

---

## **Salutare Lia. Partire dai concetti di transfert e controtransfert per riflettere su una lettura interattiva tra i due sistemi paziente e analista<sup>1</sup>**

*Laura Corbelli\**

**SOMMARIO.** – Questo lavoro intende mettere in luce la possibilità di una lettura interattiva della diade analista paziente. L'interazione, per come intesa da Psicoanalisi della Relazione, supera la tradizionale visione transfert/controtransfert per riposizionare i vissuti del soggetto e del terapeuta all'interno di una cornice d'incontro, propriamente relazionale. Per riflettere su questa prospettiva quindi si prenderanno brevemente in considerazione la definizione e la rilettura critica dei concetti di transfert e controtransfert freudianamente intesi.

*Parole chiave:* Transfert; controtransfert; relazione; psicoanalisi della relazione; rapporto analitico; terapia

Prima di cominciare è doverosa da parte di chi scrive una nota per il lettore: in questo lavoro utilizzerò i termini di analista e terapeuta come sinonimi, partendo dall'idea che se un individuo chiede aiuto ad uno psicoanalista, lo vedrà come qualcuno in grado di aiutarlo e probabilmente proteso a guarirlo, a mettere in atto con lui una terapia. Mi colloco quindi volontariamente fuori dall'annosa e ancora spesso diffusa differenza tra analista/psicoanalista e terapeuta/psicoterapeuta. Considero in questo lavoro i termini come sinonimi avvalendomi dell'autorevole, insolito e poco citato punto di vista del paziente, anche se come diceva già Freud (Cfr. sull'argomento Minolli, 2009, pg. 165) potremmo lecitamente chiederci se, a differenza del paziente, l'analista abbia effettivamente voglia di analizzare quel paziente o, permettendomi io di giocare a scambiare le parole, di divenirne anche il terapeuta.

---

\*Laura Corbelli è psicologa clinica e psicoanalista SIPRe. Docente SIPRe. Referente dello sportello "Gioco Responsabile" per l'Ente di Stato dei Giochi della Repubblica di San Marino. E-mail: laurac@omniway.sm

<sup>1</sup>Questo scritto nasce dall'elaborazione di un lavoro risalente a qualche anno fa, messo a punto per discutere l'argomento su proposta del dott. Michele Minolli, alla scuola di specializzazione di psicoanalisi della relazione (SIPRe).

## Incontrarsi e rapportarsi

In terapia, come nella vita, esistono diversi momenti. Ci si incontra, si parla, ci si conosce. Man mano che si diventa più intimi si prova anche affetto verso l'altro. Questo affetto segue, o può seguire, una gradazione che va dalla semplice simpatia alla compassione, all'amore più o meno intenso o all'antipatia e all'odio. Questa è la condizione normale di ogni relazione, che chiunque sperimenta e che 'normalmente' non desta problema. Perché, allora, qualcosa che abitualmente non genera preoccupazione, la solleva se quella relazione si chiama 'rapporto analitico'? Non siamo sempre in presenza di due persone che si incontrano, parlano, si conoscono fino a diventare nel tempo più intimi? Quando ho visto Lia nel mio studio per la prima volta, posso dire di aver provato calore, un affetto sincero per lei dopo dieci minuti che parlava. Un calore non diverso da quello che altre volte ho provato con persone che ho conosciuto in altro modo. Ma certamente è evidente che, se la manifestazione d'affetto tra terapeuta e paziente crea pensiero, a volte preoccupazione e se ne discute, qualche differenza tra la relazione analitica e le normali relazioni c'è. La prima ad esempio è che in questo tipo di relazione (cioè quella analitica) una delle due persone parla, racconta di sé, di casa sua, della sua vita, l'altra no. Principalmente ascolta. Lia infatti era intenta a dirmi dei suoi attacchi di panico, della sua ansia, del marito che si spaventava e della mamma che non concepiva come fosse possibile, mentre io non raccontavo per contro di quando anche a me fosse capitato di essere molto in ansia senza che nessuno se ne accorgesse o lo ritenesse possibile. A livello di modalità di scambio verbale, se così possiamo dire, viene quindi a crearsi una sproporzione rispetto alla comunicazione di informazioni personali, seppure sia imprescindibile che ciò che il paziente racconta possa essere stato vissuto in qualche modo anche dall'analista, benché con forme, modi, intensità differenti. Questo apre un'interessante riflessione almeno su due piani: il primo pone la domanda se davvero non parlare della propria quotidianità significhi che l'analista non si faccia conoscere e il secondo riguarda il motivo della problematicità dell'affetto, o meglio a chi nasce il problema dell'affetto e perché. Questi due piani s'intersecano, aprendo altri spunti/punti interrogativi. Occorre allora provare a riflettere su questi argomenti procedendo per gradi.

Nella relazione analitica c'è un investimento affettivo del paziente verso l'analista

Attraverso il fenomeno del transfert Freud dà voce e risposta a ciò che molti avevano notato prima di lui, ovvero il levarsi dell'affettività e l'emergere anche dell'eroticismo nella relazione di cura. Freud rende a senso unico questa apparizione sentimentale, attribuendola a precedenti, passate emozioni del

paziente che si ri-attuano in analisi. Il transfert viene definito come ‘falso nesso’, cioè un pensiero, un ricordo, un impulso che il paziente proietta in maniera distorta sull’analista. Dal canto suo l’analista è invece, o deve imporsi di essere, uno specchio neutro per questo impulso/desiderio inaccettabile. Ciò protegge il medico e soprattutto il medico giovane “non ancora legato da saldi vincoli” (Freud, 1918, p. 363) dal cadere vittima di errori che implicano il superamento dei limiti morali, indotti dal paziente. Da questo si deduce quindi che anche nell’analista si insinua un movimento, un qualcosa tanto potente da poterlo indurre a violare i confini tecnico/morali. Che fare allora del transfert, se per forza di cose si attiva, ma allo stesso tempo è tanto pericoloso? E di ciò che suscita nell’analista? L’atteggiamento di Freud verso il transfert (verso affetto ed erotismo) rimane sempre ambiguo: da una parte esso è da sostenere e riconoscere al paziente e dall’altra deve essere domandata al paziente la rinuncia ad esso, come richiesto dalla società. Il terapeuta è ‘costretto’ a utilizzare alcuni mezzi, come la suggestione: infatti se il pacchetto affetto-erotismo è dettato dalla pulsione, allora è inevitabile (se è vero che la pulsione ha a che fare col biologico) e quindi l’unico modo per farvi fronte è convincere il paziente a ‘incanalarlo’ in altro, a sublimarlo. Il paziente andrà quindi incontro ad un cambiamento più sano e accettabile. Esso si configura come l’adattamento alle intenzioni dell’analista, il quale in maniera più ampia, rappresenterebbe la richiesta della società. Sottomettersi alle pretese della società, nonostante la sottomissione stessa determini la sofferenza degli individui (ricordiamo che da questo nascerebbe la nevrosi per Freud. Cfr. Freud, 1929), risulta essere l’unica possibilità.

Dicevamo però che l’affetto, in quanto motore dell’individuo, è visto anche come qualcosa da sostenere. Del resto, anche l’interpretazione in parte deve favorire l’esperienza emotiva necessaria al cambiamento (Ventimiglia, 2003). Ci troviamo quindi davanti ad un problema concettuale rispetto al transfert, dettato dalle sue qualità di buono e cattivo. Questa scissione è risolvibile solo con un’ulteriore scissione: l’identificazione di un transfert buono, positivo e di uno ostacolante (Freud, 1913). Essi saranno così composti: quello positivo sarà costituito dagli affetti, quello negativo e ostacolante sarà definito dall’erotismo (e dall’aggressività che si manifesta sempre in connessione ad esso).

Ma se affetto ed erotismo sono insiti nella relazione, che succede al terapeuta? Ne è forse ‘immune’?

## Nella relazione analitica anche il terapeuta prova qualcosa

Dicevamo sopra che non esiste l’immunità dall’affetto nemmeno per Freud, dato che classicamente è descritto come il terapeuta può essere indotto a varcare i limiti etici e se ne deve guardare. Quindi viene teorizzata l’insor-

genza di un sentimento verso il paziente, ma questo sentimento è dotato della caratteristica dell'essere d'ostacolo e causato dal paziente, come mostrato dal fatto che il terapeuta normalmente secondo questa impostazione non proverebbe alcunché rispetto all'individuo che chiede l'analisi, prima dell'analisi. Freud quindi considera e in qualche modo risolve questo problema in due modi: in primo luogo pone il terapeuta in condizione di uscire fuori dal 'rischio', a patto che abbia i giusti strumenti. Afferma infatti che con un buon allenamento e con le tecniche adeguate sarà in grado di non farsi cogliere da tale sentimento. Egli si dovrà attenere a regole di astinenza e neutralità, a garanzia del bene del paziente e, vien da aggiungere a chi scrive, dell'analista. In secondo luogo, il terapeuta è totalmente deresponsabilizzato da e esente nell'avere parte in ciò che sente. Infatti, qualora il terapeuta, come ogni altro essere umano, si trovi a provare degli affetti o degli impulsi erotici e aggressivi verso il paziente, è scagionato da se stesso: la contro-traslazione (o controtransfert) "insorge per influsso del paziente" (Freud, 1910 pag. 200) e ad esso va il carico di ciò. Secondo questa prospettiva la relazione analitica porta con sé la minaccia dell'essere avviluppati da cose/affetti proprie del paziente, così forti da entrare nel terapeuta e agire sui suoi sentimenti, ma data la portata impersonale di questi, gli analisti sapranno riconoscere e gestire (bene?) tali manifestazioni, spiegandole e allontanandole da sé. Rimettendole al loro posto, incollate all'esperienza del paziente.

È chiaro che quest'impostazione dipende in buona parte dal programma che Freud non abbandonò mai (a partire già dal *Progetto per una psicologia*, 1895) di inserire la psicoanalisi tra le scienze vere, dure, secondo l'ottica positivista dell'800. È chiaro anche che quella che facciamo oggi è una rilettura basata sul tanto che è avvenuto fino ad oggi in campo di studi relazionali. È infine altrettanto vero che ancora oggi questa impostazione rientra in un certo modo di fare psicoanalisi e di essere psicoanalisti. Un modo questo dove, secondo la prospettiva relazionale per come abbracciata da chi scrive, il terapeuta è collocato 'fuori' da un vero e proprio incontro, da uno spazio condiviso, essendo inteso come struttura emotiva oggettivamente sana e non portatrice di sentimenti propri in seduta, orecchio pulito e acuto, e occhio vigile sulla parte del paziente da restituire.

Ma è davvero ancora possibile parlare di 'sanità', 'estraneità', 'osservabilità'?

## Chi guarda chi e da dove?

Uno dei grandi insegnamenti dell'etologia e delle scienze sociali del diciottesimo secolo è che l'osservatore e l'osservato perdono il carattere della neutralità e dell'oggettività nel momento stesso in cui si pongono come oggetto e soggetto. L'osservatore non crea di fatto la realtà, ma risulta

una grande utopia pensare che se si osserva, anche pure dall'angolo di una stanza o da uno specchio, non si stia già influenzando il dato/l'oggetto osservato. Allora perché qualcosa ormai di così comune e acquisito stenta ad entrare nella stanza d'analisi? Cioè: non sarà forse per timore o per vantaggio (a favore dell'analista) che in qualche modo si sceglie di credere che si possa guardare il paziente oggettivamente e da lontano, restituendogli cose solo sue?

È logico che ogni punto di vista, ed in particolare quelli che fanno riferimento alla terapia analitica, alla sofferenza mentale, alla stanza d'analisi, abbia dietro di sé una teoria d'intervento che si basa ancora prima su una teoria dell'uomo. Questa fornisce le lenti per osservare e mettere a fuoco la parte d'interesse e il libretto d'istruzioni per farlo. Da questa prospettiva quindi sembra proprio che il focus classico finora descritto abbia impostato la lente grande del telescopio sul paziente e all'altra estremità l'occhio dell'analista. Come succederebbe ad un astronomo, si prende in considerazione la stella puntata. Ma sembra anche che, secondo il modello descritto, l'astronomo si dimentichi che esista l'universo e che lui stesso, col suo cannocchiale, ne sia parte. Questo è ciò che succede quando guardiamo il transfert e il contro-transfert come movimenti a sé e non come momenti di qualcosa più grande che invece sta avvenendo lì, tra i due individui, quel qualcosa che abbiamo preteso di chiamare relazione analitica. È a volte operazione altrettanto ovvia pensare che se il soggetto si è recato dall'analista, sarà in qualche parte di sé in grado di condividere con questi l'idea di 'qualcosa che non funziona più bene', che sia da sistemare, su cui intervenire. Questo osservatore interno rende il paziente più o meno 'bravo', collaborativo, ma comunque in una condizione di minor competenza rispetto all'analista che 'vede' e 'sa' con certezza cosa fare e su cosa. Ma se provassimo per un attimo a mettere paziente e analista sullo stesso piano cosa succederebbe? Chiaramente questa operazione è legittima se pensiamo ad entrambi come uomini, nel senso che come tali sono soggetti a ciò che accade comunemente a tutti gli uomini in un incontro, in quanto appartenenti al sistema vivente degli esseri umani, per ciò stesso partecipanti delle stesse caratteristiche. Facciamo questa operazione avendo in mente come modello la teoria dei sistemi complessi non lineari (Sander, 2002). Secondo questa prospettiva, gli uomini si pongono in relazione per come sono, con la propria storia, il proprio divenire, sinteticamente mi vien comodo dire il proprio insieme auto-eco-organizzante. Ognuno presenta una propria organizzazione e un livello di coerenza raggiunto. Usciamo quindi per un momento dall'idea che vi sia un individuo sano e un individuo malato, per abbracciare quella di due individui posti e organizzati nel mondo differentemente, per come hanno potuto. Ognuno di loro presenta una posizione/quota/porzione più o meno invariante, una direzione (cioè una linea più o meno riconoscibile secondo cui organizza la propria vita), una posizione/quota/modalità aperta e varia-

bile. Sappiamo che ogni sistema mantiene la sua organizzazione e coerenza e in base ad essi procede ad un continuo scambio tra sé e l'ambiente. In virtù di questo le influenze esterne divengono importanti e modificanti, ma anche quelle interne sono dotate della stessa importanza. In questa prospettiva dobbiamo allora pensare che analista e paziente si pongano in questo modo, per quello che sono, influenzandosi vicendevolmente anche se a livelli e per motivazioni differenti. L'*Infant Research* ci ha aiutato a spiegare l'esperienza soggettiva dell'individuo all'interno della diade e l'effetto della diade sull'esperienza individuale. La relazione terapeutica si configura come una normale relazione, che diviene 'artificiale' dato che entrambi i membri si sono dichiarati uno scopo e un obiettivo comune, ma che mostra due individui in interazione. Essa quindi mantiene le stesse caratteristiche delle relazioni che intervengono quotidianamente e con questo metro può essere descritta. Così, come per ogni diade, quella analista-paziente è un sistema in cui l'autoregolazione e la regolazione interattiva sono integrate. Ogni membro dà il suo contributo allo scambio, in maniera differente.

In questa prospettiva, sostenuta anche da autori tra cui Beebe e Lachmann (2002), si delinea un modello nuovo di transfert, un modello chiamato "organizzazionale" (processo di organizzazione) o, per certi aspetti, costruttivista. In rapporto a questo orientamento le modalità predominanti, con cui arriviamo a vedere noi stessi e gli altri e che in modi diversi formano la nostra esperienza, sono organizzazioni tematiche affettive. Questi principi organizzanti o schematizzazioni non alterano una realtà 'obiettiva', ma incidono necessariamente sulla costruzione di una realtà esperita soggettivamente. In conseguenza di ciò, il transfert esprime l'esperienza che il paziente ha della relazione analitica, costruita secondo suoi schemi organizzativi primari e viceversa. Sia il paziente sia l'analista quindi partecipano alla relazione analitica con la propria soggettività attraverso la quale costruiscono in modo interattivo l'esperienza analitica. Analista e paziente co-determinano in modi diversi la relazione e, così come avviene col transfert, ogni momento del processo viene determinato dall'apporto diverso di ciascuno dei due componenti. La partecipazione dell'analista, come quella del paziente, può implicare organizzazioni più o meno problematiche che sono colte, rielaborate, trasformate dal paziente, tanto quanto quelle del paziente sono colte, rielaborate, trasformate dall'analista. È questo il senso in cui alcuni autori, come ad esempio Minolli (1993) parlano anche di "transfert dell'analista". Il contributo che ciascuno fornisce, va a modificare ed è allo stesso tempo anche frutto di quello dell'altro. Questo non significa però determinato in senso di causa-effetto. Ogni partner infatti accetta dall'altro solo ciò che è compatibile con la propria regolazione. Un aspetto importante riguarda la 'qualità', in precedenza declinata nel transfert positivo e in quello ostacolante proposti da Freud. Ogni interazione non necessariamente è caratterizzata dal carattere della positività o di emozioni e vissuti positivi. Essa risulta avere anche un aspetto funzionale (Minolli *et al.*,

2007) ai due membri della diade. Per questo motivo può essere anche avversiva. Questo però non implica che una sia migliore dell'altra: infatti, nella logica dell'espressione di motivazioni interne ai due sistemi, avversivo e positivo rispondono a esigenze proprie auto-eco-regolatorie. La relazione quindi diviene l'oggetto stesso dell'interpretazione. "L'unico dato osservabile preciso e pertinente è la relazione all'interno di un campo strutturato" (Minolli, 1993). Se il transfert rappresenta "...espressione dell'interazione tra due soggetti" (Roggero, 2009, pag. 284) auto ed etero regolantesi, di fatto esso risulta essere qualcosa di specifico di quella coppia, che aggiunge elementi nuovi a vecchie soluzioni. È chiaro quindi che l'obiettivo deve riguardare l'accorgersi di queste specificità, per evitare il rischio di ri-attuare in maniera silente situazioni già esistenti per entrambi e questo rimarrebbe fine a se stesso. La presenza a quello che si è e a quello che sta succedendo porterà verso nuovi significati e nuovi modi di valutare la propria posizione. Questo quindi è l'aspetto riflessivo e costituisce la qualità meta-interattiva della relazione analitica e la differenzia dalle altre relazioni. Oltre al fatto che nella relazione analitica uno dei due partner si prende esplicitamente il compito, la responsabilità dell'analisi e di condurla attraverso i suoi diversi passaggi. Tutto questo avviene fermo restando che paziente e analista siano entrambi in gioco e che la relazione avvenga indipendentemente dal riflessivo (Minolli, 2009). Alla luce di quanto detto, appare anche lecito domandarsi da dove venga l'investimento affettivo. Ciò che dovrebbe subito esser chiaro è che non ha a che fare col passato, nel senso di 'falso nesso riattuito' col terapeuta. Esso è davvero intriso nell'interazione, nell'unicità dell'individuo e deriva appunto dalle sue motivazioni e dal suo livello di coerenza e organizzazione. Mentre quindi l'importanza del passato della vita del paziente viene ora vista nel suo essere veicolo per comprendere il significato della relazione in atto con l'analista, la terapia consiste nell'elaborazione della relazione attualizzata. All'analista e al paziente in quest'ottica viene restituita tutta la responsabilità e la parte attiva, propria e personale, che i concetti di transfert e controtransfert classicamente intesi ridimensionano a sfavore del paziente e si richiama in campo la possibilità dell'analista di utilizzare, proprio al fine di monitorare e condividere per il bene del paziente (e il suo) ciò che osserva di sé in quella relazione e sente in riferimento a quel preciso paziente, oltre alla parte del paziente (Renik, 2006). L'apertura dell'analista diviene non fattore, ma strumento terapeutico. L'interazione guidata allo scopo dell'analisi.

Come ci si saluta da Lia?

Le riflessioni sopra esposte veicolano una crescita, una comprensione e una 'guarigione' da parte di entrambi: paziente ed analista. Per maggiore chiarezza e completezza desidero riportare un piccolo scambio avvenuto

con Lia, nome fittizio che uso per una mia paziente di qualche anno fa. A giugno di quell'anno fissammo la fine dell'analisi con Lia, un percorso durato poco più di tre anni e mezzo. Ci sono stati momenti in cui ho alterato il desiderio di far star bene Lia, altri in cui mi sono arrabbiata o in cui l'avrei coccolata, altri ancora in cui avrei volentieri preso un caffè al bar con lei. Conosco tutta la sua famiglia dalle sue parole, ho immaginato dai suoi racconti tutte le sue cene di Natale degli ultimi tre anni, ho visto la sua emozione nel tornare a vivere quattro giorni di vacanza dopo cinque anni in cui l'attacco di panico o la paura di esso aveva impedito ogni giorno un tragitto più lungo della strada che la porta in ufficio (e in qualche occasione anche quello). A volte mi sono spaventata nel 'sentire' così tanto e mi sono detta: *Cosa sta succedendo? Posso lavorare in queste condizioni?* Fino a quando ho iniziato a capire cosa significasse Lia per me e a permettermi di usarlo con lei. A gennaio emerse, e iniziammo ad affrontare, il tema del 'salutarci' e Lia in quei giorni si scoprì incinta. Qualche seduta dopo mi disse:

*“Comunque, non si preoccupi troppo, eh? Quando nasce il bambino la chiamo. Non penserà mica che non mi faccia piacere farle sapere come è andata”.*  
*“Anche a me farà piacere”.*

Sorrisi e provai tenerezza verso questa sua comunicazione. Quindi le dissi:

*“Forse l'ha pensato (N.d.A.: che mi facesse piacere) ...voleva togliermi dall'inghippo di chiederglielo?”.*  
*“Sì, forse sì (ride). Ma anche perché è normale, quando ci si aiuta, condividere le gioie dell'altro. Io non so se lei ha bambini, ma so quello che sento perché è stata con me tanto tempo”.*

Per concludere tornerei quindi a una delle domande iniziali: davvero non raccontare di sé significa non farsi conoscere?

Ogni relazione è inter-azione. Compresa quella analitica.

#### BIBLIOGRAFIA

- Beebe, B., & Lachmann, F.M. (2002). *Infant Research e trattamento degli adulti*. Milano, Raffaello Cortina.
- De Robertis, D. (2001). Epistemologia e psicoanalisi. *Ricerca Psicoanalitica*, 1,61-84.
- Di Benedetto, A. (1998). Sperimentare un pensiero che verrà. *Rivista di Psicoanalisi*, 1,5-22.
- Freud, S. (1929). Il disagio della civiltà. In: *Opere*. Vol. X, Torino, Bollati Boringhieri, 2007.
- Freud, S. (1895). Progetto per una psicologia. In: *Opere*. Torino, Bollati Boringhieri, 2007.
- Freud, S. (1910). Prospettive future della terapia psicoanalitica. In: *Opere*, vol. IV. Torino, Bollati Boringhieri, 2007.
- Freud, S. (1913). Inizio del trattamento. In *Opere*, vol. VII. Torino, Bollati Boringhieri, 2007.



- Freud, S. (1918). Vie della terapia psicoanalitica. In: Opere, vol. IX. Torino, Bollati Boringheri 2007.
- Minolli, M. (2009). La relazione come interazione. In: Minolli M.: Psicoanalisi della relazione. Cap. 7. Milano, Franco Angeli.
- Minolli, M. (1993). Studi di psicoterapia psicoanalitica. Genova, CDP.
- Minolli, M., & Coin, R. (2007). Amarsi, amando. Roma, Borla.
- Renik, O. (2006). Psicoanalisi pratica per terapeuti e pazienti. Milano, Raffaello Cortina.
- Roggero, M.P. (2009). Speaking from the heart. Commento al caso clinico di Steven H. Cooper. *Ricerca Psicoanalitica*, 2,279-291.
- Sander, L. (2002). Pensare diversamente. Per una concettualizzazione dei processi di base dei sistemi viventi. La specificità del riconoscimento. *Ricerca Psicoanalitica*, 3,267-300.
- Ventimiglia, G. (2003). La dimensione comunicativa dell'interpretazione. *Ricerca Psicoanalitica*, 3,295-322.

---

Conflitto di interesse: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interesse.

Approvazione etica e consenso a partecipare: l'articolo non contiene elementi che possano portare al riconoscimento del paziente.

Ricevuto per la pubblicazione: 4 marzo 2020.

Accettato per la pubblicazione: 31 marzo 2020.

©Copyright: the Author(s), 2020

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2020; XXXI:258

doi:10.4081/rp.2020.258

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*

