

**Punti di convergenza tra teoria del conflitto e intersoggettività  
nella psicoanalisi contemporanea\***

**Christopher Christian\*\***

*New School for Social Research (New York)*

*Tavola rotonda con interventi di*

Luigi Antonello Armando (pp. 14-19), Marianna Bolko (pp. 20-22), Mauro Fornaro (pp. 23-25)  
e Paolo Migone (pp. 26-29). *Moderatore:* Pier Francesco Galli

*Video della giornata, informazioni, etc.:* [www.psicoterapiaescienzeumane.it/Christian\\_15-2-15.htm](http://www.psicoterapiaescienzeumane.it/Christian_15-2-15.htm)

La relazione di Christopher Christian è pubblicata a pp. 201-220  
del n. 2/2015 di *Psicoterapia e Scienze Umane* (DOI: 10.3280/PU2015-002003)

Bologna, domenica 15 febbraio 2015, ore 15.00-18.00

*Convento di San Domenico, Piazza San Domenico 13, Bologna*

Il problema dei meccanismi di azione della terapia psicoanalitica è legato a tematiche epistemologiche e ontologiche complesse, tra loro intrecciate. In che modo conosciamo ciò che conosciamo? Come arriviamo a conoscere un paziente? E quali informazioni relative al paziente è davvero necessario sapere, dando per scontato che le possiamo ottenere? Nel tentativo di conoscere meglio il paziente, l'analista non solo è attento alla sua storia, al suo transfert, alle fantasie inconscie e alle modalità con le quali tenta di difendersi dall'angoscia e da altri affetti spiacevoli, ma anche dirige l'attenzione verso i propri sentimenti e pensieri utilizzandoli come fonti vitali di informazione. Controtransfert, soggettività e intersoggettività sono costrutti che si riferiscono a questa problematica, e che hanno acquisito uno statuto indipendente, diventando trasversali ai vari paradigmi teorici.

In questo lavoro mi propongo di confrontare alcune idee della teoria del conflitto moderna con altre idee presenti nella psicoanalisi contemporanea che hanno a che fare con la soggettività e l'intersoggettività. Affronterò innanzitutto la questione della "irriducibile soggettività" dell'analista, illustrata con la massima chiarezza da Renik (1993, 1996, 1998), e in che modo essa venga intesa dalla prospettiva della teoria del conflitto moderna (Brenner, 1982, 1994); esaminerò poi come il concetto di soggettività si colleghi alla questione del controtransfert; infine, affronterò i problemi connessi all'intersoggettività quando quest'ultima venga intesa più letteralmente come co-costruzione della mente.

### **Controtransfert**

Freud ha scritto poco sull'uso del controtransfert. Ne *L'interpretazione dei sogni* (1899) cita lo psicologo francese Joseph Delboeuf per giustificare l'importanza dell'autoanalisi, dichiarando: «Ogni psicologo è obbligato a confessare le proprie debolezze, se crede così di poter gettare luce su

---

\* Traduzione di Francesca Tondi.

\*\* 317 East 17th Street, # 9F15, New York, NY 10003, USA, Tel. 646-549-8007, Page 917-205-2717, e-mail <cctian0702@gmail.com>. Chris Christian (<http://www.chrischristianphd.com>) si è formato in psicoanalisi al *New York Psychoanalytic Institute*, dove ha avuto come supervisore Charles Brenner – che assieme a Jacob Arlow e altri è stato uno dei principali esponenti della Psicologia dell'Io – e ha partecipato al *Kris Study Group* guidato dallo stesso Brenner. Insegna Psicologia clinica alla *New School for Social Research* di New York, ha curato assieme a Michael J. Diamond il volume *The Second Century of Psychoanalysis: Evolving Perspectives in Therapeutic Action* (London: Karnac, 2011), e assieme a Morris Eagle e David Wolitzky *Conflict and Psychoanalysis: A Critical Reassessment* (New York: Routledge, in preparazione). È nella redazione della rivista *Psychoanalytic Psychology*, condirettore della *New School-Beth Israel Center for Clinical Training and Research* e del *Norbert Freedman Center for Psychoanalytic Research* presso l'*Institute for Psychoanalytic Training and Research* (IPTAR) di New York. Si è diplomato in Psicologia clinica nel 1996 alla *University of Massachusetts Amherst* e in psicoanalisi all'IPTAR. Svolge attività clinica a New York.

un problema oscuro» (p. 107). Ed effettivamente, come ha notato Arlow (1979), nella tanto citata metafora del ricevitore del telefono Freud intendeva l'esperienza interna dell'analista come una «guida per una corretta comprensione della vita mentale del paziente» (p. 197). Secondo Freud, se l'analista non ha resistenze al materiale del paziente, è in grado di ricostruire aspetti dell'inconscio del paziente comunicati tramite le associazioni libere di quest'ultimo. Nei suoi consigli per la pratica della psicoanalisi, Freud (1912) scrive:

«Come l'analizzato deve comunicare tutto ciò che riesce a cogliere mediante l'autosservazione a prescindere da ogni obiezione logica e affettiva che intendesse indurlo a operare una selezione, così il medico deve mettersi in condizione di utilizzare tutto ciò che gli viene comunicato ai fini dell'interpretazione e del riconoscimento del materiale inconscio celato, senza sostituire alla rinuncia di scelta da parte del malato una propria censura; espresso in una formula: egli deve rivolgere il proprio inconscio come un organo ricevente verso l'inconscio del malato che trasmette; deve disporsi rispetto all'analizzato come il ricevitore del telefono rispetto al microfono trasmittente. Come il ricevitore ritrasforma in onde sonore le oscillazioni elettriche della linea telefonica che erano state prodotte da onde sonore, così l'inconscio del medico è capace di ristabilire, a partire dai derivati dell'inconscio che gli sono comunicati, questo stesso inconscio che ha determinato le associazioni del malato» (pp. 536-537).

A proposito del controtransfert, Freud rimarcava che esso costituisce un potenziale *blocco* della comprensione delle comunicazioni del paziente da parte dell'analista.

Alcuni anni dopo, grazie allo sviluppo del costrutto di "identificazione proiettiva" da parte di Melanie Klein (1946), poi con l'elaborazione da parte di Bion (1961, 1962) nel senso di un processo più interpersonale, e grazie anche alle idee di Isakower (1957, 1963) sullo "strumento analizzante" (vedi Balter, Lothane & Spencer, 1980), il controtransfert e la focalizzazione sull'esperienza interna dell'analista avrebbero acquisito un ruolo più rilevante nell'aiutare l'analista a decifrare le fantasie inconse e il transfert del paziente.

È risaputo che Melanie Klein dissentiva sull'equiparazione tra controtransfert e identificazione proiettiva. Per la Klein, l'identificazione proiettiva era un processo intrapsichico, ovvero un processo che ha luogo all'interno della vita fantasmatica del bambino. La Klein descriveva come, nella fantasia, il bambino colloca parti del suo Sé nell'oggetto rappresentato internamente e nella fantasia. Nella sua descrizione, questo processo non interessava l'oggetto "reale" o esterno. Nel *New Dictionary of Kleinian Thought*, Spillius *et al.* (2011) scrivono che la Klein riteneva che, se il «lavoro dell'analista era influenzato dalla proiezione del paziente, c'era qualcosa di sbagliato nel modo in cui l'analista stava lavorando. Non credeva in nessun modo che la risposta emozionale dell'analista al paziente fosse una fonte di informazioni utile sul paziente» (p. 134). A questo proposito la Segal (1964) riporta un classico aneddoto su un candidato, in supervisione con la Klein, il quale attribuiva il suo stato di confusione alle proiezioni del paziente, a cui si dice che la Klein abbia risposto: «No, caro mio, *sei tu* che sei confuso» (p. 10 trad. it., corsivi nell'originale).

Fu durante quello che Sandler (1987) ha descritto come la seconda fase nello sviluppo dell'identificazione proiettiva, con i lavori, tra gli altri, di Paula Heimann (1950) e Heinrich Racker (1960), che il concetto originario della Klein si allargò, passando da un fenomeno intrapsichico, che ha luogo nella fantasia, a un fenomeno interpersonale che nella situazione clinica è legato al controtransfert. Nonostante la concettualizzazione kleiniana della relazione tra controtransfert e identificazione proiettiva, i successivi sviluppi avrebbero collegato il concetto a una relazione interpersonale, e oggi, come ha sottolineato Sandler (1993), la relazione tra identificazione proiettiva e controtransfert è «ben radicata» (p. 1105). In conseguenza di questi sviluppi teorici, e dell'influenza di concetti kleiniani su altre modalità di trattamento, al controtransfert sarà attribuita importanza uguale, se non maggiore, che al transfert.

Trasversalmente alle diverse prospettive teoriche, il controtransfert si è differenziato dalla formulazione originaria di Freud (1912, 1914), in cui rappresentava specifiche macchie cieche connesse ai conflitti irrisolti dell'analista. Oggi questo termine si utilizza per lo più per indicare la *totalità* delle reazioni dell'analista al paziente (vedi Heimann, 1950; Racker, 1960; Kernberg, 1965, 1993). Gli analisti di ogni orientamento concordano ormai che il controtransfert è parte importante del trattamento perché ci informa sulle modalità con cui l'analista comprende il paziente. Allo stesso modo del transfert, suo stretto parente, il controtransfert è stato riconosciuto come fonte

importante di informazioni sul paziente, e non tanto un ostacolo alla sua comprensione. È diventato un luogo comune e quasi *richiesto* che nella descrizione di qualunque caso clinico l'analista dia qualche informazione sul proprio controtransfert. *Non farlo* significa non essere al passo con la psicoanalisi contemporanea. È interessante notare quanto ci siamo allontanati dal cavillo di Theodor Reik sulla mancanza della parola "Io" nelle relazioni cliniche: «Con quanta paura ed elusione – lamentava Reik (1948) – l'analista racconta di come trae le sue conclusioni sui propri pensieri e impressioni!» (p. 147).

Eagle (2000a, 2011), esaminando la letteratura sugli usi del controtransfert, ha proposto un'utile distinzione tra due definizioni generali di controtransfert, che chiama una versione *forte* e una versione *debole*. Secondo la versione forte «il controtransfert funge praticamente sempre da guida» per conoscere «lo stato psichico del paziente» (Eagle, 2011, p. 247 trad. it.), mentre «secondo la versione debole il controtransfert dell'analista *può* (il che lascia aperta la possibilità che non sia così) fungere da guida per conoscere lo stato psichico del paziente» (*ibidem*). Eagle sfida l'idea che il controtransfert sia sempre, come sostiene Paula Heimann (1950), «una creazione del paziente» (p. 85 trad. it.) e ritiene che questo punto di vista sulla risposta controtransferale rappresenti una proverbiale oscillazione da una psicologia "monopersonale" a una psicologia "bipersonale" per tornare poi a una "monopersonale", dove questa volta «la mente dell'analista diventa un nuovo tipo di schermo bianco o di *tabula rasa*, che verrà riempita o popolata dai contenuti mentali del paziente» (Eagle, 2000a, p. 28 ediz. it.): «uno schermo bianco che in più si vendica!» (Eagle, 2011, p. 248 trad. it.).

### **Controtransfert e soggettività**

Sebbene soggettività e controtransfert siano termini a volte usati in modo intercambiabile, vi sono stati grossi dibattiti sulle differenze tra i due termini. Renik (1993), per esempio, afferma che il termine controtransfert è fuorviante perché implica che sia possibile per l'analista identificare *momenti* di controtransfert diversi dai momenti di "funzionamento tecnico". Secondo Renik (2006), ogni momento del lavoro di un analista è impregnato di ciò che è stato chiamato controtransfert e dunque noi analizziamo da una posizione di controtransfert. In modo simile, Jessica Benjamin (2010) vede il termine controtransfert come problematico soprattutto perché lo si considera qualcosa di indotto dal paziente «invece che qualcosa che abbraccia l'intera soggettività dell'analista» (p. 113). La nozione di controtransfert implica una asimmetria e una separatezza di due menti che, secondo la Benjamin, non rende in maniera adeguata quel campo interattivo che a suo parere costituisce la situazione analitica, ovvero principalmente un campo intersoggettivo. Anche Lewis Aron sostiene che il termine controtransfert resta problematico persino se visto come la totalità delle risposte dell'analista al paziente perché enfatizza l'esperienza dell'analista come meramente reattiva invece che scaturita dalla sua esperienza soggettiva. Secondo Aron (1991) il termine controtransfert «sottovaluta il fatto che è l'analista quello che spesso dà inizio alle sequenze interazionali, e dunque minimizza l'impatto del comportamento dell'analista sul transfert» (p. 33). Al contrario, Henry Smith ha osservato che laddove il termine soggettività sottolinea l'unicità dell'analista, quello di controtransfert si riferisce alle modalità con cui l'unicità – o la soggettività – dell'analista esercitano un'influenza sul processo analitico. Secondo Smith (1999) la soggettività è

«un concetto generale che denota un aspetto della mente; il controtransfert è un'applicazione specifica di quel concetto, la risposta personale di un analista a quel particolare paziente. Dunque quando un analista afferma di svelare la propria soggettività, sappiamo a cosa ci si riferisce sebbene, propriamente parlando, non abbia senso svelare un principio astratto. In teoria si potrebbe svelare un aspetto del proprio controtransfert, ma non la propria soggettività, almeno non più di quanto si possa svelare la propria oggettività» (p. 474).

### **La teoria del conflitto moderna**

La teoria del conflitto moderna, termine coniato da Abend per indicare le importanti modificazioni di Charles Brenner alla Psicologia dell'Io classica, enfatizza l'ubiquità del conflitto, delle fantasie inconsce e delle formazioni di compromesso in quanto essenza del funzionamento mentale, anche dell'analista. Tuttavia, nei suoi scritti Brenner ha dato scarsa importanza al ruolo del controtransfert o della soggettività nel processo terapeutico, e il termine controtransfert è presente solo in 5 delle oltre 90 pubblicazioni del suo *corpus* teorico. Da parte sua Abend (1989) ha

accennato in modo ambiguo al controtransfert, chiedendosi se il proverbiale pendolo non abbia oscillato troppo, arrivando a una posizione eccessiva a proposito del controtransfert. E Richards (1999; Bachant, Lynch & Richards, 1995), un altro forte sostenitore della teoria del conflitto moderna, pur riconoscendo l'inevitabile impatto della soggettività dell'analista sul paziente dissente dalla concezione che hanno autori come Hoffman (1983) e Aron (1991) secondo cui l'analisi del controtransfert e/o della soggettività è il vettore primario di modificazione strutturale in senso psicoanalitico.

Data l'evidente difficoltà di trovare un terreno comune, potremmo rimanere sorpresi scoprendo che se esaminiamo il controtransfert dalla prospettiva della teoria del conflitto moderna scopriamo che le idee di Brenner sul conflitto e la formazione di compromesso hanno molto in comune con i punti di vista contemporanei sulla soggettività, come proposti per esempio da Renik (1993, 1996, 1998, 2006).

Gran parte delle riflessioni di Brenner sulla questione del controtransfert si trova in un articolo, breve ma incisivo, intitolato "Countertransference as compromise formation" (Brenner, 1985). L'argomentazione centrale, che emerge direttamente dalle idee di Brenner sul transfert, si può riassumere nel modo seguente. Il conflitto e le formazioni di compromesso pervadono la totalità del funzionamento mentale. Anche per l'analista, come per il paziente, pensieri, comportamenti e persino la scelta della professione sono i prodotti del conflitto e delle formazioni di compromesso. Usiamo il concetto di controtransfert per indicare quell'alterazione dell'equilibrio delle componenti delle formazioni di compromesso che può verificarsi nella pratica clinica di un analista. Come ci si può aspettare, alcuni pazienti sconvolgono quell'equilibrio, e a questo punto per l'analista sarà utile cercare di capire come e perché, attraverso l'introspezione, la supervisione e/o l'analisi personale. Brenner non è d'accordo con il diffuso punto di vista secondo cui il controtransfert può darci informazioni certe sull'andamento della cura. In ogni caso, dissente dall'idea che il controtransfert sia «la funzione dell'Io che rende possibile l'analisi» (Brenner, 1985, p. 156), così come da coloro che ritengono questo concetto *sinonimo* di intuizione o empatia.

Brenner sostiene che anche il pensiero e il comportamento sono formazioni di compromesso, senza eccezioni, compresa qualunque supposizione che l'analista fa e ogni interpretazione che ne deriva. Secondo Brenner, conflitto e formazione di compromesso coincidono, in sostanza, con le modalità di funzionamento della mente. Di conseguenza, qualunque prodotto mentale riflette un compromesso tra un desiderio, un certo grado di esaudimento del desiderio, angoscia e difesa. Il compromesso rappresenta il mezzo con cui una persona cerca di gratificare un desiderio o affrontare un pensiero sgradevole in modo tale da minimizzare la sofferenza psicologica. Quando le formazioni di compromesso dell'analista funzionano "bene", operano sullo sfondo senza elicitare eccessiva angoscia, affetti depressivi o difese<sup>1</sup>. Permettono all'analista di svolgere il proprio lavoro senza troppa consapevolezza degli elementi dei propri conflitti e delle proprie formazioni di compromesso. Ma se nel lavoro con un paziente le formazioni di compromesso dell'analista sono disturbate – come evidenziato dalla consapevolezza di un aumento di ansia, di malessere, di insolite difficoltà nell'ascoltare o elaborare il materiale portato dal paziente, oppure da una tendenza ingiustificata a distrarsi mentre il paziente racconta, possiamo parlare di risposta di controtransfert. Una risposta, per inciso, che può dare molte informazioni sullo stato mentale del paziente e sull'impatto che esso sta avendo sulla soggettività dell'analista. Conflitto e formazioni di compromesso possono essere impercettibili, ma sono sempre presenti. Non c'è una sfera libera da conflitti. E questo, in sostanza, è il modo in cui la teoria del conflitto moderna spiega la soggettività.

Nei suoi scritti, Brenner si limita ad accennare al ruolo della soggettività dell'analista, vista come l'inevitabile influenza di conflitti e formazioni di compromesso, la cui perturbazione, presente

---

<sup>1</sup> Può essere utile qui ricordare che Charles Brenner (1913-2008) – che, assieme a Jacob Arlow (1912-2004) e altri, fu uno dei padri della Psicologia dell'Io nordamericana e quindi uno dei massimi esponenti della "corrente principale" (*mainstream*) della psicoanalisi (si vedano ad esempio i testi *Breve corso di psicoanalisi* [Brenner, 1955], *Tecnica psicoanalitica e conflitto psichico* [Brenner, 1976], *La mente in conflitto* [Brenner, 1982], *La struttura della psiche nella concezione psicoanalitica* [Arlow & Brenner, 1964], ecc.) – nell'ultima fase della sua vita (Brenner, 1994, 1998, 1999, 2002) propose di abbandonare i termini Es, Io e Super-Io in favore di termini quali "individuo", "persona" o "mente della persona", dato che, in sintesi, ogni comportamento è in ogni caso una soluzione di compromesso, per cui non è possibile distinguere nettamente le strutture coinvolte. [N.d.R.]

virtualmente in qualunque trattamento analitico, viene intesa come controtransfert. Come per Freud, anche per Brenner la comparsa del controtransfert rappresenta, più che un canale utile alla comprensione, un ostacolo a quest'ultima. Tuttavia Arlow è stato esplicito sull'importanza per l'analista di ascoltare la propria esperienza interna utilizzandola per arrivare a una comprensione delle fantasie e dei conflitti inconsci del paziente, e per formulare interpretazioni volte a comunicare tale comprensione. Arlow postula che mentre l'analista segue il flusso del materiale del paziente, si verifica un cambiamento per mezzo del quale l'attenzione dell'analista si dirige verso qualcosa che sta avvenendo al proprio interno. Scrive Arlow (1979):

«Il primo pensiero che appare nella mente dell'analista assume di rado la forma di una interpretazione ben formulata, logicamente coerente e articolata dal punto di vista teorico. Più spesso, ciò che gli viene in mente è un pensiero casuale, il ricordo di un paziente con un problema simile, il verso di una poesia, le parole di una canzone, una battuta, un proprio commento arguto, forse un articolo che aveva letto la sera precedente o uno spettacolo visto qualche settimana prima. La gamma delle impressioni iniziali o, più correttamente, le associazioni dell'analista al materiale del paziente sono praticamente infinite, e possono riguardare direttamente, o non direttamente, ciò che il paziente sta dicendo. Subito dopo, o dopo un po', si può fare un collegamento tra quanto l'analista ha pensato e sentito e quanto il paziente stava dicendo. È in questo momento che l'esperienza interna dell'analista si trasforma in un'interpretazione» (p. 200).

Secondo Arlow, a meno che non vi sia qualche marcata interferenza controtransferale – per esempio nel caso l'analista sia malato, sofferente, o sovraccarico di problemi personali – le sue associazioni rappresentano *sempre* una sorta di commento personale ai processi di pensiero inconsci del paziente.

Negli scritti più tardi, forse in reazione alle implicazioni sulla tecnica connesse alla svolta relazionale in psicoanalisi, Arlow (1995) rinforzerà questo punto di vista mettendo in guardia dai pericoli a suo parere insiti nella raccomandazione di autori come Jacobs (1986), Schwaber (1992) e Renik (1993) secondo i quali l'analista durante la seduta dovrebbe focalizzare l'attenzione in modo deliberato sulla propria esperienza per poter comprendere il paziente. Arlow (1995) qui vedeva il pericolo che, focalizzandosi sulle proprie «ansie personali e passeggiere», l'analista verrebbe distratto dal seguire il flusso associativo del paziente, e «in simili circostanze l'ascolto può diventare confuso, eccessivamente orientato in senso teorico e intellettuale» (pp. 226-227). In un articolo pubblicato postumo e intitolato “Some notes on intersubjectivity” [“Alcune note sull'intersoggettività”], Arlow (2002) ripete che le associazioni dell'analista «servono come *segnale* che conduce verso l'insight sulle difficoltà del paziente, e un insight così raggiunto può essere quello giusto» (p. 1, corsivo aggiunto). Ma mette in guardia dall'idea che «un'interpretazione possa essere corretta solo per il fatto di essere stata pensata dalla mente dell'analista» (*ibid.*).

Come Brenner, Arlow enfatizza una modalità di ascolto dell'analista che presta una grande attenzione ai contenuti e al flusso narrativo del paziente, deviando un po' quindi dalla raccomandazione di Freud (1912) dell'attenzione liberamente fluttuante. Attribuisce un valore particolare alla catena di associazioni del paziente dato che la premessa è che ogni pensiero è determinato da un pensiero precedente e influenzato dalle fantasie inconscie e dai conflitti *intrapsichici* sottostanti. Le inevitabili variazioni di contenuto, l'emergere di affetti incongruenti e altri sottili cambiamenti nel flusso delle associazioni permettono all'analista di ipotizzare che la presenza di conflitti inconsci nel paziente ne ha alterato il flusso narrativo. La contiguità di parole, pensieri e temi ne suggerisce la rilevanza dinamica: «Nelle libere associazioni le congiunzioni – per esempio “prima,” “dopo”, “perciò” o “perché” – di solito vengono omesse. Il nesso di congiunzione deve essere inferito dalla contiguità degli elementi tra loro» (Arlow, 1979, p. 83).

In questo modo, Arlow paragona la modalità di ascolto analitica alla lettura di un testo con particolare attenzione alla sintassi, dove la contiguità degli elementi indica una relazione causale. Dal suo punto di vista, l'analista dovrebbe prefiggersi una “precisione nel comprendere” che si raggiunge solo prestando molta attenzione a ciò che il paziente esprime verbalmente. L'estrema e metodica attenzione che Arlow (1979, 1985), così come Brenner (1976), ritengono necessaria per comprendere gli elementi del conflitto lascia poco spazio a quel tipo di *rêverie* che Ogden (1994, pp. 65-73 ediz. orig.) descrive nel caso de “La lettera rubata”, dove inevitabilmente, e stando al racconto dello stesso Ogden, l'analista si ritrova a dover tornare al passo del paziente perché

rientrando da queste *rêverie*, come ci si può aspettare, è rimasto indietro rispetto al suo flusso narrativo.

Così Smith (1999) riassume bene i punti di vista su questa dialettica: «Qualunque forma di sguardo o di ascolto ne preclude parte di un'altra, ma parlare unicamente da una prospettiva soggettiva o da una prospettiva oggettiva rappresenta una regressione del pensiero a una forma di oggettivismo ingenuo o di ingenuo soggettivismo» (p. 465). Più di recente Akhtar (2012) ha così sintetizzato le differenze nell'ascolto analitico: mentre l'ascolto oggettivo dirige l'attenzione verso l'esterno, alla qualità e alle variazioni della sintassi del paziente, l'ascolto soggettivo dà rilievo alle variazioni dell'esperienza interna dell'analista. Entrambi sono necessari e reciprocamente dipendenti.

Credo che un tale intreccio di ascolto soggettivo e oggettivo rappresenti oggi la posizione abbracciata dalla maggioranza di coloro che aderiscono alla teoria del conflitto moderna in psicoanalisi (Abend, 1989; Richards, 1999; Smith, 1999). Qui di seguito propongo la breve descrizione di un trattamento che, se può essere classificato sotto la categoria generale della teoria del conflitto moderna, è tuttavia caratterizzato dall'influsso del mio controtransfert sulla comprensione di aspetti chiave delle difficoltà del paziente e delle sottostanti fantasie inconse.

Una donna *single* di poco meno di trent'anni aveva richiesto un trattamento per marcate inibizioni in particolare riguardo alla sua aggressività, che erano emerse con grande chiarezza nelle sue difficoltà di avanzamento di carriera. Alla paziente era stato offerto un trattamento psicoanalitico che in linea di principio aveva accettato, rifiutando però nei primi due mesi di usare il lettino. Nel lasso di due settimane, la paziente aveva prodotto alcuni sogni interessanti. In uno di essi è nello studio di un dottore per una visita di controllo: «Sono seduta sul lettino e il dottore dice che lei (riferendosi alla paziente) ha bisogno di quella iniezione di cui stavano parlando. Tiene in mano una siringa. La siringa è rossa e sembra fatta di plastica». Aggiunse che stava cercando di rimandare l'iniezione ma il dottore stava ascoltando solo a tratti. Nelle sue associazioni vide il sogno come un commento sul suo rifiuto di sdraiarsi sul lettino. Disse che il lettino nello studio medico doveva rappresentare un riferimento mascherato a quello analitico; mise in relazione il colore della siringa con quello del mio lettino e poi rifletté che la siringa rappresentava anche «qualcosa di fallico». Parlò poi della sua preoccupazione relativa a sentimenti di tipo sessuale associati all'uso del lettino e rivelò che parte della sua paura di lasciarsi andare a un'analisi era connessa al fatto che si sarebbe innamorata e avrebbe sofferto quando l'analisi sarebbe terminata. Io feci un commento sulla sua esperienza di me che, come il dottore nel sogno, non ascoltavo le sue proteste. Invece di approfondire questa parte del sogno la paziente continuò rassicurandomi che io invece ascoltavo con attenzione. Nelle mie associazioni sul suo sogno, paragonai la mia paziente a Irma, la famosa e recalcitrante paziente di Freud (1899, pp. 107-120), che ne rifiutava i consigli. Fu questa particolare associazione, quasi scherzosa per me, con l'arroganza che le stava sotto, che mi rese cosciente di un peculiare tipo di piacere che stavo ricavando dal mio lavoro. Si trattava di una tipica risposta di controtransfert, anche se priva delle forti emozioni con cui di solito descriviamo il controtransfert. Riconoscendola, riuscii a comprendere come la paziente, producendo così tanti sogni, si stesse impegnando per compiacermi, quanto desiderasse essere la paziente ideale pur nella ribellione al lettino. I suoi sogni, simili a doni, erano prodotti apposta per un lavoro che stava procedendo forse troppo bene. Un'altra parte del mio controtransfert, però, mi faceva chiudere un occhio su quell'aspetto del suo carattere che influenzava il suo *bisogno* di produrre un materiale tanto ricco. Fu proprio quell'aspetto del controtransfert relativo a un progresso apparentemente senza intoppi a mettermi in guardia rispetto a ciò che non stavo vedendo e, una volta riconosciuto, a occupare il resto della sua analisi. Alcune informazioni di contesto: la paziente aveva un fratello che era morto quando lei era molto giovane e in seguito a questo evento si era presa la responsabilità di diventare una figlia sostitutiva, impegnandosi il doppio per compiacere i genitori in lutto.

Per molti versi questo semplice esempio descrive la normale influenza, quasi impercettibile, del controtransfert sulla comprensione di un paziente. La frequenza con cui avvengono questi momenti di riconoscimento del controtransfert li rende quasi irrilevanti – in particolare quando i sentimenti evocati nell'analista (di piacere, calore, umorismo, speranza, eccitamento, e così via) sono egosintonici – di contro ad altri più sconvolgenti che tipicamente connotiamo come risposte di controtransfert.

In questo caso, una volta riconosciuta la pressione che sentiva a essere una brava paziente, e compreso come questa pressione aveva le sue cause nell'infanzia e nella morte del fratello, prendemmo coscienza di un secondo fenomeno che aveva provocato una reazione terapeutica negativa. Durante un periodo prolungato la paziente prese con determinazione a denigrarsi durante le sedute, immaginando con certezza quasi assoluta che io avessi perso qualunque interesse in lei e che preferivo essere con il paziente successivo che spesso incontrava nella sala d'attesa. Secondo lei, quel paziente era stimolante e interessante.

Nel bel mezzo di questo periodo di autocritica, le tornò in mente che, durante l'adolescenza, il padre si era stancato del fatto che lei tenesse il broncio. Descrisse una scena avvenuta a cena, particolarmente angosciante, durante la quale l'umore triste della paziente causò nel padre uno scoppio di rabbia. Sbattendo le mani sul tavolo, le aveva gridato: «Bisogna farla finita con i pianti, in questa casa!».

Ascoltando questi ricordi ero divenuto consapevole di quanto fossi irritato ed esasperato per il continuo biasimarsi della paziente. Era come se mi stesse dicendo: "Dobbiamo mettere in scena questo tema tra noi". Credo che tale risposta controtransferale di irritabilità rappresentasse un'identificazione col padre che non sopportava più gli umori della paziente. Ciò diede luogo a un'importante cambiamento nella nostra comprensione della sua tristezza. La sua depressione, più che rappresentare semplicemente il senso di colpa per essere sopravvissuta e l'autopunizione per la rivalità infantile tra fratelli, era anche un mezzo per punire il padre che avrebbe preferito un figlio maschio; punirlo perché la faceva sentire di doversi impegnare così tanto per compensare la perdita del figlio. La sua aggressività rinnegata mi fu chiara una volta riconosciuto il senso di frustrazione prodotto in me da questo caso, iniziato in modo tanto promettente col sogno dell'iniezione, simile a quelli di Irma. Fu attraverso il riconoscimento e poi l'interpretazione di questa identificazione complementare – grazie alla quale fui in grado di vedere e sentire ciò che immagino sentisse il padre, almeno per come me lo rappresentava la paziente – che fui in grado di aiutarla a diventare consapevole degli elementi aggressivi presenti nella sua autodeprecazione, prima durante la seduta quando erano collegati alle sue rimostranze verso di me, e poi rintracciando questi elementi aggressivi negli episodi di depressione in presenza del padre.

In questo processo di riflessione sul transfert del paziente, l'analista diventa consapevole di come si sente venendo usato come un certo tipo di oggetto transferale. Nel mio caso, l'esperienza che ebbi con un padre irascibile mi aveva impedito di esperire tutta la mia rabbia e di riconoscere più rapidamente la mia identificazione con il padre rabbioso della paziente e, in qualche misura, con il mio. Per un po' di tempo, nelle sedute con questa paziente invece della rabbia provavo un'irritabilità diffusa; una impazienza che si alternava con sonnolenza. Questo, a sua volta, aveva causato un prolungato *enactment* con il quale, nonostante i miei sforzi, devo avere confermato alla paziente che stava diventando noiosa e poco interessante.

L'esperienza di perdere gradualmente la centralità della mia attenzione assistendo a un affievolimento del mio interesse per lei era certamente significativa di varie fasi della vita della paziente, ma soprattutto del momento dell'arrivo del fratello, il secondogenito, seguito da una fase di depressione del gruppo familiare dopo la sua morte. Ecco come Freud (1919) descrive in maniera tanto evocativa la nascita di un fratellino: «Parecchi bambini che si ritenevano stabilmente assisi sul trono dell'incrollabile amore dei loro genitori sono stati così sbalzati d'un colpo dall'olimpico della loro immaginaria onnipotenza» (p. 48).

Nel momento in cui la paziente divenne consapevole dell'aggressività insita nelle sue lamentazioni, si convinse di dover mettere in atto una qualche forma di riparazione. Decise che avrebbe lasciato il proprio fidanzato per poter tornare a casa e prendersi cura del padre che, dopotutto, aveva sofferto tanto per la perdita del figlio e che lei anche doveva aver certamente ferito con il suo risentimento stimolato dalla propria invidia distruttiva. Fu possibile comprendere anche gli sconfessati elementi aggressivi presenti in questo suo proposito di tornare dal padre, dal momento che – anche se con questa fantasia di sacrificare il proprio matrimonio per prendersi cura del padre la paziente avrebbe riparato l'aggressività del passato – avrebbe al contempo continuato a vendicarsi nel presente, privandolo della soddisfazione di vedere la propria figlia sposata – e, aggiungo io, della prospettiva di avere un nipote, ipotesi questa che mi viene in mente ora.

Il processo che ho appena descritto comprende la maggior parte delle modalità di lavoro dell'analista. In certi momenti, ascoltando il paziente, l'analista può diventare consapevole di una "complementarietà" (Racker, 1960) con gli oggetti della vita del paziente. Queste identificazioni transitorie (Fliess, 1942) con gli oggetti del passato del paziente diventano consce quando l'analista osserva quei sentimenti, pensieri e reazioni che sono stati evocati in lui e hanno attirato la sua attenzione per la loro qualità, per una intensità inusuale o per il loro effetto disorientante. Una volta che ne è consapevole, può comprendere come la qualità del transfert del paziente lo spinga a rispondere in un certo modo. Lasciandosi utilizzare in questo ruolo, grazie anche a un elemento di regressione o di ascolto rilassato, l'analista può riconoscere cosa prova il paziente nei confronti di oggetti importanti e comprendere le modalità e motivazioni con cui il paziente non sa o rimane inconsapevole di certi aspetti dei suoi pensieri e comportamenti. L'analista facilita questo processo prestando la massima attenzione alle narrazioni autobiografiche del paziente e osservando in che misura il proprio controtransfert risponde a esse. E qui vi è una tensione dialettica tra l'accurata attenzione clinica al processo – descritta da Arlow (1979), Gray (1996) e Busch (1997, 2004) – e

una modalità più rilassata di ascolto che permette uno spazio per esperienze riguardanti noi stessi e il nostro mondo interno.

Questo non vuol dire che l'analista debba adottare una posizione troppo vigile alla ricerca di prove del modo con cui il materiale del paziente si collega ai propri conflitti e formazioni di compromesso. L'analista non deve andare alla ricerca del controtransfert. Il fatto è che il controtransfert, rappresentando un processo inconscio, dovrebbe sorprenderci. Entrare in ogni seduta con una posizione vigile verso le proprie reazioni diventa un'attitudine intenzionale che non è naturale, e frena la fluidità che credo sia necessaria all'analista per poter entrare e uscire da diversi stati della mente in relazione a se stesso e all'altro. Una capacità di tollerare questo tipo di regressione e di sospendere un atteggiamento intenzionale facilita la *ricettività* alle comunicazioni del paziente e alle proprie. Arlow (1979), in un articolo sulla genesi dell'interpretazione, ha descritto il processo per cui incoraggiamo il paziente ad allentare il controllo e a sognare durante la seduta. A volte, l'analista richiama l'attenzione del paziente su un aspetto del suo materiale, come se lo svegliasse dal sonno per dirgli: "Guarda cosa hai appena detto", "Guarda cos'è appena successo". Un processo simile avviene nell'analista se allenta la propria attenzione, permettendo che emergano segnali dal suo interno che eventualmente lo fanno risvegliare da uno stato di semi-oscurezza per dire "Guarda un po' cos'è successo", e può produrre una interpretazione. Credo che, se l'analista non si sveglia in tempo dal proprio sogno o da quello dal paziente, possano esserci degli *enactment* potenzialmente dannosi che per un certo tempo spingono paziente e terapeuta a mettere in scena qualcosa senza averne piena consapevolezza.

In questo processo, l'analista ascolta il paziente, assieme al paziente, e, come ho mostrato, con gli oggetti del paziente nel momento in cui diventano noti all'analista tramite l'impatto che hanno sui suoi conflitti e sulle sue formazioni di compromesso. O, se volete, sulla sua soggettività.

### **Intersoggettività e mente co-costruita**

Fin qui, la modalità di ascolto e utilizzo della soggettività che ho appena descritto non crea polemiche tra la maggioranza di autori di prospettive teoriche molto diverse che, in vario grado, riconoscono il ruolo della soggettività nell'ascolto analitico. In una recente *review* su intersoggettività e psicoanalisi, Bohleber (2013) sottolinea che «gran parte delle scuole di pensiero psicoanalitiche stanno modificando il loro orientamento in direzione più marcatamente intersoggettivista» (p. 799). Nonostante sia sempre più riconosciuto il ruolo dell'analista nel processo analitico, il concetto di intersoggettività resta controverso, soprattutto nella definizione di alcuni analisti relazionali americani. Innanzitutto è importante riconoscere che non esiste una definizione monolitica di intersoggettività. Nel senso più ampio l'intersoggettività è stata definita da Stolorow, Atwood & Ross (1978) come «l'interazione transfert-controtransfert nel trattamento psicoanalitico» (p. 250), un punto di vista ampiamente accettato nella psicoanalisi contemporanea.

Vi sono però due questioni interconnesse al cui interno il concetto di intersoggettività diventa controverso, creando polemiche e marcando una differenza nelle teorie dell'azione terapeutica. La prima riguarda l'oggettività delle affermazioni che l'analista può fare sullo stato mentale del paziente, dato che la comprensione che egli ha del paziente prende forma dalla propria soggettività. Come suggerisce Bohleber (2013), «non solo gli approcci intersoggettivisti-relazionali radicali sottolineano l'inevitabilità di una mutua influenza reciproca ma anche, e proprio data l'ineluttabile soggettività dei soggetti, escludono la possibilità che vi sia consapevolezza oggettiva della realtà psicologica del paziente» (p. 333). I critici vicini alla tradizione ermeneutica – come Gill (1991), Hoffman (1983) e Mitchell (1998) – sostengono che l'analista non può mai pretendere di sapere cosa ci sia nella mente del paziente perché questi contenuti «sono conoscibili, dall'analista come dal paziente, *solo* mediante un processo attivo di composizione e organizzazione» (Mitchell, 1998, p. 17, corsivo aggiunto). Secondo Mitchell, la mente «viene compresa solo attraverso un processo di costruzione interpretativa» (*ibid.*, p. 16). Come indicano Eagle, Wolitzky & Wakefield (2001), la posizione di Mitchell ha un certo valore in quanto sfida quella certezza autoritaria che sembrava prevalere nella psicoanalisi classica, per cui l'analista sarebbe in possesso di «un accesso virtualmente infallibile alla Verità riguardo la mente del paziente (...) o che comunque ci sia una Verità canonica a cui arrivare (p. 485). Ma, come giustamente argomenta Eagle (2000b), una cosa è rifiutare la pretesa di poter infallibilmente accedere alla verità riguardo alla mente del paziente, e



un'altra è rifiutare del tutto la possibilità di inferire in maniera affidabile alcune verità sulla mente del paziente, come se non ci fosse una organizzazione stabile che precede – ed è autonoma da – queste interazioni tra paziente e analista (vedi anche Eagle, 2015). Brenner (1996) sosteneva che le conclusioni dell'analista sono provvisorie e soggette a revisione nel caso le prove disponibili possano supportarne la correttezza oppure no. Per dirla con Abend (1989) «le comprensioni cliniche cui giungono gli analisti sono inevitabilmente soggettive, individuali, variabili e dunque lontane dall'essere perfettamente affidabili» (p. 386). Come potrebbe essere altrimenti? È indubbio che gli errori compiuti dagli analisti nella percezione, nella comprensione e nelle interpretazioni colorano il materiale clinico e addirittura influenzano, in modi e tempi diversi, il materiale da evocare secondo la recettività individuale, cosa che può spiegare in parte perché un'analisi dura tanto a lungo. Ma le conclusioni cui giunge l'analista possono essere messe in discussione o confermate attraverso quei metodi a noi tutti familiari, che includono la presenza di prove a sostegno o a smentita delle nostre supposizioni, l'introspezione, l'autoanalisi, la supervisione, il consultarsi tra colleghi e, cosa non meno importante, il fatto che ad alcune delle nostre interpretazioni segue un miglioramento dei sintomi in un lasso di tempo breve, mentre ad altre no.

Il fatto di riconoscere che la comprensione di un paziente, come ogni altra attività mentale, è determinata dai nostri conflitti e formazioni di compromesso, ovvero dalla nostra soggettività, non la rende poco accurata o non adatta a riflettere certi aspetti unici dei conflitti e delle formazioni di compromesso del paziente, che sono indipendenti dalla percezione che ne abbiamo, precedono la nostra interazione con lui e si manifestano con tutta probabilità nella sua vita relazionale. L'impatto del paziente sulla soggettività dell'analista è una fonte di informazione importante sui conflitti intrapsichici del paziente. Ma, in accordo con la versione *debole* del controtransfert (Eagle, 2011, p. 247 trad. it.), l'esperienza soggettiva dell'analista è sottoposta a diverse influenze e non può essere considerata come unicamente rappresentativa dei contributi del paziente, né come una prova diretta dei suoi conflitti inconsci (per un approfondimento, cfr. Eagle, 2015).

La seconda e più importante sfida è lanciata nella maniera più concisa da Jessica Benjamin (1998, 2004) e ha a che fare con il modo in cui intendiamo l'emergere del conflitto e con l'impatto di questa concettualizzazione sulle modalità di ascolto dell'analista e su ciò che l'analista si propone di ascoltare. Dalla prospettiva della classica Psicologia dell'Io e della teoria del conflitto moderna, la struttura della personalità prende forma da fantasie nucleari inconscie che emergono nelle prime fasi di vita quando il bambino si confronta con il proprio ambiente, i traumi, le relazioni con i *caregivers*, i desideri, gli impulsi, le angosce, sviluppando strategie per affrontarli. Tale prospettiva attribuisce molta importanza alle forze del *conflitto intrapsichico* e ai tentativi meglio riusciti del paziente per trovarvi soluzioni. In psicoanalisi ogni cambiamento implica diversi livelli di esplorazione e comprensione, che comprendono le modalità relazionali del paziente, dove queste dinamiche conflittuali hanno trovato una sintesi in un particolare stile di personalità (Shapiro, 1965). Tali modalità relazionali, poiché si sono sviluppate a scopo di adattamento, resistono al cambiamento (Schlesinger, 2010). Importante, nel setting analitico, non è solo comprendere le modalità relazionali del paziente – e questo è cruciale – ma anche le fantasie nucleari che cercano espressione e le relative paure evocate, le quali stanno alla base delle – e danno forma alle – modalità relazionali del paziente. Questo è importante perché tali fantasie inconscie non sono cimeli del passato, conservati in un inconscio statico, ma fanno parte di un inconscio dinamico dal quale continuano a influenzare il presente. Nella situazione analitica diventano chiare anche attraverso il transfert. Per comprendere queste dinamiche conflittuali l'analista crea uno spazio o una ricettività alle spinte transferali del paziente: ciò inevitabilmente produce nell'analista stati controtransferali in senso lato che, se analizzati, forniscono indizi importanti sullo stato mentale del paziente e su come la sua mente lavora.

Però, come mostrato dalla Benjamin (2010), l'idea che la comprensione del paziente da parte dell'analista è sempre soggettiva e che il riconoscimento che la propria soggettività rende fallibili le nostre osservazioni è solo una delle sfide poste dall'intersoggettività. Le affermazioni più pungenti di teorici relazionali come la Benjamin (1998, 2004) e Mitchell (1998) hanno a che fare con una visione della mente come co-creata e co-determinata. Secondo la Benjamin (2010), per esempio, la mente non si può comprendere come un'entità unitaria separata, e il ruolo dell'analista non è di aiutare il paziente a capire come la sua mente funziona. La Benjamin afferma che i teorici del conflitto moderni, come Rothstein (2005), pur accettando il ruolo della soggettività nella

comprensione del paziente, mantengono intatta la concezione di una mente come entità unitaria, separata da quella dell'analista, e individuano nella mente del paziente, più che nelle dinamiche relazionali, il principale oggetto della comprensione. Queste sfide alla Psicologia dell'Io e alla teoria del conflitto moderna dunque non solo contestano l'oggettività delle osservazioni dell'analista, ma, cosa più importante, sfidano l'idea di quale debba essere il vero oggetto di osservazione.

In risposta alle contestazioni di tipo ontologico riguardo la presenza di una mente unitaria e di strutture mentali stabili, varie linee di ricerca hanno dimostrato la stabilità di strutture e rappresentazioni mentali, alcune delle quali sono ad esempio le seguenti: le ricerche di Luborsky (1984 appendice 4, 1990; Luborsky & Crits-Christoph, 1990; Luborsky & Schaffler, 1990; Luborsky & Luborsky, 1993) sul "tema relazionale conflittuale centrale" (CCRT), con cui ha dimostrato che i desideri sono identificabili in maniera attendibile dalle narrative dei pazienti e che questi desideri rimangono stabili anche al termine di trattamenti riusciti; il lavoro del *San Francisco Psychotherapy Research Group* guidato da Weiss e Sampson (Weiss *et al.*, 1977, 1986; Weiss, 1990, 1993a, 1993b, 1994) sulla *control-mastery theory*, che sottolinea la presenza di stabili credenze patogene che emergono nel trattamento e possono essere fatte risalire a esperienze di vita precoce; vi è anche un abbondante corpo di ricerche del filone dell'attaccamento che dimostrano non solo che gli stili di attaccamento precoci sono relativamente stabili nel tempo (Ainsworth *et al.*, 1978; Sroufe, 2005; vedi Eagle, 2013) ma che possono predire in modo affidabile gli stili di attaccamento della progenie (Fonagy *et al.*, 1993), per esempio lo stile di attaccamento materno nel terzo trimestre di gravidanza è predittivo, in più del 70% dei casi, dello stile di attaccamento del bambino a un anno di età.

## Conclusioni

Per definizione, la teoria psicoanalitica del conflitto moderna presta una particolare attenzione alla soggettività, definita nei termini di una presenza ubiquitaria del conflitto e delle formazioni di compromesso. Conflitto e formazione di compromesso pervadono tutto ciò che l'analista pensa, fa, sente, il modo con cui ascolta, cosa interpreta e quando lo fa. Se l'analista sente affiorare in sé conflitti e formazioni di compromesso – magari nella forma di un'emozione che gli segnala qualcosa, di un ricordo, di una distrazione, ecc. – farebbe bene ad ascoltare cosa queste sensazioni possono comunicargli a proposito del conflitto e delle formazioni di compromesso *del paziente*. Secondo Rothstein, «la descrizione di Brenner (1982) dell'interminabile irrazionalità di analista e paziente, come parzialmente evidente nel transfert e nel controtransfert, enfatizza una prospettiva di *ubiquitaria soggettività*» (Rothstein, 2005, p. 418, corsivi aggiunti).

Oggi, gran parte dei teorici del conflitto adottano una visione moderata dell'intersoggettività – sono quelli che Barbara Held (2007) chiama *middle ground theorists* – riconoscendo il ruolo che la loro soggettività gioca nella comprensione della mente del paziente. Ciò rappresenta un importante e salutare cambio di toni, una certa umiltà riguardo alla nostra capacità di poter capire pienamente l'altra persona. Rappresenta una sfida legittima ai presunti universali, e smaschera l'illusoria certezza nascosta dietro alcune delle nostre pretese più dogmatiche, che siano esse a livello di diagnosi o di metapsicologia. Mantiene l'analista consapevole della molteplicità dei possibili significati e lo aiuta a resistere alla tendenza verso premature preclusioni. Ci incoraggia a tenere alcune idee a livello di congetture per periodi di tempo più lunghi, fino a quando il materiale rivelato dal paziente si dimostra in grado di sostenere o meno la loro *goodness of fit*, la loro correttezza, ovvero, per usare la terminologia di Freud (1915-17), fino a quando le nostre idee «concordano con la realtà che è in lui» (p. 601) (vedi anche Eagle, 2011, p. 136 trad. it.).

Ma per molti colleghi che aderiscono alla teoria del conflitto moderna concettualizzare le difficoltà del paziente come primariamente co-costruite dal campo interpersonale significa diminuire il ruolo della dimensione intrapsichica, confutare l'idea, ampiamente documentata, di strutture mentali organizzate, e scartare il ruolo che il conflitto intrapsichico e le fantasie inconsce giocano nella vita dei pazienti. Credo che questa rimanga una netta linea di demarcazione con gli intersoggettivisti radicali. La sfida è trovare un punto di convergenza dove sia possibile avvalerci degli importanti contributi provenienti dagli intersoggettivisti senza rigettare il valido contributo offerto dalla teoria del conflitto moderna nella spiegazione del funzionamento mentale.

**Riassunto.** La soggettività e l'intersoggettività, così come il controtransfert, sono costrutti che hanno acquisito un loro statuto indipendente diventando trasversali ai vari paradigmi teorici. Questo articolo esplora l'intersoggettività dalla prospettiva della teoria del conflitto moderna e dimostra che vi sono molti punti in comune tra le idee degli ultimi Charles Brenner e Jacob Arlow su come funziona la mente dell'analista, da una parte, e le posizioni della psicoanalisi intersoggettiva e relazionale, dall'altra. Il concetto di intersoggettività diventa controverso quando da esso si traggono implicazioni riguardo le affermazioni che l'analista può fare sulla possibilità di conoscere la mente del paziente come entità separata dalla propria. [PAROLE CHIAVE: psicoanalisi intersoggettiva, teoria del conflitto moderna in psicoanalisi, Charles Brenner, psicoanalisi relazionale, controtransfert]

**Abstract. Convergences between modern conflict theory and intersubjectivity in contemporary psychoanalysis.** Subjectivity and intersubjectivity, like countertransference, are terms that have come into their own, cutting across theoretical paradigms in psychoanalysis. Intersubjectivity is explored from the perspective of modern conflict theory, and it is argued that there is much in common between Charles Brenner and Jacob Arlow's ideas about how the analyst's mind works, on the one hand, and intersubjective and relational psychoanalysis, on the other. Where the concept of intersubjectivity becomes contentious is when we draw implications regarding the claims the analyst can make about ever knowing the analysand's mind as a separate entity from his or her own. [KEY WORDS: intersubjective psychoanalysis, modern conflict theory in psychoanalysis, Charles Brenner, relational psychoanalysis, countertransference]

## Bibliografia

- Abend S.M. (1989). Countertransference and psychoanalytic technique. *Psychoanalytic Quarterly*, 58: 374-395.
- Ainsworth M.S., Blehar M.C., Waters E. & Wall S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Oxford, UK: Erlbaum.
- Akhtar S. (2012). *Psychoanalytic Listening: Methods, Limits, and Innovations*. London: Karnac.
- Arlow J.A. (1969). Unconscious fantasy and disturbance of conscious experience. *Psychoanalytic Quarterly*, 38: 61-73.
- Arlow J.A. (1979). The genesis of interpretation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27 (Suppl.): 193-206.
- Arlow J.A. (1985). The structural hypothesis. In: Rothstein A., editor, *Models of the Mind: Their Relationships to Clinical Work*. Madison, CT: International Universities Press, 1985, ch. 2 (trad. it.: L'ipotesi strutturale. In: *Modelli della mente: tendenze attuali della psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri, 1990, cap. 2, pp. 29-40).
- Arlow J.A. (1995). Stilted listening: Psychoanalysis as discourse. *Psychoanalytic Quarterly*, 64: 215-233.
- Arlow J.A. (2002). Some notes on intersubjectivity. *International Psychoanalysis*, <http://internationalpsychoanalysis.net/wp-content/uploads/2011/11/arlow-on-Intersubjectivity.pdf>.
- Aron L. (1991). The analysand's experience of the analyst's subjectivity. *Psychoanalytic Dialogues*, 1, 1: 29-51. DOI: 10.1080/10481889109538884.
- Bachant J.L., Lynch A.A. & Richards A.D. (1995). Relational models in psychoanalytic theory. *Psychoanalytic Psychology*, 12, 1: 71-87. DOI: 10.1037/h0079599.
- Balter L., Lothane Z. & Spencer J.H.Jr. (1980). On the analyzing instrument. *Psychoanalytic Quarterly*, 49, 3: 474-504.
- Benjamin J (1998). *Shadow of the Other: Intersubjectivity and Gender in Psychoanalysis*. New York: Routledge (trad. it.: *L'ombra dell'altro: intersoggettività e genere in psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri, 2006).
- Benjamin J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 1: 5-46. DOI: 10.1002/j.2167-4086.2004.tb00151.x.
- Benjamin J. (2005). Creating an intersubjective reality. *Psychoanalytic Dialogues*, 15, 3: 447-457. DOI: 10.1080/10481881509348842.
- Benjamin J. (2010). Where's the gap and what's the difference? The relational view of intersubjectivity, multiple selves, and enactments. *Contemporary Psychoanalysis*, 46, 1: 112-119. DOI: 10.1080/00107530.2010.10746042.
- Bion W.R. (1961). *Experiences in Groups*. London: Tavistock (trad. it.: *Esperienze nei gruppi e altri saggi*. Roma: Armando, 1970).
- Bion W.R. (1962). The psycho-analytic study of thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 43: 306-310.
- Bohleber W. (2013). The concept of intersubjectivity in psychoanalysis: Taking critical stock. *International Journal of Psychoanalysis*, 94, 4: 799-823. DOI: 10.1111/1745-8315.12021.
- Brenner C. (1955). *An Elementary Textbook of Psychoanalysis* (2<sup>nd</sup> edition.: 1974). New York: International Universities Press (trad. it.: *Breve corso di psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1967; 2<sup>a</sup> ediz.: 1976).
- Brenner C. (1976). *Psychoanalytic Technique and Psychic Conflict*. New York: International Universities Press (trad. it.: *Tecnica psicoanalitica e conflitto psichico*. Firenze: Martinelli, 1978).
- Brenner C. (1982). *The Mind in Conflict*. New York: International Universities Press (trad. it.: *La mente in conflitto*. Firenze: Martinelli, 1985).
- Brenner C. (1985). Countertransference as compromise formation. *Psychoanalytic Quarterly*, 54: 155-163.
- Brenner C. (1994). The mind as conflict and compromise formation. *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 3, 4: 473-488.
- Brenner C. (1996). The nature of knowledge and the limits of authority in psychoanalysis. *Psychoanalytic Quarterly*, 65: 21-31.
- Brenner C. (1998). Beyond the ego and the id revisited. *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 7: 165-180.
- Brenner C. (1999). Charles Brenner on compromise formation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47, 3: 875-876. DOI: 10.1177/00030651980470030102.
- Brenner C. (2002). Conflict, compromise formation, and structural theory. *Psychoanalytic Quarterly*, 71, 3: 397-417. DOI: 10.1002/j.2167-4086.2002.tb00519.x.

- Brenner C. (2006). *Psychoanalysis or Mind and Meaning*. New York: Psychoanalytic Quarterly.
- Eagle M.N. (1984). *Recent Developments in Psychoanalysis. A Critical Evaluation*. New York: McGraw-Hill (ristampa: Cambridge, MA: Harvard Univ. Press, 1987) (trad. it.: *La psicoanalisi contemporanea*. Bari: Laterza, 1988). Edizione su Internet del cap. 11 (ed. or. cap. 12): Carenze di sviluppo e conflitto dinamico, <http://www.priory.com/ital/documig8.htm>.
- Eagle M.N. (2000a). Una valutazione critica delle attuali concettualizzazioni su transfert e controtransfert. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXIV, 2: 25-42. Edizione su Internet: <http://priory.com/ital/riviste/psicouman/eagle00.htm> (trad. inglese: A critical evaluation of current conceptions of transference and countertransference. *Psychoanalytic Psychology*, 2000, 17, 1: 24-37. DOI: 10.1037/0736-9735.17.1.24).
- Eagle M.N. (2000b). La svolta post-moderna in psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXIV, 4: 5-44 (trad. inglese: The postmodern turn in psychoanalysis: A critique. *Psychoanalytic Psychology*, 2003, 20, 3: 411-424. DOI: 10.1037/0736-9735.20.3.411). Una versione successiva: Eagle, Wolitzky & Wakefield, 2001.
- Eagle M.N. (2011). *From Classical to Contemporary Psychoanalysis. A Critique and Integration*. New York: Routledge (trad. it.: *Da Freud alla psicoanalisi contemporanea. Critica e integrazione*. Milano: Raffaello Cortina, 2012; trad. it. delle pp. 131-143: La natura sociale della mente. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2011, XLV, 1: 7-22. DOI: 10.3280/PU2011-001001).
- Eagle M.N. (2013). *Attachment and Psychoanalysis. Theory, Research, and Clinical Implications*. New York: Guilford (trad. it.: *Attaccamento e psicoanalisi. Teoria, ricerca e implicazioni cliniche*. Milano: Raffaello Cortina, 2013).
- Eagle M.N. (2015). Il controtransfert rivisitato. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLIX, 4: 535-572. DOI: 10.3280/PU2015-004001.
- Eagle M.N., Wolitzky D.L. & Wakefield J.C. (2001). The analyst's knowledge and authority: A critique of the "new view" in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, 2: 457-489. DOI: 10.1177/00030651010490020301. Una versione precedente in italiano: Eagle, 2000b.
- Eagle M.N., Wakefield J.C. & Wolitzky D.L. (2003). Interpreting Mitchell's constructivism: Reply to Altman and Davies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51 (Suppl.): 163-178.
- Fliess R. (1942). The metapsychology of the analyst. *Psychoanalytic Quarterly*, 11: 211-227 (trad. it.: La metapsicologia dell'analista. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1996, XXX, 1: 97-114).
- Fonagy P., Steele M., Moran G., Steele H. & Higgitt A. (1993). Measuring the Ghost in the Nursery: An empirical study of the relation between parents' mental representations of childhood experiences and their infants' security of attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 4: 957-989. DOI: 10.1177/000306519304100403.
- Freud S. (1899 [1900]). L'interpretazione dei sogni. *Opere*, 3. Torino: Boringhieri, 1966.
- Freud S. (1912). Tecnica della psicoanalisi. Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico. *Opere*, 6: 532-541. Torino: Boringhieri, 1974.
- Freud S. (1914 [1915]). Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi: 3. Osservazioni sull'amore di traslazione. *Opere*, 7: 362-674. Torino: Boringhieri, 1975.
- Freud S. (1915-17 [1916-17]). Introduzione alla psicoanalisi. *Opere*, 8: 191-611. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud S. (1919). "Un bambino viene picchiato" (Contributo alla conoscenza dell'origine delle perversioni sessuali). *Opere*, 9: 39-65. Torino: Boringhieri, 1977.
- Gill M.M. (1991). One person and two-person perspectives: Freud's "Observations on transference love". In: Person E.S., Hagelin A. & Fonagy P., editors, *Freud's "Observations on Transference Love"*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Gray P. (1996). Undoing the lag in the technique of conflict and defense analysis. *Psychoanalytic Study of the Child*, 51: 87-101.
- Heimann P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31: 81-84. Anche in: Langs R., editor, *Classics in Psychoanalytic Technique*. New York: Aronson, 1981, pp. 139-142 (trad. it.: Sul controtransfert. In: Albarella C. & Donadio M., a cura di, *Il controtransfert*. Napoli: Liguori, 1986, pp. 81-86).
- Held B. (2007). *Psychology's Interpretive Turn: The Search for Truth and Agency in Theoretical and Philosophical Psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Hoffman I.Z. (1983). The patient as interpreter of the analyst's experience. *Contemporary Psychoanalysis*, 19, 3: 389-422. DOI: 10.1080/00107530.1983.10746615 (trad. it.: Il paziente come interprete dell'esperienza dell'analista. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1995, XXIX, 1: 5-39).
- Isakower O. (1957). The analyzing instrument in the teaching and conduct of the analytic process (Edited by Herbert M. Wyman and Stephen M. Rittenberg). *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 1992, 1, 2: 181-222 (pp. 223-271: Commentaries by Martin H. Stein, Theodore Lipin, Leo A. Spiegel, Martin Wangh, Theodore J. Jacobs, Sheldon Roth, James H. Spencer Jr., Leon Balter, Zvi Lothane, William I. Grossman).
- Isakower O. (1963). Presentation. In: Minutes of the faculty meeting of the *New York Psychoanalytic Institute*, November 20, 1963 (manoscritto non pubblicato).
- Jacobs T.J. (1986). On countertransference enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 2: 289-307. DOI: 10.1177/000306518603400203.
- Kernberg O.F. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 1: 38-56. DOI: 10.1177/000306516501300102.
- Kernberg O.F. (1993). Convergences and divergences in contemporary psychoanalytic technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 74: 659-673.
- Klein M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27: 99-110 (trad. it.: Note su alcuni meccanismi schizoidi [versione del 1952]. In: *Scritti, 1921-1950*. Torino: Boringhieri, 1978, pp. 409-434).

- Luborsky L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York: Basic Books (trad. it.: *Principi di psicoterapia psicoanalitica. Manuale per il trattamento supportivo-espressivo*. Torino: Bollati Boringhieri, 1989).
- Luborsky L. (1990). Theory and technique in dynamic psychotherapy - Curative factors and training to maximize them. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 53: 50-57 (trad. it.: Teoria e tecnica nella psicoterapia dinamica: i fattori curativi e la formazione per incrementarli. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1992, XXVI, 3: 43-56).
- Luborsky L. & Crits-Christoph P. (1990). *Understanding Transference: The CCRT Method*. New York: Basic Books (trad. it.: *Capire il transfert*. Milano: Raffaello Cortina, 1992).
- Luborsky L. & Schaffler P. (1990). Illustrations of the CCRT scoring guide. In: Luborsky L. & Crits-Christoph P., editors, *Understanding Transference-The CCRT Method*. New York: Basic Books, 1990, pp. 51-81 (trad. it.: *Capire il transfert*. Milano: Raffaello Cortina, 1992).
- Luborsky L. & Luborsky E. (1993). The era of measures of transference: The CCRT and other measures. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41 (Supplement): 329-351.
- Mitchell S.A. (1998). The analyst's knowledge and authority. *Psychoanalytic Quarterly*, 67: 1-31. [Vedi anche: La conoscenza e l'autorità dell'analista. In: *Influenza e autonomia in psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri, 1999].
- Ogden T. (1994). *Subjects of Analysis*. London: Karnac (trad. it.: *Soggetti dell'analisi*. Milano: Dunod Masson, 1999).
- Racker H. (1960). *Estudios sobre la tecnica psicoanalitica*. Buenos Aires: Paidós (trad. inglese: *Transference and countertransference*. New York: International Universities Press, 1968; trad. it.: *Studi sulla tecnica psicoanalitica*. Roma: Armando, 1970).
- Reik T. (1948). *Listening with the Third Ear: The Inner Experience of a Psychoanalyst*. New York: Farrar, Straus.
- Renik O. (1993). Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanalytic Quarterly*, 62: 553-571.
- Renik O. (1996). The perils of neutrality. *Psychoanalytic Quarterly*, 3: 495-517 (trad. it.: I pericoli della neutralità. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2001, XXXIV, 1: 5-27).
- Renik O. (1998). The analyst's subjectivity and the analyst's objectivity. *International Journal of Psychoanalysis*, 79: 487-498.
- Renik O. (2006). *Practical Psychoanalysis for Therapists and Patients*. New York: Other Press (trad. it.: *Psicoanalisi pratica per terapeuti e pazienti*. Milano: Raffaello Cortina, 2007).
- Richards A.D. (1999). Review essay: Irwin Hoffman, *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process: A Dialectical Constructivist Point of View*. *Psychoanalytic Psychology*, 16: 288-302.
- Rothstein A. (2005). Compromise formation theory: An intersubjective dimension. *Psychoanalytic Dialogues*, 15, 3: 415-431. DOI: 10.1080/10481881509348840.
- Sandler J. (1987). The concept of projective identification. In: Sandler J., editor, *Projection, Identification, Projective Identification*. Madison, CT: International Universities Press (trad. it.: *Proiezione, identificazione, identificazione proiettiva*. Torino: Bollati Boringhieri, 1988).
- Sandler J. (1993). On communication from patient to analyst: Not everything is projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*, 74: 1097-1107.
- Schlesinger H. (2010). *The Texture of the Treatment: On the Matter of Psychoanalytic Technique*. New York: Analytic Press.
- Schwaber E.A. (1992). Countertransference: The analyst's retreat from the analysand's vantage point. *International Journal of Psychoanalysis*, 73: 349-361.
- Segal H. (1964). *Introduction to the Work of Melanie Klein*. London: Heineman (trad. it.: *Introduzione all'opera di Melanie Klein*. Firenze: Martinelli, 1968).
- Shapiro D. (1965). *Neurotic Styles*. New York: Basic Books (trad. it.: *Stili nevrotici*. Roma: Astrolabio, 1969).
- Smith H.F. (1999). Subjectivity and objectivity in analytic listening. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47, 2: 465-484. DOI: 10.1177/00030651990470022101.
- Smith H.F. (2007). In search of a theory of therapeutic action. *Psychoanalytic Quarterly*, 76 (Suppl.): 1735-1761. DOI: 10.1002/j.2167-4086.2007.tb00329.x.
- Spillius E.B., Milton J., Garvey P., Couve C. & Steiner D., editors (2011). *The New Dictionary of Kleinian Thought*. London: Routledge.
- Stolorow R.D., Atwood G.E. & Ross J.M. (1978). The representational world in psychoanalytic therapy. *International Review of Psychoanalysis*, 5: 247-256.
- Weiss J. (1990). Unconscious mental functioning. *Scientific American*, 262, 3 (March): 103-109. DOI: 10.1038/scientificamerican0390-103. Edizione su Internet: [http://sfprg.org/control\\_mastery/docs/Weiss1990\\_2.pdf](http://sfprg.org/control_mastery/docs/Weiss1990_2.pdf) (trad. it.: I processi mentali dell'inconscio. *Le Scienze*, 1990, 261 [maggio]: 68-75).
- Weiss J. (1993a). *How Psychotherapy Works. Process and Technique*. New York: Guilford (trad. it.: *Come funziona la psicoterapia*. Presentazione di Paolo Migone e Giovanni Liotti. Torino: Bollati Boringhieri, 1999).
- Weiss J. (1993b). A proposito del "San Francisco Psychotherapy Research Group". *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXVII, 3: 145-147.
- Weiss J. (1994). The analyst's task: To help the patient carry out his plan. *Contemp. Psychoanalysis*, 30, 2: 236-254.
- Weiss J., Sampson H., Caston J. & Silberschatz G., editors (1977). *Research on the Psychoanalytic Process San Francisco: Psychotherapy Research Group*. San Francisco: Department of Psychiatry, Mount Zion Hospital and Medical Center.
- Weiss J., Sampson H. & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986). *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observation, and Empirical Research*. New York: Guilford (trad. it. del cap. 1: Weiss J., Introduzione al lavoro del "San Francisco Psychotherapy Research Group". *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1993, XXVII, 2: 47-65).

1.

Il discorso del dr. Christian sembra semplice, ma non lo è. Sembra volere soltanto porre a confronto due correnti della psicoanalisi, ma nel farlo chiama implicitamente in causa temi cruciali e difficili. Di certo alcuni saranno discussi dai colleghi e dal pubblico. Per indicare quali intendo discutere io, devo premettere un riassunto del suo discorso, o meglio di come io l'ho recepito.

Egli pone a confronto due correnti della psicoanalisi, la "teoria del conflitto moderna" e l'"intersogettivismo". Lo fa per stabilire in cosa concordino e in cosa differiscano e per arbitrare nel conflitto costituito dalla tacita pretesa di ciascuna a essere la più moderna. E svolge questo confronto compiendo tre passaggi.

Nel primo traccia la storia del concetto di controtransfert e ne sottolinea il momento in cui viene riconosciuto che, diversamente da ciò che la parola significa, in quanto così denominato entrano in gioco vissuti dell'analista non ascrivibili a sue reazioni a vissuti del paziente; e, di conseguenza, il concetto di controtransfert viene sostituito da quello della soggettività dell'analista.

Nel secondo passaggio presenta quelle due correnti. Attribuisce la paternità della teoria del conflitto moderna a J.A. Arlow e a C. Brenner e al loro divorzio dalla teoria strutturale della mente esposta da Freud (1922) ne *L'Io e l'Es* alla quale avevano inizialmente aderito. Chiarisce che essi hanno denominato "moderna" tale teoria per due motivi: perché abbandona l'assunto della teoria strutturale dell'esistenza di una sfera dell'Io libera dal conflitto sostenendo per contro che l'Io, anche quello dell'analista, o meglio la sua soggettività, è tessuta di conflitti e formazioni di compromesso; e perché attribuisce all'analista il compito di rivolgere la propria attenzione non solo ai conflitti del paziente, ma anche ai propri e di utilizzare la loro comprensione per comprendere quelli del paziente. Conclude la presentazione di questa teoria illustrandone il funzionamento pratico con una vignetta clinica. Sempre in questo secondo passaggio, egli dice che l'intersogettivismo si differenzia dalla teoria del conflitto moderna in base a una critica che le rivolge e un'affermazione. La critica è che l'attenzione dell'analista per la propria soggettività conflittuale non può produrre una conoscenza oggettiva dei conflitti del paziente. L'affermazione è che ciò cui l'analista deve rivolgere la propria attenzione non è né la soggettività del paziente né la propria, ma una sorta di terza soggettività, o mente, "co-costruita" dall'interrelazione tra quelle due.

Nel terzo passaggio, Christian stabilisce in cosa le due correnti concordino e in cosa divergano per pronunciare poi il suo arbitrato nel conflitto costituito dalla loro comune pretesa a essere la più moderna. Egli sostiene che esse concordano perché ambedue accolgono la sostituzione del concetto di controtransfert con quello della soggettività dell'analista. Sostiene che divergono in quanto la teoria del conflitto moderna, a differenza dell'intersogettivismo più radicale, non rinuncia a tenere conto dell'esistenza di strutture mentali organizzate presenti nell'inconscio del paziente e indipendenti dalla soggettività dell'analista.

In quanto all'arbitrato, conferisce la palma della modernità alla teoria del conflitto moderna cui aderisce come dimostra anche la vignetta clinica che presenta. Ciò nonostante, conclude il suo discorso auspicando che si trovino altri punti di convergenza tra le due correnti, nella prospettiva dell'avvento di una teoria ancora più moderna sia dell'una che dell'altra.

---

\* Via Marmorata 169, 00153 Roma, e-mail <antonello@antonelloarmando.it>.

## 2.

Concludo questo riassunto suggerendo che, con il suo auspicio finale, egli sia andato oltre l'intenzione di porre a confronto due correnti della psicoanalisi e abbia anche obbedito alla preoccupazione di ristabilire l'unità della psicoanalisi dilacerata in correnti ben più numerose delle due che egli nel suo discorso considera. Suggestendo questo, non penso di sminuire il suo discorso: la sua è infatti una preoccupazione nobile perché sottende un ideale di fratellanza; e audace perché intende realizzare quanto non è stato mai realizzato nella storia della psicoanalisi.

Non condividerò però questa sua preoccupazione. Mi porrò da un punto di vista non estraneo, ma esterno alla psicoanalisi. Solo così potrò discutere tre aspetti del suo discorso che chiamano in causa temi cruciali e difficili. Sosterrò:

- che la sua ricostruzione della storia del concetto di controtransfert non è esaustiva;
- che una teoria moderna del conflitto non esiste;
- che non v'è bisogno di trovare punti di convergenza tra le due correnti che egli pone a confronto perché convergono di per sé.

## 3.

La ricostruzione che il dr. Christian ci offre della storia del concetto di controtransfert non è a mio avviso esaustiva perché non tiene conto dell'inizio e del punto di approdo di tale storia; è, per così dire, mancante in capo e in coda.

In capo, perché non considera che non è stata la psicoanalisi a iniziare la riflessione sul fenomeno che essa avrebbe poi formulato come controtransfert. Quella riflessione è iniziata nell'ambito delle scienze della natura con la scoperta dell'equazione personale; ovvero dell'impatto che la soggettività di un dato ricercatore ha sulla conduzione di una ricerca. Rispetto a questo punto rinvio a un mio libro di molto tempo fa (Armando, 1986) e segnalo soltanto il curioso fenomeno per il quale la riflessione psicoanalitica sul controtransfert approda a una conoscenza (quella di quell'impatto) che l'aveva preceduta.

In coda, perché, nel descrivere la soggettività, nel cui concetto si tradurrebbe e risolverebbe la storia di quella riflessione, il dr. Christian si limita a dire, sulla scorta di Arlow e Brenner, che è fatta di conflitti e formazioni di compromesso. Non dice che è fatta anche di quanto uno psicoanalista da lui citato, H. Racker (1960), aveva in parte colto quando aveva parlato dei «fattori attuali» del controtransfert. È fatta anche della dipendenza dell'analista da una teoria del conflitto.

Brenner non giunge a dire, almeno stando a quanto il dr. Christian riferisce, che la soggettività dell'analista è fatta anche della sua dipendenza da una teoria del conflitto. Aiuta però a stabilire quale sia la teoria del conflitto la dipendenza dalla quale entra a far parte di quella soggettività.

Brenner, in uno scritto del 2002 anch'esso citato dal dr. Christian, elimina ogni dubbio che si tratti di altro dalla teoria condensata da Freud nella formulazione del conflitto edipico; sostiene infatti che, rispetto a essa, la teoria proposta da lui e da Arlow sarebbe "moderna" non perché parla di un altro conflitto, ma perché ne asserisce la ubiquità. La vignetta clinica che il dr. Christian presenta conferma questo fatto: in essa, l'analista sembra servirsi del proprio controtransfert non tanto per comprendere la paziente, quanto per poter approdare alle acque sicure della teoria del conflitto.

## 4.

Passo ora a chiarire perché sostengo che una teoria del conflitto moderna non esiste. Nello scritto sopra citato, Brenner descrive il conflitto per come pensato da Freud riferendosi al contesto dello sviluppo individuale: e cioè come quello costituito dallo scontro tra i desideri incestuosi del bambino e le sue esigenze di sopravvivenza e rapporto. Tale descrizione va però completata

aggiungendo che quel contesto non è il solo cui Freud si riferisce nel descrivere il conflitto. Dal 1908 al 1930, da *La morale sessuale civile e il nervosismo dell'uomo "moderno"* (1908) a *Il disagio della civiltà* (1929), passando per *Totem e tabù* (1912-13), Freud lo descrive riferendosi a contesti che mostrano come il suo concetto di conflitto implichi molto più di quanto implica nel contesto dello sviluppo individuale: implica fundamentalmente la convinzione di una radicale opposizione tra la natura degli esseri umani, la loro convivenza e le leggi che la garantiscono. La soggettività dell'analista comprende dunque la dipendenza da una teoria del conflitto che implica questa convinzione; e comprende perciò anche la sua dipendenza da una tradizione di pensiero che ha espresso e consolidato questa convinzione.

Per sostenere quest'affermazione, mi riferirò a un libro di una politologa, Shadia Drury, intitolato *Terror and Civilization. Christianity, Politics and the Western Psyche*. Il libro è del 2004, tre anni dopo l'attacco dell'11 settembre 2001 di *Al Qaeda* alle torri gemelle e un anno dopo la seconda Guerra del Golfo. È stato cioè concepito e scritto in presenza di un conflitto e di una teoria del conflitto. Il conflitto è quello, accentuatosi da allora a oggi, tra Occidente e Oriente, tra civiltà giudaico-cristiana e civiltà islamica. La teoria del conflitto è quella dei Neoconservatori nord-americani che considerano lo scontro tra le due civiltà (Huntington, 1996) come un dato salutare per quella occidentale, sulla base dell'assunto che il terrore indotto dalla presenza di un nemico darebbe forza alle leggi che garantiscono in generale la sopravvivenza della civiltà la cui precarietà sarebbe iscritta nella natura umana.

Nel suo libro, la Drury ricostruisce la storia di tale assunto. Ne pone le origini in quanto chiama "dualismo biblico" per come espresso nel mito del peccato originale e nella leggenda di Mosè. Sostiene che il cristianesimo lo abbia radicalizzato ponendo in essere una metafisica e un'etica del terrore. E giunge a una conclusione che per uno psicoanalista può essere, più che sorprendente, scandalosa. In un altro libro (Drury, 2005), fingendo un dialogo tra Freud e Leo Strauss, il capostipite del Neoconservatorismo, sostiene la loro identità di vedute sulla natura umana e sulle condizioni della socializzazione e della sua sopravvivenza. Nel libro del 2004 dedica un intero capitolo, che intitola "Psicologia del terrore", a sostenere la continuità tra il pensiero di Freud e la radicalizzazione del dualismo biblico nel pensiero morale cristiano. Tra l'altro scrive che Freud «resta chiuso entro l'orizzonte del pensiero morale cristiano. Egli condivide con esso l'enfasi sulla malvagità umana, la credenza nel peccato originale, la ubiquità della colpa, la preoccupazione per i peccati del pensiero, l'ossessione nei confronti della sessualità, la confusione dell'etica con l'ascetismo. In breve, Freud reinvesta l'austera morale cristiana dandole una veste scientifica» (Drury, 2004, p. 99).

Questa poche parole possono bastare a chiarire cosa intendo quando sostengo che una teoria "moderna" del conflitto non esiste. La denominazione di una corrente della psicoanalisi come "moderna" contiene una contraddizione in termini.

## 5.

Tenterò ora di chiarire cosa voglio dire quando suggerisco che non v'è bisogno di auspicare che le due correnti poste dal dr. Christian a confronto convergano perché sono di per sé sostanzialmente convergenti. Per ottenere tale chiarimento è anzitutto essenziale intendersi sul significato della parola "moderno". In generale e nel corso della storia, l'aspirazione alla modernità ha significato liberarsi dal peso dell'autorità del passato e dal potere delle figure e delle istituzioni che lo rendono presente, pensare l'uguaglianza degli esseri umani, concepirli come soggetti aventi fondamento in se stessi anziché nel dono di un altro e liberi di dar corso al loro desiderio di esperienza. Ad esempio, a liberarsi dal peso dell'Antico Testamento, di Aristotele, della sapienza degli antichi



classici, etc. Nell'attualità, una corrente di pensiero che si dice "post-moderna" aspira a essere moderna liberandosi dal peso della modernità.

Nel caso e nel momento in questione, negli Stati Uniti degli anni 1990 tale aspirazione si presenta in contesti che debordano dal campo analitico: nell'opposizione all'ideologia autoritaria del Neoconservatorismo, nei conflitti generazionali ed etnici, nelle rivendicazioni del femminismo. Nel campo analitico assume però una connotazione specifica: quella della volontà di apparire *politically correct* superando il modo in cui l'analista era pensato agli inizi della psicoanalisi; e cioè a pensarlo non come una figura autoritaria che detiene un potere ed esercita un dominio sul paziente, ma come partner di un rapporto paritario di mutuo riconoscimento.

La comune pretesa della teoria del conflitto moderna e dell'intersogettivismo alla palma della modernità significa dunque il loro condividere questa aspirazione. Essi procedono però a soddisfarla in modi diversi.

La teoria del conflitto moderna asserendo l'ubiquità del conflitto e accomunando paziente e analista nella inestinguibile sofferenza dovuta a tale ubiquità e in una condivisa sconsolata accettazione dell'insistenza della cura. L'analista, senza accorgersene, diventa un sacerdote che predica il *vanitas vanitatum et omnia vanitas*.

L'intersogettivismo spostando l'attenzione e il discorso dal rapporto tra il soggetto paziente e il soggetto analista a un terzo soggetto "co-costruito" dall'incontro di quei due; ma anche tagliando ogni legame con la teoria freudiana del conflitto in quanto sanciva la disuguaglianza del rapporto terapeutico. Renik (2006), cui il dr. Christian si richiama per presentare l'intersogettivismo, è chiaro al riguardo quando afferma che «è necessario mantenere un'apertura mentale in relazione alla teoria» (p. 9) e rivederne i concetti fondamentali, in particolare quello del conflitto edipico che, afferma Renik, non va più considerato come universale (p. 146).

La possibilità dell'intersogettivismo di attribuirsi il merito di avere tagliato questo legame e di presentarsi perciò come moderna è però subordinata a un'operazione che produce un fenomeno sorprendente. L'operazione cui è subordinata è stata messa in luce da Bohleber in un articolo del 2013 e più estesamente nel precedente libro del 2010 *Trauma, identità e ideologia*. Essa consiste nel fatto che le varie correnti che costituiscono la galassia dell'intersogettivismo mutuano quanto necessario a recidere il legame con la teoria classica del conflitto da filosofie preesistenti. Tra queste quella di Hegel e in particolare il suo concetto del riconoscimento. Bohleber sostiene che la corrente dell'intersogettivismo che si caratterizza per mutuare da questa filosofia e da questo concetto si è affermata soprattutto nel Nord America e porta ad esempio Jessica Benjamin e Thomas H. Ogden.

Il fenomeno sorprendente prodotto da questa operazione balza agli occhi se si tiene presente la continuità della tradizione di pensiero fondata sull'assunto dell'originaria e universale opposizione tra la natura umana e l'esigenza del convivere. La Drury ne rintraccia l'inizio nel dualismo biblico e l'esito nel freudismo e nel Neoconservatorismo nordamericano. Tra questi due estremi quella teoria ha avuto altre formulazioni, una delle quali, ad esempio, è stata la filosofia di Hobbes; un'altra, quella che qui ci interessa, il concetto hegeliano dell'autoriconoscimento come esito di una lotta per l'autoriconoscimento dalla quale uno dei due protagonisti esce avendo ottenuto lo statuto di padrone e l'altro quello di servo.

La Benjamin riconosce esplicitamente il nesso tra il concetto hegeliano della lotta che pone in essere le figure del padrone e del servo e quello freudiano del conflitto edipico. In quanto ad Ogden, Bohleber nota come egli si rifaccia all'interpretazione che di quel concetto hegeliano ha dato A. Kojève (1947); un'interpretazione, si noti bene, che ha ispirato l'ideologia antiegalitaria del fondatore del Neoconservatorismo, Leo Strauss, e di suoi epigoni come Fukuyama (1992) – oltre che, mi si consenta questo inciso, il "medioevalismo" di Lacan (Labbie, 2006).

Il fenomeno sorprendente è dunque quello offertoci da una corrente psicoanalitica che intende recidere il legame con la teoria classica del conflitto e si dice “moderna” per avere così proposto una visione egualitaria del rapporto paziente-analista; ma, per farlo, si avvale di una teoria del conflitto che sta alla base di un’ideologia antiegalitaria e anticipa la teoria freudiana del conflitto alla quale, per canto suo, la teoria del conflitto moderna si rifà nel suo dirsi “moderna” per avere dichiarato ubiquitario il conflitto. Ambedue le correnti parlano di soggettivismo mancando di un concetto di soggetto.

## 6.

Concludo formulando un’ipotesi, accennando a un film e a un racconto, e ponendo al dr. Christian una domanda.

L’ipotesi è che quella del conflitto non sia una teoria, ma una credenza che risale al dualismo biblico ed è attuale ancora oggi; e che, poiché la storia ci fornisce innumerevoli esempi di teorie che con il tempo, molto tempo, si sono rivelate credenze, anche quella del conflitto possa con il tempo essere compresa come una credenza.

Il film è *Rosemary’s Baby* di Polansky (1968). In breve, narra di una giovane donna che nei suoi tentativi di sfuggire a un’oscura minaccia si rivolge inconsapevolmente a figure che gliela ripropongono.

Il racconto è di Emilio Cecchi (1920) e si intitola *Pesci rossi*. In breve, riguarda quei pesci rossi che si trovano in alcune case come ornamento dentro vasche di vetro. Descrive gli infiniti movimenti che compiono all’interno della vasca per significare la loro inconcludenza, il loro ritornare sempre su se stessi chiusi come sono tra invisibili pareti di vetro.

Le tante correnti della psicoanalisi e la loro spasmodica ricerca della modernità e dell’egualitarismo possono essere rappresentate dai tentativi della protagonista del film o dai movimenti dei pesci del racconto nella vasca di vetro.

In quanto alla domanda, vorrei chiedere al dr. Christian, un po’ celiando, se egli si sia mai sentito come un pesce rosso. Seriamente invece, se egli ritenga che la psicoanalisi abbia in sé la potenzialità di auto-comprendersi, nel suo fondarsi sulla teoria del conflitto, come credenza; e se condivida con me il pensiero (Armando, 2010) che, per potersi auto-comprendere così, debba interrogarsi sulla propria realtà storica.

### Abstract

1. Dr. Christian’s paper seems simple, but it is not. It confronts two psychoanalytic trends, but in so doing he implicitly raises many crucial and difficult themes. Some of them will surely be dealt with by my colleagues and in the course of the discussion. On my side, I will deal with three of them. In order to do so, I begin by summarizing the content of his paper as I have understood it.

Dr. Christian compares the psychoanalytic trend called “modern theory of conflict” (MTC) with another one called “theory of intersubjectivity” (TI) in order to detect their similarities and their differences and to establish which of them is more correct in aspiring to be “modern”. His development of this comparison can be summarized in three passages.

*First.* He reconstructs the history of the psychoanalytic concept of countertransference emphasizing the moment of that history in which that concept is criticized because it only takes account of the analyst’s reactions to the patient’s feelings and it is therefore substituted with that of the subjectivity of the analyst.

*Second.* He illustrates the two trends that he compares. He presents the MTC as formulated by Arlow and Brenner and consequently both to their separation from the idea of the existence of a sphere of the ego free of conflicts and to their assertion of the ubiquity of its presence in the patient’s and analyst’s subjectivities. However, they also assert that in the patient’s unconscious there are nuclear fantasies which the analyst can detect and interpret on the basis of his competence. He then presents the TI as maintaining that the object of the attention of the analyst should not be either the patient’s or his own mind, but a third mind co-constructed by their encounter.

*Third.* He maintains that the two trends agree in substituting the concept of countertransference with that of an analyst’s subjectivity made of conflicts and compromise formation; but they disagree in so far as the TI is critical of the MTC’s assertion of the presence in the patient’s unconscious of nuclear fantasies which can be detected and interpreted by the analyst. He also establishes that the MTC is more correct than the other in aspiring to be “modern”. However it must be noticed that he does not only intend to clarify where the two trends agree and where they disagree. He also hopes that their difference will be overcome and therefore he also seems motivated by the concern that psychoanalysis will again find a unity which it has lost.

In what follows, I will discard this concern. I will keep myself, if not extraneous, external to the psychoanalytical field. Only in this way can I discuss some difficult themes implicit in Dr. Christian’s paper. I will suggest that:

- his reconstruction of the history of the psychoanalytic reflection on countertransference is not fully complete;
- a modern theory of conflict does not exist;
- there is no need to look for a convergence of MTC and TI because they already converge.

2. Dr. Christian's account of the history of the psychoanalytic reflection on the concept of countertransference seems to me lacking at its beginning and at its end. At the beginning, because it does not consider that that reflection has been anticipated by that on personal equation in natural science. At the end, because it does not consider that subjectivity does not only include the analyst's conflict and compromise formations, but also his dependence on a theory of conflict which Brenner, in a paper of 2002, clearly describes as the Freudian.

In order to understand why I assert that a "modern" theory of conflict does not exist, I again make reference to the Brenner's 2002 paper. In it, Brenner describes the conflict as Freud has described it making reference to the context of individual development. However, Freud has also described the conflict making reference to larger contexts and clarifying that his concept of conflict substantially implies the conviction of a radical opposition between, on one hand, the nature of human beings and, on the other, their necessity to live in a society and the laws which satisfy that necessity. Making reference to a book of S. Drury (2004), I maintain that that conviction pertains to a tradition of thought which originates in the biblical dualism, then has been radicalized by Christianity and runs to Freud. Therefore I also maintain that a "modern" theory of conflict doesn't exist.

3. I will then try to clarify what I mean when I affirm that there is no need to look for a convergence of MTC and TI because they already converge. In order to do this it is necessary to define the meaning of the word "modern".

In the course of history that word has been employed many times to indicate a movement or a theory which has the aspiration to gain independence from the burden of the past and from the personal or institutional authorities which grant its presence. In the years in which the TI took form, that aspiration was alive outside the psychoanalytic field and expressed itself in the opposition of liberalism to Neoconservatism, in the opposition of generations, in the claims of feminism and so on. In the psychoanalytic field it expressed itself as the aspiration to conceive the analyst not as an authority and to conceive the therapeutic relation as a relation between equals.

Both MTC and TI claim to be modern in the sense that both correspond to that aspiration. However, they correspond to it in different ways.

The MTC corresponds to it conceiving as equalitarian the therapeutic relation on the basis of the assertion that the subjectivity of the patient and that of the analyst are both made of conflicts and of compromise formation.

The TI corresponds to that aspiration with a twofold operation. First, as already noticed, it maintains that the attention of the analyst must be directed neither towards the patient's subjectivity, nor towards his own subjectivity, but towards a third one co-constructed by those two. Second, it maintains to have broken any link with the Freudian theory of conflict; and it can maintain this, as has been shown by Bohleber (2013), thanks to what it borrows from pre-existent philosophical theories: in some cases, from that of Hegel and from his concept of recognition.

However, even an important representative of the TI, Jessica Benjamin, admits that the Hegelian concept of the opposition master/slave, which constitutes the core of that concept, is an anticipation of the Freudian concept of conflict formulated as Oedipus complex. Therefore the twofold operation produces a surprising phenomenon and has a consequence. The surprising phenomenon is the employing of a concept of conflict to break any links with a theory of conflict. The consequence is that there is no need to look for a convergence of MTC and TI because they already converge in so far they participate in two versions of the theory of conflict.

4. In concluding my comment on Dr. Christian's paper, I will advance a hypothesis, mention a film and a novel and address a question to him. The hypothesis is that the theory of conflict is not a theory, but a belief grounded on some oblivion. The film is *Rosemary's Baby*, by Polansky (1968), which narrates the story of a woman who, in striving to escape a menace, encounters the same menace. The novel is *Pesci rossi [Red Fish]* by Emilio Cecchi (1920), which narrates of the infinite false movements of red fish in the interior of an aquarium.

The question to Dr. Christian... Well, let me address my question to him the next 15<sup>th</sup> of February.

## Bibliografia

- Armando L.A. (1986). *L'invenzione della psicologia*. Roma: Nuove Edizioni Romane.
- Armando L.A. (2010). Dalla Nuova Atene a Tebe: il trauma in Freud e secondo Freud. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLIV: 4: 473-502.
- Benjamin J. (1988). *The Bonds of Love: Psychoanalysis, Feminism, and the Problem of Domination*. New York: Pantheon (trad. it.: *Legami d'amore: i rapporti di potere nelle relazioni amorose*. Torino: Rosenberg & Sellier, 1991; Milano: Raffaello Cortina, 2015).
- Bohleber W. (2010). *Psychoanalytic Diagnosis. The identity Crisis of Modern Psychoanalysis*. London: Karnac (trad. it.: *Identità, trauma e ideologia*. Roma: Astrolabio: 2012).
- Bohleber W. (2013). The concept of intersubjectivity in psychoanalysis: Taking critical stock. *International Journal of Psychoanalysis*, 94, 4: 799-823.
- Brenner C. (2002). Conflict, compromise formation, and structural theory. *Psychoanalytic Quarterly*, 71, 3: 397-417.
- Cecchi E. (1920). *Pesci rossi*. Firenze: Vallecchi.
- Drury S. (2004). *Terror and Civilization. Christianity, Politics and the Western Psyche*. New York: Palgrave Macmillan.
- Drury S. (2005). *The Political Ideas of Leo Strauss*. New York: Palgrave MacMillan.
- Freud S. (1908). La morale sessuale "civile" e il nervosismo moderno. *Opere*, 5: 411-430. Torino: Boringhieri, 1972.
- Freud S. (1912-13). Totem e tabù. *Opere*, 7: 3-164. Torino: Boringhieri, 1975.
- Freud S. (1922 [1923]). L'Io e l'Es. *Opere*, 9: 471-520. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud S. (1929 [1930]). Il disagio della civiltà. *Opere*, 10: 555-630. Torino: Boringhieri, 1978.
- Fukuyama F. (1992). *The End of History and the Last Man*. New York: Free Press (trad. it.: *La fine della storia e l'ultimo uomo*. Milano: Rizzoli, 1992).
- Huntington S.P. (1996). *The Clash of Civilizations and the Remaking of World Order*. New York: Simon & Shuster (trad. it.: *Lo scontro delle civiltà e il nuovo ordine mondiale*. Milano: Garzanti, 2000).
- Labbie E.F. (2006). *Lacan's Medievalism*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Kojève A. (1947) *Introduction à la lecture de Hegel*. Paris: Gallimard (trad. it.: *Introduzione alla lettura di Hegel*. Milano: Adelphi 1996).
- Polanski R., regista (1968). *Rosemary's Baby - Nastro rosso a New York* (tratto dall'omonimo romanzo di Ira Levin). Los Angeles, CA: William Castle.
- Racker H. (1960). *Estudios sobre la tecnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós (trad. ingl.: *Transference and countertransference*. New York: International Universities Press, 1968 (trad. it.: *Studi sulla tecnica psicoanalitica*. Roma: Armando, 1970).
- Renik O. (2006). *Practical Psychoanalysis for Therapists and Patients*. New York: Other Press (trad. it.: *Psicoanalisi pratica per terapeuti e pazienti*. Milano: Raffaello Cortina, 2007).

## ***Intervento di Marianna Bolko\****

***1. A proposito di controtransfert, intersoggettività e fenomeni ESP (Extra-Sensory Perception, cioè fenomeni riconducibili a percezioni diverse da quelle sensoriali che sembrano condurre all'acquisizione di informazioni per via anomala o sconosciuta, con particolare attenzione alle esperienze telepatiche)***

Freud ha mostrato interesse per i fenomeni di trasmissione del pensiero (telepatia) sia nella vita privata sia nella sua produzione scientifica. Anticipando la questione dell'*Unheimlich* (spaesante, perturbante: Freud, 1919) e riconducendola alla sua teoria, dopo il 1920 ha scritto quattro articoli affrontando diversamente il problema (Freud, 1921a, 1921b, 1925, 1932). In *Psicoanalisi e telepatia* aveva scritto, riferendosi alla telepatia: «Eppure pensate che passo enorme sarebbe rispetto alle concezioni di cui ci siamo fatti sostenitori se accogliessimo anche soltanto quest'unica ipotesi» (Freud, 1921b, p. 361). Questi articoli sono in genere poco conosciuti dagli psicoanalisti. Questo suo interesse è stato frenato da Jones per motivi diplomatici. Nel 1926 Helen Deutsch ha scritto l'articolo "Fenomeni occulti durante la psicoanalisi", nel quale anticipa anche la formulazione di Racker (1960) sul controtransfert concordante e complementare. Nonostante le innovazioni concettuali e le coraggiose descrizioni delle proprie esperienze cliniche, questo scritto è poco conosciuto se non ignorato.

Tra il 1955 e il 1957 sull'*International Journal of Psychoanalysis* è stata pubblicata una discussione tra Eisenbud (1957a, 1957b), Brenner (1957), Servadio (1955, 1957) e Brunswick (1957) sul tema, prendendo spunto da due articoli: il primo è di Servadio (1955) e si intitola "Un sogno presumibilmente telepatico-cognitivo durante la psicoanalisi"; il secondo è scritto da Eisenbud (1955) e si intitola "Uso dell'ipotesi ESP in psicoanalisi". In questa discussione Brenner (1957) era il principale oppositore. La tesi sostenuta era: o sono coincidenze o, ammesso che questi fenomeni siano veridici e genuini, ci si doveva solo vergognare in quanto segnali di controtransfert, allora teorizzato come macchia cieca e quindi segni che l'analista non fosse sufficientemente analizzato. Si trattava di sogni nei quali l'analizzando si intrufolava nella vita privata dell'analista senza avere alcuna possibilità di accedervi con i comuni sensi, ossia mostrava nei sogni o libere associazioni di essere a conoscenza di fatti avvenuti nella vita dell'analista. Non si tratta di impressioni durante la seduta di fatti emotivi dell'analista o fatti deducibili, ma eventi con particolari caratteristiche, che accadono al di fuori della seduta. Analista come schermo opaco o specchio era, quasi per tutti, l'ideale da raggiungere. Questa concettualizzazione era irriducibilmente incompatibile con la possibilità che il paziente potesse conoscere la vita privata dell'analista.

Di fatto, dal libro di Devereux, *Psychoanalysis and the Occult* (pubblicato nel 1953 a New York), dove viene pubblicata una serie di scritti di psicoanalisti che affrontano il problema dei fenomeni ESP durante il loro lavoro, e seguendo con attenzione la letteratura sull'argomento, non pochi sono gli analisti che hanno portato evidenze cliniche. Privatamente anche Kernberg (2011, comunicazione personale) ha ammesso il suo interesse e che anche a lui sono capitati questi eventi, mentre Merton Gill (1991, comunicazione personale) ha sdegnosamente rifiutato il problema dicendo che alla telepatia lui non crede.

Oggi, dopo che la soggettività è stata equiparata al controtransfert (bonificato dalla Heimann) e alle formazioni di compromesso dell'analista, si dovrebbe (o potrebbe) accettare questi eventi come già Hollós aveva anticipato nel 1933: «Eventi congiuntamente elaborati, dove il fenomeno telepatico rappresenta un'azione inconscia reciproca e non solo un atto di percezione da parte di uno o dell'altro».

---

\* Via Garibaldi 3, 40124 Bologna, Tel. 051-0338617, e-mail <bolko@libero.it>.

Tuttora i fenomeni ESP durante l'analisi vengono considerati figli bastardi come lo era la soggettività dello psicoanalista: il controtransfert attuale postulato da Racker negli anni 1950 viene scarsamente citato, controtransfert che non è collegabile alla risposta dell'analista al transfert del paziente ma è dovuto alla dipendenza dell'analista dalle istituzioni psicoanalitiche e, posso aggiungere, dalle teorie da esse professate. Mentre il *mainstream* degli psicoanalisti resiste a studiare i fenomeni ESP nella situazione psicoanalitica, altre discipline si danno da fare. È uscito a New York nel 2006, tradotto in italiano nel 2013, il libro *Menti interconnesse. Entangled Minds*, scritto dall'importante fisico Dean Radin, il cui sottotitolo è *I fenomeni psichici spiegati dalla fisica quantistica*. In questi giorni su un'accreditata rivista scientifica è uscito un articolo scritto da un gruppo di ricercatori italiani sulla scoperta che l'emisfero dominante, precisamente l'area di Broca, emette un certo segnale elettrico di risposta anche quando si legge in silenzio o semplicemente si pensa.

La locuzione della Heimann che nel 1950 ha permesso agli psicoanalisti di sentire e immaginare – «Il controtransfert è una creazione del paziente» (p. 85, trad. it.) – viene oggi considerata la soggettività dell'analista. Mi riferisco alla versione “forte” del controtransfert, come la definisce Eagle (2011, p. 247 trad. it.),.

## 2. Cosa rimane della teoria strutturale nella teoria del conflitto moderna come concepita da Brenner nell'ultima fase della sua vita (dal 1994 in poi)? (il libro *Psychoanalysis or Mind and Meaning del 2006 ne presenta la sintesi*)

Brenner ha abbandonato la seconda topica di Freud: le strutture Es, Io e Super-Io perdono valore a favore dei termini “persona”, “mente della persona”, etc. Il principio guida è quello di piacere-dispiacere. Il conflitto origina dal piacere simultaneo di soddisfare un desiderio e il dispiacere che si sviluppa in associazione a esso, conflitto dal quale derivano le formazioni di compromesso che permettono di minimizzare il dispiacere e nello stesso tempo concedere tanta gratificazione ai derivati pulsionali quanto è compatibile con un dispiacere non eccessivo. Tanto l'analista quanto il paziente hanno la mente composta da formazioni di compromesso: anche ciò che Hartmann (1937, 1954) ha definito come autonomi apparati dell'Io e sfera libera da conflitti viene inglobato dalle formazioni di compromesso. Esse permangono durante tutta la vita. Così viene spiegata la soggettività. Lo scopo dell'analisi sarebbe quello di alterare o modificare le formazioni di compromesso patologiche e patogene per permettere una vita meno sofferente. Brenner ha anche modificato l'interpretazione delle difese, della coazione a ripetere e della pulsione di morte. Il controtransfert viene concepito come la perturbazione delle formazioni di compromesso dell'analista. Detto ciò sorgono tre questioni:

1. Quanto rimane della classica teoria strutturale nella teoria del conflitto moderna come concepita da Brenner e cosa ne pensa il dr. Christian?
2. La soggettività può essere concepita solo vanificando la sfera libera da conflitti?
3. Se la formazione di compromesso è una funzione dell'Io che ne garantisce la permanenza, essa è innata, cioè connaturata all'essere umano?

## 3. Sull'intersoggettività

Secondo Bohleber (2013), le varie teorie intersoggettive si possono riassumere in tre gruppi.

1. L'intersoggettività è lo *spazio dinamico* tra i due soggetti, che rimangono relativamente indipendenti e autonomi. Il punto di vista intersoggettivo è connesso con l'intrapsichico.

2. Nelle teorie del Sé e dell'altro, l'altro è innanzitutto il centro dinamico che rende possibile al soggetto di venire a patti con se stesso e di compiere dei cambiamenti attraverso l'esperienza dell'alterità (Lacan, Green, Laplanche). Cito Green (2000): «L'intersoggettività diventa la necessaria mediazione per arrivare alla consapevolezza dell'intrapsichico» (p. 21).

3. Nel terzo gruppo l'intersoggettività è l'unità di base che si ritrova spesso nelle teorie del campo e dei sistemi. Essa riduce il soggetto all'effetto contingente del contesto. Ne sono espressioni la teoria del terzo e altre teorie dell'incontro intersoggettivo. Solo il mutuo riconoscimento, la mutua creazione del terzo, permette l'esperienza della individuazione dialogica (Ogden, Benedetti, Stolorow).

Dato che nella relazione del dr. Christian sono individuabili il primo e il terzo gruppo, mi interessa sapere perché non è stato considerato il secondo gruppo, riguardante l'alterità.

### **Bibliografia**

- Bohleber W. (2013). The concept of intersubjectivity in psychoanalysis: Taking critical stock. *International Journal of Psychoanalysis*, 94, 4: 799-823.
- Brenner C. (1957). Facts, coincidence, and the Psi hypothesis. *International Journal of Psychoanalysis*, 38: 51-53.
- Brenner C. (1994). The mind as conflict and compromise formation. *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 3, 4: 473-488.
- Brenner C. (2006). *Psychoanalysis or Mind and Meaning*. New York: Psychoanalytic Quarterly.
- Brunswick D. (1957). A comment on E. Servadio's "A presumptive telepathic-precognitive dream during analysis". *International Journal of Psychoanalysis*, 38: 56.
- Deutsch H. (1926). Okkulte Vorgänge während der Psychoanalyse. *Imago*, 12: 418-433. Trad. inglese: Occult processes occurring during psychoanalysis. In: Devereux, 1953. Ristampato in: Helene Deutsch, *The Therapeutic Process, the Self, and Female Psychology: Collected Psychoanalytic Papers* (History of Ideas Series. Edited by Paul Roazen). New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1992.
- Devereux G., editor (1953). *Psychoanalysis and the Occult*. New York: International Universities Press,
- Eagle M.N. (2011). *From Classical to Contemporary Psychoanalysis. A Critique and Integration*. New York: Routledge (trad. it.: *Da Freud alla psicoanalisi contemporanea. Critica e integrazione*. Milano: Raffaello Cortina, 2012; trad. it. delle pp. 131-143: La natura sociale della mente. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2011, XLV, 1: 7-22).
- Eisenbud J. (1955). On the use of the Psi hypothesis in psycho-analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 36: 370-374.
- Eisenbud J. (1957). Comments on Dr. Brenner's "Facts, coincidence, and the Psi hypothesis". *International Journal of Psychoanalysis*, 38: 54-56.
- Freud S. (1919). Il perturbante. *Opere*, 9: 81-114. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud S. (1921a). Sogno e telepatia. *Opere*, 9: 383-407. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud S. (1921b). Psicoanalisi e telepatia. *Opere*, 9: 343-361. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud S. (1925). Alcune aggiunte d'insieme all'interpretazione dei sogni. C. Il significato occulto dei sogni. *Opere*, 10: 161-164. Torino: Boringhieri, 1978
- Freud S. (1932). Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni). Lezione 30: Sogno e occultismo. *Opere*, 11: 145-169. Torino: Boringhieri, 1979
- Green A. (2000). The intrapsychic and the intersubjective in psychoanalysis. *Psychoanalytic Quarterly*, 69, 1: 1-39.
- Hartmann H. (1937). Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. *Internationale Zeitschr für Psychoanalyse*, 1939, 24: 62-135 (trad. ingl.: *Ego Psychology and the Problem of Adaptation*. New York: International Universities Press, 1958; trad. it.: *Psicologia dell'Io e problema dell'adattamento*. Torino: Boringhieri, 1966).
- Hartmann H. (1964). *Essays on Ego Psychology*. New York: International Universities Press (trad. it.: *Saggi sulla Psicologia dell'Io*. Torino: Boringhieri, 1976).
- Hollós I. (1933). Psychopathologie Alltäglicher Telepathischer Erscheinungen. *Imago*, 19: 529-546. Anche in: Devereux, 1953.
- Racker H. (1960). *Estudios sobre la tecnica psicoanalitica*. Buenos Aires: Paidós (trad. ingl.: *Transference and countertransference*. New York: International Universities Press, 1968 (trad. it.: *Studi sulla tecnica psicoanalitica*. Roma: Armando, 1970).
- Radin D. (2006). *Entangled Minds: Extrasensory Experiences in a Quantum Reality*. New York: Pocket Books (trad. it.: *Menti interconnesse. Entangled minds: i fenomeni psichici spiegati dalla fisica quantistica*. Roma: Mediterranee, 2013).
- Servadio E. (1955). A presumptive telepathic-precognitive dream during analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 36: 27-30.
- Servadio E. (1957). Reply to Dr. David Brunswick's comment. *International Journal of Psychoanalysis*, 38: 57.

Condivido ampiamente la posizione equilibrata di Christian nella disputa tra intersoggettivisti e teorici del conflitto. Vorrei però pormi al di qua della *querelle*, per focalizzare la questione che sta alla base della disputa, ed è espressa nell'avvio del *paper*: «Come arriviamo a conoscere un paziente?». Preciserò la questione in senso epistemologico: come arriviamo a conoscenze certe e non fallaci sul paziente? Ed è esattamente la questione che attraversa tutta la storia del controtransfert, su cui si sofferma Christian: come esser certi che le conoscenze guadagnate tramite il controtransfert dicano degli effettivi processi del paziente, e non siano invece le attribuzioni dell'analista al paziente?

Controtransfert oggi ha tanti significati. Nel discorso di Christian non ne trovo una definizione giustificata criticamente; mi pare che Christian lo intenda in senso lato – e se è così, concordo con lui – cioè il controtransfert sarebbe l'esperienza soggettiva che il terapeuta ha in reazione ai comportamenti e al discorso del paziente. Due sono i termini chiave: “soggettiva” e “in reazione a”. La parola “soggettiva” è ambigua: vale sia nel senso psicologico di “esperienza personale”, sia nel senso epistemologico di “conoscenza opinabile”. In questo secondo senso quel “soggettiva” fa problema, in quanto si contrappone alla “oggettiva” esperienza del paziente, cioè i suoi desideri e conflitti, in lui presenti *anche prima* di entrare in contatto con l'analista (detto tra parentesi, non vale la pena perder tempo dietro ai sofismi di chi sottovaluta questo “prima”, e comunque rinuncio qui a parlare delle fallacie logiche dell'intersoggettivismo radicale).

Nota subito che dal punto di vista epistemologico non fa scandalo l'intervento inevitabile della soggettività nel processo con cui si perviene a una conoscenza oggettiva: nelle stesse scienze naturali le osservazioni e la costruzione di teorie passano ampiamente per le preconcezioni, le fantasie, la creatività, le associazioni libere del ricercatore, e qui non posso mostrare esempi preclari nella storia della scienza. C'è tuttavia nella scienza un *caveat* decisivo: per quanto osservazioni e spiegazioni siano intuitivamente evidenti, esse devono sottoporsi al vaglio critico dei ricercatori che praticano la medesima disciplina; e l'oggettività consiste alla fin fine nell'accordo raggiunto tra i ricercatori di quella disciplina sul medesimo oggetto.

Ma nel caso delle sedute analitiche non è possibile il vaglio critico dei ricercatori, salvo quando si fa ricerca empirica. Qualunque cosa si pensi della ricerca empirica, va da sé che non si può fare ricerca empirica di ogni itinerario terapeutico. Dunque la *questione cruciale* diventa: se e come è possibile, all'interno dell'itinerario clinico, una conferma delle osservazioni e teorie guadagnate col controtransfert, e anche ovviamente di quelle guadagnate con mezzi diversi dal controtransfert.

Prima di rispondere alla questione debbo fare una riflessione sulla natura del controtransfert per parare possibili obiezioni a questa mia impostazione. Il controtransfert, riconosco, è uno strumento di conoscenza molto particolare che non ha pari in altre discipline scientifiche, perché usa vissuto, emozioni, storia dell'analista-ricercatore, per fare *inferenze* sul vissuto dell'altra persona. Dico “inferenze” perché di per sé le interpretazioni e spiegazioni guadagnate partendo dal controtransfert non rispecchiano direttamente i processi mentali presenti nel paziente. Infatti, di che cosa parla il controtransfert? Che cosa intenziona? In quanto lo abbiamo definito *esperienza in reazione a* – e dobbiamo essere coerenti con le definizioni adottate – di certo il controtransfert non dice *solo* dell'analista, infatti esso accade nell'analista in reazione a *quel* paziente e con altro paziente il medesimo analista avrebbe altro controtransfert. Ma d'altra parte neppure dice *solo* del paziente, infatti chi esperisce la reazione controtransferale è *quell'*analista con la sua personalità e storia e un altro analista col medesimo paziente avrebbe un controtransfert diverso, almeno un po'. È vero piuttosto che il controtransfert parla di una relazione che nasce dal concorso dei due. Un po' come nella somma di vettori in fisica: il vettore risultante è diverso da entrambi i vettori di partenza, ma è conseguenza di entrambi.

Insomma se il controtransfert riporta certamente *qualcosa* del paziente, non sappiamo però con certezza *che cosa*; in definitiva che cosa riusciamo a conoscere del paziente? La domanda torna

---

\* Via Rattazzi 51, 15121 Alessandria, e-mail <mauro.fornaro@tiscali.it>.

insistente, ma occorre aver pazienza e riflettere sullo stesso “conoscere”. Ciò che riusciamo a conoscere con certezza dipende molto dal livello di comunicazione che si instaura tra paziente e analista. Tipi diversi di comunicazione – non c’è solo la comunicazione verbale – portano a tipi e livelli diversi di conoscenza. Credo non si sia ancora abbastanza riflettuto sui diversi livelli di conoscenza che si attuano nel controtransfert, ma se ci sono diversi livelli di conoscenza essi richiedono anche diversi tipi di validazione. A un estremo abbiamo conoscenze a livello della mera intuizione empatica di una intenzione o di uno stato emotivo altrui, all’estremo opposto abbiamo conoscenze articolate che si esprimono in affermazioni sui processi interni del paziente, fino a mostrare anche relazioni di tipo causale.

A questo punto posso finalmente rispondere alla questione cruciale suddetta: come possiamo avere conferme all’interno del percorso clinico con quel concreto paziente. La mia risposta è che a livello delle interpretazioni e delle spiegazioni espresse o esprimibili in frasi, le conoscenze appaiono certe nella misura in cui superano una serie di criteri di convalida. Esempifico servendomi della bella vignetta offerta da Christian: vi si nota una coerenza di indizi che felicemente vanno nella stessa direzione. La coerenza di indizi è appunto un criterio di convalida intraclinico, e che il controtransfert sia fonte di “indizi” – *clues* in inglese – lo dice anche Christian. Il *paper* di Christian offre una pluralità di elementi che convergono a corroborare le due principali tesi che espone sui processi mentali della paziente. A proposito della prima tesi, secondo cui la paziente vorrebbe compiacere le persone importanti con cui entra in relazione, notiamo una convergenza tra la *hubris* controtransferale di Christian – che si sente un novello Freud a fronte di una novella Irma – e l’investimento transferale della paziente, che inonda l’analista coi suoi sogni. La seconda tesi riguarda la presenza, dietro alle autodenigrazioni (*self deprecations*) della paziente, di impulsi aggressivi verso suo padre; Christian perviene a questa più impegnativa interpretazione con vari passaggi controtransferali, tra gli altri quello consistente nel senso di irritazione per la paziente lamentosa, il quale senso bene converge col transfert della paziente sull’analista, per cui ella si lamenta che l’analista sarebbe poco interessato a lei, in confronto con gli altri pazienti. Tuttavia la felice complementarità di transfert e controtransfert può essere sospettata, in astratto, di una relazione meramente speculare, al limite una *folie à deux*: quanto più l’analista si riconosce in un dato controtransfert e si comporta a partire da esso, tanto più conferma il transfert del paziente, e il transfert confermato riconferma a sua volta il controtransfert dell’analista. Ma Christian introduce pure un altro tipo di indizi, cioè alcuni episodi chiave nella biografia della paziente: quanto alla prima tesi, la paziente sentì effettivamente di dover compiacere i genitori, morto il fratello; quanto alla seconda tesi, ricorda il rimprovero del padre irritato: “Basta con i piagnistei” (*there will be no more crying*).

Dunque vediamo fecondamente all’opera più indizi che vanno nella medesima direzione.

Ma si può essere ipercritici e obiettare che anche numerosi indizi, senza che ci sia la “pistola fumante”, non sono una prova incontrovertibile. Fortunatamente esistono altri criteri di convalida, li ho illustrati in un articolo accolto su un numero dello scorso anno di *Psicoterapia e Scienze Umane* (Fornaro, 2013). Ripercorrendoli brevemente, ricordo anzitutto che Freud avanzò il criterio di convalida consistente nell’assenso convinto e ripetuto del paziente alle interpretazioni dell’analista; ma si può sospettare che il paziente assenta dietro suggestione, Freud aggiunge allora che il criterio vale se, a séguito dell’interpretazione, il paziente riporta abbondante materiale che va nella medesima direzione, e una certa produzione di materiale convergente troviamo nella paziente di Christian. Questo criterio può naturalmente svilupparsi nel criterio della fecondità euristica che già cinquant’anni fa il nostro Galli (1964, p. 2) aveva ricordato: si tratta di una verifica *ex post* per cui un’interpretazione data è tanto più plausibile, quanti più nuovi eventi essa riuscirà a spiegare o a prevedere. C’è poi il criterio della coerenza narrativa nel senso di una ricostruzione della storia interiore del paziente che colmi vuoti e incongruenze: è un criterio enfatizzato dagli ermeneuti, ma anch’esso presenta limiti (pure i paranoici fanno narrazioni abbastanza coerenti). Anche i miglioramenti del paziente nelle relazioni che intrattiene successivamente possono valere come criterio di convalida, e nella vignetta di Christian il comportamento riparativo della paziente verso il padre sembra in qualche modo un progresso; ma il miglioramento potrebbe essere avvenuto anche per motivi diversi dalle interpretazioni. Insomma, quanto più siffatti criteri di convalida convergono nella medesima direzione, tanto più le nostre interpretazioni e spiegazioni appaiono plausibili, a



prescindere da come sono sorte. Ma tesi interpretative come quelle espresse nella vignetta di Christian comportano un tipo di conoscenza abbastanza evoluta, che fa molti passi oltre all'esperienza del mero sentire che in genere accade in prima istanza nel controtransfert.

Allora sviluppo ancora un po' la riflessione sui vari livelli di conoscenza cui prima accennavo. Per far onore all'ospite la dico in inglese, dove si distingue tra *knowledge about* e *acquaintance*. È grosso modo la distinzione latina tra *scire* e *noscere*: con l'*acquaintance* abbiamo una conoscenza per esperienza immediata, dice il grande James (1890, pp. 172-173 trad. it. del 1905) nei *Principii di psicologia*, una conoscenza tramite *presentation* dice Russell (1905, p. 479) in *Mind*, cioè per come l'oggetto si offre alla mente; invece con il *knowledge about* abbiamo una conoscenza articolata, tramite *descriptions*, dice James, *by means of denoting phrases*, dice Russell, cioè passa per concetti e frasi atte a denotare qualcosa che non è né concetto né parola. Ebbene, forzando un po' questa contrapposizione avvicinerei l'*acquaintance* alla conoscenza preverbale, presimbolica che avviene laddove intuiamo lo stato emotivo altrui, vedendone il comportamento, l'espressione del volto. Sono fenomeni di comunicazione e di conoscenza immediate, accadono al di fuori del pensiero e della parola: si pongono per dirla con Wilma Bucci (1997) in un'area subsimbolica, Bollas (1987) parlerebbe di *unthought known*, un conosciuto non pensato. Trattasi di comunicazioni e conoscenze presenti già nel neonato, attestate per via sperimentale specie da Trevarthen (1998): il neonato ha una conoscenza dell'emozione della madre guardandone il volto, e non si tratta di semplice imitazione, perché vi reagisce adeguatamente, e questa conoscenza avviene nel neonato ovviamente senza pensieri né parole.

È a questo livello di comunicazioni che ha senso parlare dei neuroni specchio (cfr. Gallese, Migone & Eagle, 2006), sui quali si è speculato anche a sproposito. I neuroni specchio attestano che l'emozione altrui viene conosciuta perché si riproduce sia pure parzialmente in noi, in modo immediato, preterintenzionale. Pertanto, ed ecco il punto chiave sotto il profilo epistemologico: siffatta conoscenza dello stato emotivo altrui è del tutto certa, perché provo in me il medesimo stato, prima di poterlo descrivere in parole, prima di cogliere le ragioni del suo prodursi. Non c'è allora bisogno di convalida successiva.

Ebbene, queste forme di comunicazione sono suscettibili di entrare pure nel controtransfert. Esse si offrono specie nelle espressioni extraverbali (gesti, mimica, portamento), nelle espressioni meta-linguistiche cui fa cenno anche Christian, cioè la prosodia, l'intonazione della voce, il ritmo del discorso. L'analista dovrebbe farsi il più possibile recettivo di fronte a queste comunicazioni non verbali ed emozionali, che a volte producono nell'analista sensazioni corporee prima che egli se ne renda conto nel pensiero cosciente; occorre si lasci coinvolgere in questo tipo di sensazioni, recependo, grazie a una regressione funzionale, forme di conoscenza poco articolate quanto a *knowledge about*, ma certe e ricche di contenuto.

In conclusione, quanto più l'esperienza controtransferale si nutre di questo tipo di comunicazioni, tanto più si è vicini allo stato oggettivo dell'altro; ma quando cerchiamo di mettere in parole questo esperire "pancia-pancia", e soprattutto quando cerchiamo di fornire interpretazioni e spiegazioni, allora torna in primo piano il problema della plausibilità delle nostre affermazioni e pertanto dobbiamo usare i criteri di convalida che ho prima descritto.

## Bibliografia

- Bollas C. (1987). *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*. London: Free Association Books (trad. it.: *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Roma: Borla, 1989).
- Bucci W. (1997). *Psychoanalysis and Cognitive Science: A Multiple Code Theory*. New York: Guilford (trad. it.: *Psicoanalisi e scienza cognitiva. Una teoria del codice multiplo*. Roma: Fioriti, 1999).
- Fornaro M. (2013). Come validare le interpretazioni e le spiegazioni in clinica senza ricorrere alla ricerca empirica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLVII, 4: 601-620. DOI: 10.3280/PU2013-004002.
- Gallese V., Migone P. & Eagle M.N. (2006). La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XL, 3: 543-580.
- Galli P.F. (1964). Psicoterapia e scienza (Conferenza tenuta alla Clinica Psichiatrica dell'Università di Losanna nell'ottobre 1964). *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1967, I, 2/3: 1-5. Edizione su Internet: <http://www.priory.com/ital/riviste/psicouman/scienza.htm>.
- James W. (1890) *The Principles of Psychology*. New York: Dover, 1950 (Trad. it.: *Principii di psicologia*. Milano: Società Editrice Libreria, 1900, 1905; Milano: Principato, 1965).
- Russel B. (1905). On denoting. *Mind*, 14, 56: 479-493.
- Trevarthen C. (1998). *Empatia e biologia: psicologia, cultura e neuroscienze*. Milano: Raffaello Cortina.

## *Intervento di Paolo Migone\**

Chris Christian ha discusso un tema che è centrale oggi in psicoanalisi, quello da lui definito dell'intersoggettività, e che si riferisce a problematiche alle quali è stato variamente fatto riferimento anche con i termini di controtransfert in senso allargato o "totalistico" (Kernberg, 1965), di identificazione proiettiva (Bolko & Merini, 1991; Migone, 1995b) e così via. Sono i temi spesso sollevati dai colleghi che fanno riferimento alla psicoanalisi relazionale (Mitchell e altri) o, appunto, intersoggettiva (Stolorow e altri).

Mi limito ad alcune brevi considerazioni, anche perché i colleghi che mi hanno preceduto hanno già trattato alcune questioni. Ogni idea nuova o apparentemente nuova che è comparsa nella storia della psicoterapia spesso è originata come reazione a un atteggiamento precedente considerato sbagliato o parziale (lo stesso Christian ha parlato qui di "oscillazioni del pendolo" della storia della psicoterapia). Certe scuole si sono formate non sulla base di differenze qualitative, ma perché davano un maggiore enfasi a un aspetto piuttosto che a un altro (viene in mente l'articolo di Kernberg [2011] sulle "Divergenze nella psicoanalisi contemporanea" che abbiamo pubblicato nel n. 1/2012 di *Psicoterapia e Scienze Umane*, in cui fa notare che certi approcci, come quello neo-bioniano, enfatizzano il mondo interno a scapito di quello esterno, mentre altri, come quello relazionale, enfatizzano quello esterno a scapito delle fantasie interne, ma entrambi gli approcci colgono aspetti importanti anche se con un'enfasi diversa). Un problema è che non raramente queste posizioni considerate sbagliate erano basate su fraintendimenti della teoria della tecnica, o su ingenuità, a volte fisiologiche, legate agli sviluppi di una disciplina. Per quanto riguarda la questione della soggettività, ovvero di quella che è stata chiamata "equazione personale" dell'analista come contributo alla interazione col paziente (il concetto di "equazione personale", originato in astronomia e poi applicato ad altri campi, era ben conosciuto da Freud), in alcuni circoli psicoanalitici etichettati come ortodossi o "freudiani" – va notato però che Freud, a questo riguardo, non è mai stato un "freudiano" – se ne aveva una visione ingenua, secondo la quale il terapeuta poteva "purificare" o "eliminare" le interferenze dei propri fattori personali attraverso una terapia "riuscita", una supervisione o eventualmente una ulteriore *tranche* di terapia personale. Si riteneva che un terapeuta "ben analizzato" avesse una certa garanzia di vedere il paziente come veramente è, senza farsi influenzare dal controtransfert (cioè dal proprio transfert verso il paziente). Come si è ricordato anche prima a proposito del concetto di "equazione personale", è ovvio che questo è un mito, se non altro perché – senza considerare le implicazioni filosofiche – in tutte le discipline scientifiche, anche quelle "dure", non esiste una vera e propria "oggettività" (Bersani, 2008; Migone, 2008). Emerse anche che, con una progressiva diversificazione delle teorie psicoanalitiche, i pazienti ovviamente venivano "visti" in modi diversi anche a seconda delle teorie professate dal terapeuta. Ammettere però che è ingenuo pensare che il terapeuta possa essere totalmente oggettivo non significa che non vi possano essere gradi di maggiore o minore "oggettività", cioè di maggiore o minore capacità di avvicinarsi alla realtà del paziente. Un primo errore logico è stato quindi quello di sovrapporre l'una all'altra due polarità: maggiore *versus* minore oggettività, e totale *versus* nessuna oggettività (quindi "oggettività" *versus* "soggettività"). Poi, aggiungendo confusione a confusione, è successo che le critiche a una eccessiva enfasi di un certo atteggiamento psicoanalitico "classico" – che peraltro, ripeto, a volte era frainteso dai suoi esponenti come pure dai detrattori – sono diventate in certi ambienti una nuova "scuola", una nuova "teoria", che spesso e volentieri si poneva con le stesse premesse che venivano criticate con la differenza che erano opposte, cioè uguali e contrarie: se l'analista non può mai essere oggettivo, allora non può mai conoscere il paziente, cioè è sempre vittima della sua "irriducibile soggettività" (Renik, 1993, 1996).

---

\* Via Palestro 14, 43123 Parma, tel. 0521-960595, e-mail <migone@unipr.it>.

Questa problematica è stata declinata nei vari aspetti della teoria della tecnica, secondo i termini di volta in volta utilizzati. Ne accenno alcuni.

*Controtransfert.* Come ho già accennato, inizialmente si credeva che il controtransfert fosse un ostacolo che interferiva nella “corretta” comprensione del paziente. Una volta che si comprese che le emozioni del terapeuta potevano *anche* servire a capire meglio il paziente, il controtransfert per alcuni è diventato uno strumento di conoscenza, al limite infallibile, in quanto «creazione del paziente» (Heimann, 1950, p. 85 trad. it.), quindi senza alcun *input* da parte del terapeuta. Il concetto di controtransfert è diventato una cosa completamente diversa da quello che era prima, e un aspetto prezioso che originariamente aveva rischiato di perdersi, così che un arricchimento del lavoro clinico si è trasformato a volte in un impoverimento.

*Identificazione proiettiva.* Stesse osservazioni possono essere fatte riguardo alla identificazione proiettiva (Migone, 1995b), concetto che peraltro – come si espresse una volta Ogden (1979, 1982) che a cavallo degli anni 1980 contribuì a descriverlo – fa parte del capitolo del controtransfert. Il concetto di identificazione proiettiva, formulato per la prima volta dalla Klein nella terapia coi bambini, ha poi preso piede soprattutto nel lavoro con gli psicotici, dove i sentimenti che i terapeuti erano costretti a vivere nel contatto quotidiano coi pazienti erano particolarmente violenti, angoscianti, primitivi, relativamente nuovi per loro, così che era difficile continuare ad ascriverli alla categoria del controtransfert: sempre più terapeuti insomma erano stanchi di pensare che stavano così male “per colpa loro”, e trovarono rassicurante pensare che il malessere non originava da loro ma veniva proiettato dentro di loro dal paziente. Ciò permetteva uno sblocco di difficili situazioni di stallo terapeutico, in cui l’analista poteva finalmente sentirsi non più colpevolizzato per quello che provava. Dalla moda del controtransfert, cioè da una modalità di lavoro secondo la quale ci si chiedeva sempre quale poteva essere il nostro contributo nella comprensione dei pazienti, si passò alla moda della identificazione proiettiva, cioè a una modalità di lavoro secondo la quale tutto quello che noi provavamo non era nostro ma ci era stato “buttato dentro” dal paziente. Fu una stagione in cui tanti terapeuti si sentirono più leggeri, meno in ansia coi loro pazienti, perché il messaggio che veniva dato dai loro supervisori era – ovviamente con una semplificazione – che se stavano male “non era colpa loro ma del paziente”. In effetti la stagione del controtransfert, fiorita ai primi anni 1980, permise nuovi insight e un arricchimento nel lavoro clinico, però in molti ambienti si tradusse in uno schematico capovolgimento della concezione precedente, caratterizzato dagli stessi errori, cioè come una nuova oscillazione del pendolo. In un certo senso, l’atteggiamento ortodosso rimase tale e quale, ma capovolto nel contrario e ugualmente rigido. Come ha osservato Eagle (2000 p. 28 ediz. it., 2011 p. 248 trad. it), ricordato da Christian, sembra quasi che in certi casi l’atteggiamento classico sia tornato indietro e si sia vendicato. Sembra che molti colleghi abbiano bisogno di “prendere partito”, di schierarsi in modo quasi ideologico, forse come una difesa inconsapevole dalle ansie generate dal lavoro clinico. Se non si differenzia controtransfert da identificazione proiettiva (ovvero, controtransfert in senso ristretto da controtransfert in senso allargato o “totalistico”), cioè se rimane un unico amalgama, si limita il lavoro analitico, perché in effetti “analisi” significa differenziare, scomporre una totalità nelle sue componenti, e questo arricchisce la nostra comprensione dei fenomeni psicologici. Se diciamo che “tutto è mescolato”, diciamo una cosa anche vera, ma non facciamo un gran passo avanti nella identificazione della maggiore o minore presenza di certe variabili.

*Schermo opaco.* Anche il concetto di schermo opaco (*blank screen*) è stato oggetto di interminabili dispute di sapore ideologico. Dopo che tanti analisti, che prima avevano creduto di essere degli schermi opachi, si accorsero che non erano affatto opachi ma che, anzi, più credevano di essere opachi più si rivelavano al paziente, vi è stata la tendenza a credere che in ogni caso non è possibile nascondersi al paziente. Se è vero che alcuni avevano peccato di ingenuità nel credere nel *cliché* – anzi nella caricatura – dell’analista anonimo, neutrale, silenzioso, opaco, ecc., questo non significa che sia risolto il problema di come porsi in modo ottimale di fronte al paziente per permettergli di esprimersi nel modo più autentico possibile. Questo problema rimane tale e quale, come sanno bene coloro che hanno studiato le “tecniche del colloquio” (che è anche un esame alla

Facoltà di Psicologia) o che cercano di porsi in modo ottimale di fronte al paziente quando gli somministrano un test proiettivo, perché sanno che vi sono infiniti modi di condizionarlo, e che comunque non è possibile non condizionarlo mai. A questo riguardo sarebbe interessante discutere la posizione di Merton Gill (1979, 1982, 1984, 1994; vedi Migone, 1991, 1995c, 2000) e il modo con cui ha cercato di risolvere la questione della neutralità dopo la sua revisione della “analisi del transfert” compiuta alla fine degli anni 1970, perché a mio parere è uno dei tentativi più interessanti, alla luce anche della autorevolezza di Gill e del suo percorso teorico, ma in questa sede non è possibile per motivi di tempo (alcuni articoli di Gill sono comunque stati pubblicati su *Psicoterapia e Scienze Umane*: Gill, 1983, 1993).

Ho accennato alle tematiche del controtransfert, della identificazione proiettiva, e dello schermo opaco, e si potrebbe continuare con altri concetti collegati che negli ultimi decenni hanno occupato l’attenzione del movimento psicoanalitico (si pensi all’*enactment*, alla cosiddetta *self-disclosure* o *self-revelation*, al “campo bi-personale”, al “terzo analitico”, e così via). Non è possibile qui prenderli in esame, mi limito a ricordare un episodio di una decina di anni fa in cui ebbi uno scambio con Robert Stolorow, principale esponente dell’approccio intersoggettivo in psicoanalisi. Una volta a un congresso fui invitato a fungere da *discussant* di una relazione di Stolorow (2004), il quale sottolineò che terapeuta e paziente sono fusi in un’unica realtà intersoggettiva, per cui non è possibile avere una visione oggettiva del paziente, ad esempio non è possibile fare una diagnosi, osservare la realtà del paziente dall’esterno come se fosse oggettiva, e così via. Fui colpito da questa posizione perché implica la impossibilità di conoscere qualunque cosa, di fare una osservazione, anche se limitata, sulla realtà. Mi sembrava insomma una concezione estremizzata e in definitiva sbagliata. Nella mia discussione mi limitai a fargli solo una breve domanda, che era ovviamente provocatoria. Gli chiesi: «Ma Bob, se terapeuta e paziente costituiscono una realtà inseparabile, come se, per così dire, fossero fusi in un unico blocco di marmo, non scomponibile, tu allora perché parli? Perché hai tenuto questa relazione? Infatti ogni cosa che dici o che osservi ritaglia un aspetto di questa realtà dalla tua prospettiva, implica insomma scomporre questa realtà, in un certo senso vuol dire oggettivarla rispetto a un soggetto che la osserva». Naturalmente questo mio breve intervento suscitò un certo imbarazzo.

Chiudo con una breve domanda a Chris Christian. Nelle conclusioni della sua relazione, ha affermato:

«Per definizione, la teoria psicoanalitica del conflitto moderna presta una particolare attenzione alla soggettività, definita nei termini di una presenza ubiquitaria del conflitto e delle formazioni di compromesso. Conflitto e formazione di compromesso pervadono tutto ciò che l’analista pensa, fa, sente, il modo con cui ascolta, cosa interpreta e quando lo fa».

Quindi la formazione di compromesso, che era già nell’armamentario teorico della Psicologia dell’Io, sarebbe il concetto chiave per capire il controtransfert. E ha aggiunto:

«Ma se nel lavoro con un paziente le formazioni di compromesso dell’analista sono *disturbate* – come evidenziato dalla consapevolezza di un aumento dell’angoscia, del malessere, di insolite difficoltà nell’ascoltare o elaborare il materiale portato dal paziente, oppure da una tendenza ingiustificata a distrarsi mentre il paziente racconta, possiamo parlare di risposta di controtransfert» (corsivo aggiunto).

A me sembra che per la definizione del concetto di controtransfert non sia sufficiente parlare di “disturbo” delle “normali” formazioni di compromesso. Infatti non solo non è chiaro chi decide il limite tra disturbo e non disturbo, e poi anche un terapeuta non disturbato può essere vittima di controtransfert, ad esempio può cadere in una trappola controtransferale senza provare alcun disturbo perché collude col paziente. Mi sembra quindi che neppure l’introduzione del concetto di “disturbo” delle formazioni di compromesso riesca a risolvere il problema della definizione del controtransfert.

## Bibliografia

- Bersani F. (2008). La riproducibilità nella scienza: mito o realtà? *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2009, XLIII, 1: 59-76.
- Bolko M. & Merini A. (1991). Osservazioni sulla identificazione proiettiva: through the looking glass. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXV, 4: 19-34. Edizione su Internet: <http://priory.com/ital/riviste/psicouman/bolkmerini.htm>.
- Eagle M.N. (2000). Una valutazione critica delle attuali concettualizzazioni su transfert e controtransfert. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXIV, 2: 25-42. Edizione su Internet: <http://priory.com/ital/riviste/psicouman/eagle00.htm> (trad. inglese: A critical evaluation of current conceptions of transference and countertransference. *Psychoanalytic Psychology*, 2000, 17, 1: 24-37).
- Eagle M.N. (2011). *From Classical to Contemporary Psychoanalysis. A Critique and Integration*. New York: Routledge (trad. it.: *Da Freud alla psicoanalisi contemporanea. Critica e integrazione*. Milano: Raffaello Cortina, 2012; trad. it. delle pp. 131-143: La natura sociale della mente. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2011, XLV, 1: 7-22).
- Gill M.M. (1979). The analysis of the transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27: 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. (1983). The interpersonal paradigm and the degree of the therapist's involvement. *Contemporary Psychoanalysis*, XIX, 2: 202-237 (trad. it.: Il paradigma interpersonale e la misura del coinvolgimento del terapeuta. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1995, XXIX, 3: 5-44).
- Gill M.M. (1984). Psychoanalysis and psychotherapy: a revision. *International Review of Psychoanalysis*, 11: 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; seconda edizione: 1999, pp. 206-236; edizione su Internet: <http://www.pol-it.org/ital/10a-Gill.htm>). Dibattito su Internet a cura di Paolo Migone: <http://www.psychomedia.it/pm-lists/debates/gill-dib-1.htm>.
- Gill M.M. (1993). Tendenze attuali in psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXVII, 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).
- Heimann P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31: 81-84. Anche in: Langs R., editor, *Classics in Psychoanalytic Technique*. New York: Aronson, 1981, pp. 139-142 (trad. it.: Sul controtransfert. In: Albarella C. & Donadio M., a cura di, *Il controtransfert*. Napoli: Liguori, 1986, pp. 81-86).
- Kernberg O.F. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 1: 38-56.
- Kernberg O.F. (2011). Divergent contemporary trends in psychoanalytic theory. *Psychoanalytic Review*, 98, 5: 633-664 (trad. it.: Divergenze nella psicoanalisi contemporanea. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2012, XLVI, 1: 7-34).
- Migone P. (1991). La differenza tra psicoanalisi e psicoterapia: panorama storico del dibattito e recente posizione di Merton M. Gill. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXV, 4: 35-65 (un intervento al dibattito: Sulla differenza tra psicoanalisi e psicoterapia. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1992, XXVI, 4: 135-136). Una versione del 1992 su Internet: [www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt59pip.htm](http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt59pip.htm).
- Migone P. (1995a). *Terapia psicoanalitica. Seminari*. Milano: FrancoAngeli (Nuova edizione: 2010). Una scheda su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm-revs/books/migone1a.htm>.
- Migone P. (1995b). La identificazione proiettiva. In: Migone, 1995a, cap. 7 (Nuova edizione: 2010, cap. 7).
- Migone P. (1995c). Merton M. Gill. In: Migone, 1995a, pp. 221-229 (Nuova edizione: 2010, pp. 269-267).
- 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, p. 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, 1:23-40).
- Migone P. (2008). Psicoterapia e ricerca "scientifica". *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2009, XLIII, 1: 77-94.
- Ogden T.H. (1979). On projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*, 60: 357-373. Anche in: Ogden, 1982, cap. 2.
- Ogden T.H. (1982). *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. New York: Aronson (trad. it.: *L'identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica*. Roma: Astrolabio, 1994).
- Renik O. (1993). Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanalytic Quarterly*, 62: 553-571.
- Renik O. (1996) The perils of neutrality. *Psychoanalytic Quarterly*, 3: 495-517 (trad. it.: I pericoli della neutralità. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2001, XXXIV, 1: 5-27).
- Stolorow R. (2004). "From drive to affectivity: Contextualizing psychological life". Relazione al Simposio "The implications of relational psychoanalysis for psychotherapy integration" (25 giugno 2004, ore 17.00-18.30) al XX Congresso Internazionale della *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI) "What makes a good psychotherapist?" (Amsterdam, 24-27 giugno 2004).