici nevrotici”, sia una meta limitata per gli altri: in entrambi i casi questi interventi possono condizionare, anche in modo silente, tutta la terapia. Se ad esempio si ha meno tempo a disposizione, come accade nelle terapie brevi o nel Servizio pubblico, se ne analizzeranno le ripercussioni sul transfert. Certamente, sottolineando il “qui e ora” si sposta a un secondo momento la eventuale ricostruzione del passato; ma questo non è necessariamente negativo, «infatti, checché se ne dica, nessuno può essere battuto *in absentia* o *in effigie*» (Freud, 1912, p. 531), nel senso che è il lavoro sul transfert quello più produttivo. Inoltre il procedere dalla superficie al profondo, proprio come diceva Fenichel (1941), aiuta a controllare meglio la regressione che non viene più ricercata in quanto tale.

Infine, alcune parole riguardo al training. Il training appare indispensabile, ma ci si può chiedere quando e quanto a lungo bisogna insegnare la psicoanalisi così come è stata ora ridefinita. Coerentemente con le premesse di Gill, bisogna evitare di porre il problema nei termini di insegnare o non insegnare la psicoanalisi agli psicoterapeuti, o di quando insegnarla (all'inizio o avanti nella formazione). Il fatto è che non si può evitare di usare la psicoanalisi (nella accezione intesa da Gill), quindi è meglio insegnarla a tutti gli psicoterapeuti fin dall'inizio, considerando che i più giovani l'apprenderanno meglio, e che ognuno la impiegherà secondo le proprie capacità. È un errore insegnare a un

principiante a star lontano dal transfert, perché ne è sempre coinvolto, ed è impossibile insegnargli a non gestire un transfert di cui si accorga. Non vi è un'alternativa all'insegnamento della psicoanalisi, concluse Gill, poiché essa è più facile da apprendersi della psicoterapia, la quale non offre una chiara teoria della tecnica riguardo a come comportarsi nei confronti delle ubiquitarie manifestazioni transferali.

Un esempio clinico: una “psicoanalisi sulla sedia” e una “psicoterapia sul lettino”

Per far capire meglio quali implicazioni cliniche può avere questa revisione teorica, voglio fare un breve esempio (vedi anche Migone, 1991 pp. 53-56, 1995 pp. 80-81 ediz. del 2010, 2000 pp. 221-223) dove si vede con molta chiarezza il ruolo giocato dai fattori intrinseci rispetto a quelli estrinseci, bene esemplificati con l'uso del lettino che ancora oggi da molti è considerato parte integrante del setting psicoanalitico e non di quello psicoterapeutico.

Si tratta di un episodio che mi accadde alcuni anni fa con una paziente, allora di 31 anni, in terapia trisettimanale *vis-à-vis*, che durante una fase difficile della terapia incominciò a mostrare, assieme a varie manifestazioni di cosiddetto “transfert negativo” (aggressività, sensazione di non essere capita, minacce di interruzione, etc.), una difficoltà a tollerare il contatto visivo con me, lamentando il fatto che la terapia era faccia a faccia mentre lei avrebbe preferito il lettino che le avrebbe permesso di sentirsi più “contenuta”, “protetta”, “rilassata”, di esprimere con minore difficoltà i suoi “veri sentimenti”, e così via.

L'elaborazione interpretativa di questa situazione comportava, tra le altre cose, le seguenti considerazioni. I genitori della paziente, che non erano sposati, si erano lasciati poco prima della sua nascita; il padre avrebbe voluto che la madre abortisse, e si rifiutò di riconoscere la figlia. Per una serie di litigi che non erano mai stati chiariti né capiti a fondo dalla paziente, da allora erano cessati del tutto i rapporti col padre. Questi, che era di classe sociale molto superiore a quella della madre, viveva nella stessa città, e qualche volta si incontravano per strada, ma sempre facendo finta di non conoscersi. I sentimenti della paziente erano di forte aggressività, mista a paura, affetto, e sentimenti di inferiorità e vergogna causati dalla ambivalente fantasia che il padre per un qualche motivo avesse “fatto bene” ad abbandonarla, o che comunque avesse

avuto le sue ragioni. Naturalmente la paziente avrebbe potuto prendere l'iniziativa e andare a parlare col padre, ma ne era impossibilitata per una forte paura di esplodere di rabbia verso di lui. Inoltre l'avvicinarsi al padre avrebbe comportato una rottura della *loyalty* con la madre, con cui viveva ancora insieme e cui era molto legata, la quale per problemi propri non era stata capace di elaborare il rapporto con lui e per motivi di orgoglio aspettava che fosse lui a fare il primo passo (la paziente cioè non se la sentiva di "tradire" la madre, che non voleva più avere a che fare col padre di sua figlia). Inutile dire che questa situazione pesava come un lutto non risolto per la paziente, avendo contribuito per esempio a crearle una forte inibizione a farsi una famiglia e ad avere essa stessa un figlio nonostante le molte occasioni che le si erano presentate, poca assertività nel fare carriera, un forte senso di inferiorità, indegnità di meritare i diritti di tutti gli altri, etc.

Questa problematica, tra l'altro, era qui ben razionalizzata anche dal fatto che la paziente ambivalentemente svalutava me – e, a ben vedere, anche se stessa – per il fatto che non usando il lettino secondo lei io non le facevo una "psicoanalisi" ma una "psicoterapia" (la paziente era una collega), anche perché io ero un terapeuta indipendente dall'associazione psicoanalitica "ufficiale", la quale sola la avrebbe finalmente "riconosciuta" e "legittimata"; ma ero ben consapevole che nella sua ambivalenza lei aveva scelto proprio me perché sapeva bene che, in un certo senso, ero un suo alleato in quanto anch'io ai suoi occhi ero un "non riconosciuto" dall'associazione psicoanalitica "ufficiale"...

Ebbene, con molta probabilità dietro a questa difficoltà del contatto emotivo e visivo diretto con me c'era anche quella a provare ed esprimere tutti i dolorosi sentimenti ambivalenti verso il padre (odio, amore, etc.). La richiesta del lettino poteva significare anche un ripetere il dramma del "non rapporto" col padre, e se avessi accettato di introdurre questo cambiamento, forse avrei dato inconsciamente alla paziente l'immagine di un padre che non voleva fare veramente i conti con la forza delle emozioni che la paziente appunto voleva evitare: si può far l'ipotesi che in questo caso io sarei stato "risucchiato" dal transfert della paziente, la quale sarebbe riuscita ad evocare inconsciamente in me la "risonanza di ruolo" (Sandler, 1976) evocata dal transfert.

Ma non voglio soffermarmi sull'analisi di queste ipotesi psicodinamiche, perché sono facilmente alla portata di qualunque terapeuta esperto. Quello che voglio discutere è il ruolo degli elementi del setting nella logica interpretativa. Nel caso in questione fortunatamente il lavoro interpretativo, incentrato sul significato inconscio della sua richiesta del lettino, riuscì a sbloccare la paziente e a farle evocare tutta una serie di ricordi e sentimenti dolorosi, sia su di sé che sul padre, facendo così procedere la terapia positivamente.

Ma supponiamo che il mio lavoro non fosse riuscito, che cioè la paziente non avesse retto nel rapporto faccia a faccia con me e avesse minacciato di interrompere la terapia se non la mettevo sul lettino: in questo caso, quale sarebbe stata la condotta da seguire? Pongo questa domanda qui solo come esercizio teorico, e supponendo ovviamente che l'analisi da me fatta sulla genesi delle resistenze della paziente sia corretta. Una possibilità in effetti sarebbe stata, seguendo Eissler (1953), quella di introdurre, a causa della "debolezza dell'Io" della paziente, un "parametro" nella "psicoanalisi con la sedia" e metterla in "psicoterapia col lettino" per continuare il lavoro, fino a quando non si riuscisse ad eliminare il parametro (il lettino) per poi farla ritornare alle condizioni della mia tecnica di base (che in questo caso comportava l'uso della sedia). Così, paradossalmente, qui la psicoanalisi si sarebbe fatta con la sedia e la psicoterapia col lettino, reso necessario dalla paziente per la quale non era sufficiente il lavoro di interpretazione verbale sulla difficoltà a guardarmi in faccia, per cui avrebbe richiesto un "agito", cioè l'introduzione di un parametro proprio secondo la concezione di Eissler.

Trovo questo esempio utile, anche perché in modo divertente capovolge i termini del problema delle differenze tra psicoanalisi e psicoterapia così come sono intese se si considerano solo i criteri estrinseci, e nel contempo ci fa pensare a quale può essere il rischio che si corre in molte psicoanalisi "ortodosse", dove si può scivolare in una psicoterapia "manipolatoria" nella misura in cui, proprio come disse Gill, permettiamo che parte del materiale clinico sfugga dal lavoro interpretativo se crediamo nella neutralità e nella universalità del setting classico.

Conclusioni

Oggi non è più possibile riposare su precedenti certezze riguardo alle differenze tra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica. Al contrario, anche nella psicoanalisi ufficiale è ormai diffusa una crescente consapevolezza, sulla scia delle intuizioni di vari pionieri della psicoanalisi (Sullivan, 1940, 1953; Alexander *et al.*, 1946; Fromm-Reichmann, 1950; etc.), di quanto sia più corretta una concezione trasversale della psicoanalisi (Galli, 1985, 1986, 1992, 2006), la quale fa ormai parte del bagaglio teorico non solo della psicoterapia ma anche della psichiatria, permettendo di rompere vecchi steccati e di raggiungere una gamma di pazienti e situazioni terapeutiche precedentemente considerate escluse (Servizio pubblico, pazienti più gravi, sedute a frequenza monosettimanale o addirittura variabile, setting di gruppo, emergenze, terapie brevi, etc.).

Da questa prospettiva, si può ipotizzare che il continuo tentativo da parte delle associazioni psicoanalitiche di differenziare psicoanalisi e psicoterapia risponda essenzialmente a esigenze monopolistiche e anti-competitive, per mantenere artificialmente elevate le tariffe dei cosiddetti “psicoanalisti” i quali andrebbero differenziati a livello di mercato (per un approfondimento, rimando a Migone, 1995 pp. 327-328 ediz. del 2010, 2001).

Vorrei terminare lasciando comunque aperto il discorso con una domanda che, a ben vedere, rimane di non facile risposta: perché questa revisione teorica della psicoanalisi, le cui premesse erano già chiare da vari decenni come implicazioni dell'approccio interpersonale già teorizzato da Sullivan dagli anni 1920-30, è stata fatta solo alla fine degli anni 1970? Personalmente non sono riuscito a trovare una risposta convincente a questa domanda, nel senso che mi sembra riduttivo attribuire le ragioni di questo ritardo solamente a fattori sociologici (paura di andare contro l'autorità, minaccia all'identità professionale con ovvie implicazioni economiche, etc., mentre oggi, a causa della crisi della psicoanalisi, può essere vantaggioso prendere queste posizioni per opportunismo): molti analisti e teorici americani non dipendevano dalla pratica professionale per la propria sopravvivenza economica, e avevano una sufficiente autonomia di pensiero da non farsi condizionare dalle pressioni, anche sottili, della psicoanalisi organizzata. Inoltre, fatto ancor più curioso, molti analisti “progressisti” o su posizioni politiche apertamente radicali, sia in Europa che negli Stati Uniti, sono fermamente rimasti su posizioni ortodosse a livello teorico, mostrando quindi anch'essi una forma di sudditanza culturale (si vedano a questo proposito anche alcune osservazioni di Arnie Richards [2016, pp. 541-543 trad. it.] sulla storia dell'estrema sinistra nella psicoanalisi americana).

Non riuscendo quindi a darmi una risposta soddisfacente, ho voluto discutere questo problema con lo stesso Gill, il quale mi diede questa sua spiegazione: la cultura da lui definita come “oggettivante”, basata su una “psicologia monopersonale” e derivata dall'approccio

medico (cfr. Migone, 1987, 1995 cap. 15), è stata così pesante e ha talmente impregnato la cultura psicoanalitica, soprattutto nordamericana, che ha reso impossibile a tanti analisti della sua generazione di riuscire a compiere questa revisione teorica.

Ho trovato interessante la risposta di Gill, anche se ho ancora delle perplessità sul fatto che questa sia la vera spiegazione di questo ritardo.

Bibliografia

- Albarella C. & Donadio M., a cura di (1986). *Il controtransfert*. Napoli: Liguori.
- Alexander F. (1956). *Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Norton.
- Alexander F., French T.M. et al. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*. New York: Ronald Press (trad. it. dei capitoli 2, 4 e 17: Alexander F., La esperienza emozionale correttiva. *Psicoterapia e scienze umane*, 1993, 27, 2: 85-101. Edizione su Internet con una introduzione di Paolo Migone: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/alexan-1.htm).
- Arlow J.A. (1975). Discussion of paper by M. Kanzer: The therapeutic and working alliance. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 4: 69-73.
- Bornstein M., editor (1984). Commentaries on Merton Gill's *Analysis of Transference* [contributi di Bornstein, Holt, Wallerstein, Richards, Sandler, Nasio, Wolf, Skolnikoff, Steiner, Langs, Gill]. *Psychoanalytic Inquiry*, IV, 3.
- Dewald P. (1979). Panel on conceptualizing the nature of the therapeutic action of psychoanalysis (Nemetz J., reporter). *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 1: 127-144.
- Eissler K.R. (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1, 1: 104-143 (trad. it.: Effetto della struttura dell'Io sulla tecnica psicoanalitica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1981, 15, 2: 50-79. Edizione su Internet con una introduzione di Paolo Migone: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/eiss53-1.htm).

- Fenichel O. (1941). *Problems of Psychoanalytic Technique*. New York: The Psychoanalytic Quarterly Inc. (trad. it.: *Problemi di tecnica psicoanalitica*. Torino: Boringhieri, 1974) pp. 201-216. Nuova trad. it. completa dall'originale tedesco, con una Postfazione di Michael Turnheim: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2012, 46, 4: 487-538).
- Freud S. (1899 [1900]). L'interpretazione dei sogni. *Opere*, 3. Torino: Boringhieri, 1966.
- Ferenczi S. & Rank O. (1924). *Entwicklungsziele der Psychoanalyse* (1923). Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1924 (trad. it. dei capitoli 1, 3 e 5 dalla traduz. francese: Prospettive di sviluppo della psicoanalisi. In: *Fondamenti di psicoanalisi, Vol. III*. Rimini: Guaraldi, 1974, pp. 175-193; riedizione in: *Opere*, 1919/1926, vol. III. Milano: Raffaello Cortina, 1992).
- Freud S. (1909). Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva (Caso clinico dell'Uomo dei topi). *Opere*, 6: 1-124. Torino: Boringhieri, 1974.
- Freud S. (1912). Dinamica della traslazione. *Opere*, 6: 523-531. Torino: Boringhieri, 1974.
- Freud S. (1913). Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi: 1. Inizio del trattamento. *Opere*, 7: 333-352. Torino: Boringhieri, 1975.
- Freud S. (1913). Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi: 1. Inizio del trattamento. *Opere*, 7: 333-352. Torino: Boringhieri, 1975.
- Freud S. (1926). Il problema dell'analisi condotta da non medici. Conversazione con un interlocutore imparziale. *Opere*, 10: 347-415. Torino: Boringhieri, 1978.
- Friedman L. (1978). Trends in psychoanalytic theory of treatment. *Psychoanalytic Quarterly*, 47, 4: 524-567. Anche in: *The Anatomy of Psychotherapy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1988, chapter 4, pp. 44-73 (trad. it.: **Aspetti descrittivi della teoria: le tendenze presenti nella teoria psicoanalitica della cura**. In: *Anatomia della psicoterapia*. Torino: Bollati Boringhieri, 1993, cap. 4, pp. 55-91).
- Friedman L. (1991). Forma e sostanza del trattamento psicoanalitico. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1993, 27, 2: 5-16.
- Fromm-Reichmann F. (1950). *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press (trad. it.: *Principi di psicoterapia*. Milano: Feltrinelli, 1962).
- Galli P.F. (1986b). Psicoterapia, formazione e specialismo. In: Minguzzi G.F., a cura di, *Il divano e la panca. Psicoterapia tra privato e pubblico*. Milano: FrancoAngeli, 1986, pp. 242-245. Anche in: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2016, L, 4: 650-652.
- Galli P.F. (1985). Le ragioni della clinica. In: Trentini G.C. & Vigna C., a cura di (con la collaborazione di Massimo Bellotto e Lucio Cortella), *La qualità dell'uomo. Psicologi e filosofi a confronto* (Atti del Convegno tenuto a Venezia il 24-26 maggio 1985). Milano: FrancoAngeli, 1988, pp. 143-149. Una versione modificata è apparsa in: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1988, 22, 3: 3-8 (trad. inglese: The rationale of the clinical process. *Trauma and Memory*, 2017, 5, 2: 55-59. Internet: www.eupsycho.com/index.php/TM/article/view/140).
- Galli P.F. (1986). Psicoterapia, formazione e specialismo. In: Minguzzi G.F., a cura di, *Il divano e la panca. Psicoterapia tra privato e pubblico*. Milano: FrancoAngeli, 1986, pp. 242-245. Anche in: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2016, 50, 4: 650-652.
- Galli P.F. (1990). "Psychoanalysis as the story of a crisis". Relazione al Rapaport-Klein Study Group Annual Meeting, Austen Riggs Center, Stockbridge, Massachusetts, 10 giugno 1990. Internet: www.psychomedia.it/rapaport-klein/galli90.htm (versioni italiane: Le psicoanalisi e la crisi della psicoanalisi. *Ricerche di Psicologia*, 1990, XIV, 4: 39-58; Canestrari R. & Ricci Bitti P.E., a cura di, *Freud e la ricerca psicologica*. Bologna: Il Mulino, 1993, pp. 173-188; Galli P.F., *La persona e la tecnica. Appunti sulla pratica clinica e la costruzione della teoria psicoanalitica*. Milano: Il Ruolo Terapeutico, 1996, pp. 57-75 [nuova edizione: Milano: FrancoAngeli, 2002, pp. 53-67]. Versione tedesca: Die Psychoanalysen und die Krise der Psychoanalyse. In: Kuster M., a cura di, *Entfernte Wahrheit. Von der Endlichkeit der Psychoanalyse*. Tübingen: Diskord, 1992, pp. 146-165. Versione inglese: Crisis of psychoanalysis? From the scientific solution to the semantic perspective. *Italian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 1994, IV, 1: 23-28).
- Galli P.F. (1992). *La persona e la tecnica. Appunti sulla pratica clinica e la costruzione della teoria psicoanalitica*. Milano: Il Ruolo Terapeutico, 1996 (nuova edizione: Milano: FrancoAngeli, 2002).

- Galli P.F. (2006). Tecnica e teoria della tecnica in psicoanalisi tra arcaico e postmoderno. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 40, 2: 153-164. Anche in: Di Sauro R., Maltese M. & Mura A., a cura di, *Principi di terapia psicodinamica*. Prefazione di Giulio Cesare Zavattini. Roma: Aracne, 2019, Vol. II, pp. 379-420. Trad. inglese in: Method, technique, and theory in psychoanalysis. *Trauma and Memory*, 2016, 4, 1: 48-59. Internet: www.eupsycho.com/index.php/TM/article/view/66.
- Gill M.M. & Hoffman I.Z. (1982). *The Analysis of Transference. Vol. 2: Studies of Nine Audio-Recorded Psychoanalytic Sessions*. New York: International Universities Press.
- Gill M.M. (1954). Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 4: 771-797.
- Gill M.M. (1963). *Topography and Systems in Psychoanalytic Theory (Psychological Issues, 10)*. New York: International Universities Press (trad. it.: *Il modello topico nella teoria psicoanalitica*. Torino: Boringhieri, 1979).
- Gill M.M. (1976). Metapsychology is not psychology. In: Gill M.M. & Holzman P.S., editors, *Psychology versus Metapsychology: Essays in Memory of George S. Klein*. New York: International Universities, 1976, pp. 71-105.
- Gill M.M. (1979). The analysis of the transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27 (Suppl.): 263-288.
- Gill M.M. (1982). *The Analysis of Transference. Vol. 1: Theory and Technique*. New York: International Universities Press (trad. it.: *Teoria e tecnica dell'analisi del transfert*. Roma: Astrolabio, 1985).
- Gill M.M. (1983a). The interpersonal paradigm and the degree of the therapist's involvement. *Contemporary Psychoanalysis*, 19, 2: 202-237 (trad. it.: Il paradigma interpersonale e la misura del coinvolgimento del terapeuta. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1995, 29, 3: 5-44).
- Gill M.M. (1983b). The point of view of psychoanalysis: energy discharge or person. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6, 4: 523-551.
- Gill M.M. (1984a). The range of applicability of psychoanalytic technique. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 10: 109-116.
- Gill M.M. (1984b). Psychoanalysis and psychotherapy: A revision. *International Review of Psychoanalysis*, 11, 2: 161-179 (trad. it.:
- Psicoanalisi e psicoterapia: una revisione. In Del Corno F. & Lang M., a cura di, *Psicologia Clinica. Vol. 4: Trattamenti in setting individuale*. Milano: FrancoAngeli, 1989, pp. 128-157; II ediz.: 1999, pp. 206-236). Edizione su Internet con una introduzione di Paolo Migone: www.priory.com/ital/10a-Gill.htm (dibattito: www.psychomedia.it/pm-lists/debates/gill-dib-1.htm).
- Gill M.M. (1984c). Transference: A change in conception or only in emphasis? *Psychoanalytic Inquiry*, IV, 3: 489-523 (in: Bornstein, 1984).
- Gill M.M. (1990). Psychoanalysis and psychotherapy (2 letters to the Editor). *International Journal Psychoanalysis*, 1991, 72, 1: 159-161, 164-165.
- Gill M.M. (1991a). Merton Gill speaks his mind. *The American Psychoanalyst*, 1: 17-21.
- Gill M.M. (1991b). Indirect Suggestion: A response to Oremland's *Interpretation and Interaction*. In: Oremland J.D., *Interpretation and Interaction. Psychoanalysis or Psychotherapy?* Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1991, pp. 137-163.
- Gill M.M. (1993). Tendenze attuali in psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 27, 3: 5-26.
- Gill M.M. (1994). *Psychoanalysis in Transition: A Personal View*. Hillsdale, NJ: Analytic Press (trad. it.: *Psicoanalisi in transizione*. Milano: Raffaello Cortina, 1996).
- Gill M.M. & Muslin H.L. (1976). Early interpretation of transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 4: 779-794.
- Green A., Kernberg O.F. & Migone P. (2008). Un dialogo sulla differenza tra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2009, 43, 2: 215-234. Milano: Raffaello Cortina, 1988, pp. 73-104).
- Migone P. (1981). Considerazioni sugli sviluppi della psicoanalisi negli Stati Uniti. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 15, 2: 45-49.
- Migone P. (1987). Cronache psicoanalitiche: l'azione legale degli psicologi americani contro l'istituzione psicoanalitica per il diritto alla formazione. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 21, 4: 83-89. Una versione del 1990 su Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt53-54.htm.

- Migone P. (1988). La identificazione proiettiva. *Il Ruolo Terapeutico*, 49: 13-21. Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt49ip88.htm. Anche in Migone, 1995, cap. 7.
- Migone P. (1989). La teoria psicoanalitica dei fattori curativi (1988). *Il Ruolo Terapeutico*, 52: 40-45. Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt52-89.htm. Anche in Migone, 1995, cap. 6.
- Migone P. (1991). La differenza tra psicoanalisi e psicoterapia: panorama storico del dibattito e recente posizione di Merton Gill. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 25, 4: 35-65 (un'altra versione, dal titolo "Esiste ancora una differenza tra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica?", è uscita su *Il Ruolo Terapeutico*, 1992, 59: 4-14. Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt59pip.htm). Anche in Migone, 1995, cap. 4.
- Migone P. (1994). "Short-term vs. long-term psychoanalytic therapy: A theoretical analysis of the dose-effect problem". Relazione letta allo *Stuttgart Kolleg* "Dose-Effect Relations in Psychotherapy", organizzato dalla *Forshungsstelle für Psychiherapie Stuttgart* e dalla *Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm*, Stoccarda, 25-27 giugno 1994.
- Migone P. (1995). *Terapia psicoanalitica. Seminari*. Milano: FrancoAngeli (nuova edizione: 2010) (www.francoangeli.it/Ricerca/scheda_libro.aspx?Id=4410).
- Migone P. (1998). Chi ritiene indissolubile il binomio divano/psicoanalisi si pone fuori dalla logica psicoanalitica. *Il Ruolo Terapeutico*, 78: 16-21. Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt78le98.htm.
- Migone P. (2000). A psychoanalysis on the chair and a psychotherapy on the couch. Implications of Gill's redefinition of the differences between psychoanalysis and psychotherapy. In: Silverman D.K. & Wolitzky D.L., editors, *Changing Conceptions of Psychoanalysis: The Legacy of Merton M. Gill*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 2000, pp. 219-235 (trad. spagnola: El psicoanálisis en el sillón y la psicoterapia en el diván. Implicaciones de la redefinición de Gill sobre las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia. *Intersubjetivo. Revista de Psicoterapia Psicoanalítica y Salud*, 2000, 2, 1: 23-40).
- Migone P. (2001). La differenza tra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica è solo una questione politica. *Il Ruolo Terapeutico*, 86: 17-20. Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt86pp01.htm
- Migone P. (2003). La psicoterapia con Internet. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 37, 4, 57-73 (Ristampa: 2021, 55, 2: 275-292). Edizione su Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/pst-rete.htm.
- Migone P. (2005). Terapeuti "brevi" o terapeuti "bravi"? Una critica al concetto di terapia breve. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 39, 3: 347-370. Dibattito: Risposta agli interventi di Osimo e di Bartoletti. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2005, 39, 4: 537-548.
- Migone P. (2009). "What does 'brief' mean? A theoretical critique of the concept of short-term psychotherapy" (Relazione all'incontro annuale del *Rapaport-Klein Study Group, Austen Riggs Center*, Stockbridge, Massachusetts, 12-14 giugno 2009). Poi pubblicata: What does "brief" mean? A theoretical critique of the concept of brief therapy from a psychoanalytic viewpoint. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2014, 64, 4: 631-656.
- Nietzsche F.W. (1886). *Jenseits von Gut und Böse*. Leipzig: Naumann (trad. it.: Al di là del bene e del male. In: *Opere complete*. Milano: Adelphi, 1974).
- Pribram K. & Gill M.M. (1976). *Freud's Project Reassessed*. London: Hutchinson (trad. it.: *Freud neurologico. Studio sul "Progetto di una psicologia"*. Torino: Boringhieri, 1978).
- Rapaport D. & Gill M.M. (1959). The points of view and assumptions of metapsychology. *International Journal of Psychoanalysis*, 40, 3/4: 153-162. Anche in: Gill M.M., editor, *The Collected Papers of David Rapaport*. New York: Basic Books, 1967, cap. 62, pp. 795-811 (trad. it.: I punti di vista e gli assunti della metapsicologia. In: Rapaport, 1967, cap. XXIV, pp. 514-530).
- Rapaport D. (1967). *The Collected Papers of David Rapaport* (Gill M.M., editor). New York: Basic Books (trad. it.: *Il modello concettuale della psicoanalisi. Scritti 1942-1960*. Milano: Feltrinelli, 1977).

- Rapaport D., Gill M.M. & Schafer R. (1945-46). *Diagnostic Psychological Testing*. Chicago, IL: Yearbook Publishers. New York: International Universities Press, 1968 (ediz. riveduta a cura di R.R. Holt) (trad. it.: *Reattivi psicodiagnostici*. Torino: Boringhieri, 1975).
- Reik Th. (1948). *Listening with the Third Ear: The Inner Experience of a Psychoanalyst*. New York: Grove Press.
- Richards A.D. (2016). The left and far left in American psychoanalysis: Psychoanalysis as a subversive discipline. *Contemporary Psychoanalysis*, 52, 1: 111-129 (trad. it.: La sinistra e l'estrema sinistra nella psicoanalisi americana: la psicoanalisi come disciplina sovversiva. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2020, 54, 4: 529-548. Al termine dell'articolo (pp. 545-547) vi è un *Post Scriptum* aggiunto dall'Autore il 19 ottobre 2020, con alcuni aggiornamenti).
- Sandler J. (1976). Countertransference and role responsiveness. *International Review of Psychoanalysis*, 3, 1: 43-47 (trad. it.: Controtransfert e risonanza di ruolo. In: Albarella & Donadio, 1986, pp. 189-197).
- Searles H.F. (1975). The patient as therapist to his analyst. In: Giovacchini P.L., editor, *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Therapy. Vol. II: Countertransference*. New York: Aronson, 1975, pp. 95-151.
- Silberschatz G. & Bugas J. (2005). How patients coach their therapists. In: Silberschatz G., editor, *Transformative Relationships. The Control-Mastery Theory of Psychotherapy*. New York: Brunner-Routledge, 2005, cap. 9, pp. 153-167.
- Stone L. (1954). The widening scope of indications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 4: 567-594 (trad. it.: L'ampliamento del raggio delle indicazioni per la psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2000, 34, 3: 107-121 [I parte], e 4: 121-139 [II parte]).
- Strachey J. (1934). The nature of the therapeutic action in psychoanalysis. *International Journal Psychoanalysis*, 15: 127-159 (ristampa: *International Journal Psychoanalysis*, 1969, 50, 3: 275-292) (trad. it.: La natura dell'azione terapeutica della psicoanalisi. *Rivista di Psicoanalisi*, 1974, 20: 92-126 Sullivan H.S. (1940). *Conceptions of Modern Psychiatry*. New York: William Alanson White Psychiatric Foundation (trad. it.: *La moderna concezione della psichiatria*. Milano: Feltrinelli, 1961).
- Sullivan H.S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton (trad. it.: *La teoria interpersonale della psichiatria*. Milano: Feltrinelli, 1962).
- Wallerstein R.S. (1969). Introduction to panel on psychoanalysis and psychotherapy: the relationship of psychoanalysis to psychotherapy – Current issues. *International Journal Psychoanalysis*, 50, 1: 117-126.
- Wallerstein R.S. (1988a). Psychoanalysis and psychotherapy: Relative roles reconsidered. *Annual of Psychoanalysis*, 16: 129-151.
- Wallerstein R.S. (1988b). Letter to the Editor. *The New York Times*, December 24
- Wallerstein R.S. (1989). Psychoanalysis and psychotherapy: An historical perspective. *International Journal Psychoanalysis*, 70, 4: 563-591 (vedi un riassunto in: Migone, 1995, pp. 75-79 ediz. del 2010).
- Wallerstein R.S. (1990). Psychoanalysis and psychotherapy (2 letters to the Editor). *International Journal Psychoanalysis*, 1991, 72, 1: 161-164, 165-166.
- Wallerstein R.S. (1993). *Psicoanalisi e psicoterapia*. Milano: FrancoAngeli.

Parole chiave

Nella Guidi; Merton M. Gill; Analisi del transfert; Differenza tra psicoanalisi e psicoterapia; Teoria della tecnica psicoanalitica; Definizione di psicoanalisi

Keywords

Nella Guidi; Merton M. Gill; Analysis of transference; Difference between psychoanalysis and psychotherapy; Theory of psychoanalytic technique; Definition of psychoanalysis

Autore

Paolo Migone è condirettore della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* (www.psicoterapiaescienzeumane.it). Si è formato in psichiatria e psicoanalisi in Italia e negli Stati Uniti. Tra le altre cose, ha fondato le sezioni italiane della *Society for Psychotherapy Research* (SPR) e della

Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI), ed è membro dell'editorial board del *Journal of the American Psychoanalytic Association* e di *Psychological Issues*.

Recapito: Via Palestro 14, 43123 Parma, tel. 0521-960595
e-mail <paolo.migone@unipr.it>.

Sintesi

Viene discussa la concezione dell'“analisi del transfert” di Merton M. Gill e approfondito il problema della differenza tra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica, mostrando come sia indispensabile partire da una prospettiva storica e sociologica per comprendere gli sviluppi della psicoanalisi e il modo con cui si è costruita la identità della psicoanalisi. Vengono presentate in dettaglio le posizioni di Merton Gill dei primi anni 1980, che si sono modificate rispetto a quelle da lui stesso sostenute una trentina di anni prima. La revisione operata da Gill coinvolge gli stessi criteri intrinseci della psicoanalisi, riscoprendo le intuizioni fatte da alcuni pionieri della psicoanalisi vari decenni prima (Sullivan, Alexander, Fromm-Reichmann etc.), e permettendo di ampliare i limiti della applicazione della psicoanalisi rimanendo coerente con il principio teorico della centralità della analisi del transfert.

Abstract

Merton M. Gill's conception of "analysis of transference" is discussed, and the problem of the difference between psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy is explored, showing how it is essential to have a historical and sociological perspective in order to understand the developments of psychoanalysis and the way the identity of psychoanalysis was constructed. Merton Gill's positions of the early 1980s are presented in detail; these positions have changed compared to those he himself had thirty years earlier. Gill's revision involves the intrinsic criteria of psychoanalysis, rediscovering the intuitions made by some psychoanalytic pioneers several decades earlier (Sullivan, Alexander, Fromm-Reichmann, etc.), and allowing the limits of the application of psychoanalysis to be expanded while remaining consistent with the theoretical principle of the centrality of the analysis of transference.