

Capitolo 4

Resistenza

4.1 Considerazioni generali

I vocaboli usati per descrivere la resistenza del paziente sono fuorvianti e ricchi di metafore il cui significato primitivo è basato sulla lotta dell'uomo per l'esistenza o, persino, sulla guerra. Del resto, è contrario al senso comune che un paziente in cerca di aiuto, a causa della sua sofferenza psichica o psicosomatica, mostri contemporaneamente forme di comportamento che sono state riassunte da Freud con il termine «resistenza». Sin dall'inizio di questo capitolo ci interessa mettere in evidenza che, nella relazione con il loro medico e nella relazione di transfert con il loro psicoterapeuta, i pazienti cercano *primariamente* un aiuto concreto. I fenomeni di resistenza appaiono *secondariamente* e come conseguenza di disturbi che portano in un modo o nell'altro, inevitabilmente, alla resistenza. E furono proprio i *disturbi* della relazione terapeutica a fornire lo spunto per l'osservazione originaria della resistenza. Così possiamo ancora dire con Freud (1899, p. 472) che «qualsiasi cosa disturbi la continuazione del lavoro [analitico] è una resistenza». Il lavoro analitico si fonda sulla relazione terapeutica. Per tale motivo l'orientamento fondamentale della resistenza è *contro* la relazione di transfert, che è contemporaneamente desiderata.

Il paziente in cerca di aiuto sperimenta, proprio come il suo terapeuta, che il processo di cambiamento è, come tale, inquietante perché l'equilibrio che il paziente ha raggiunto, anche se a costo di serie restrizioni della sua libertà di movimento, sia interna che esterna, garantisce un certo grado di sicurezza e stabilità. Egli sviluppa inconsciamente aspettative e immagini di eventi, che potrebbero anche essere sgradevoli, in base a tale equilibrio. Si forma così un circolo vizioso che si autoalimenta e si autorinforza sebbene il paziente persegua consciamente un forte desiderio di cambiamento; l'equilibrio raggiunto, per quanto le conseguenze possano essere patologiche, contribuisce in maniera

decisiva alla riduzione dell'angoscia e dell'insicurezza. Le varie forme di resistenza hanno la funzione di mantenere l'equilibrio raggiunto; da ciò derivano diversi aspetti della resistenza:

- a) la resistenza è correlata al cambiamento, consciamente desiderato ma inconsciamente temuto;
- b) l'osservazione della resistenza è legata alla relazione terapeutica. Atti mancati o altri fenomeni motivati inconsciamente possono essere osservati anche al di fuori della terapia. La resistenza è parte del processo terapeutico;
- c) poiché la continuazione del lavoro analitico può essere disturbata in vari modi, non esiste tipo di comportamento che non possa essere usato come resistenza, quando raggiunge una certa intensità. La collaborazione fra terapeuta e paziente viene disturbata quando la resistenza oltrepassa un certo grado di intensità. Può essere manifestata da un'ampia gamma di fenomeni: l'intensificarsi del transfert fino a diventare cieca infatuazione può trasformarsi in resistenza, come pure l'eccessiva descrizione di sogni o il riflettervi sopra troppo razionalmente;
- d) per valutare la resistenza sono quindi usati criteri *qualitativi* e *quantitativi*. Transfert positivi o negativi diventano, ad esempio, resistenza se raggiungono un'intensità tale da rendere difficile o impossibile una cooperazione riflessiva.

Si può distinguere, come Glover (1955), tra forme di resistenza grossolane e palesi da una parte, e forme non appariscenti dall'altra. Tra le resistenze grossolane sono i ritardi, le assenze alle sedute, il mutismo o l'eccessiva loquacità, il rifiuto automatico o il fraintendimento persistente di ciò che l'analista dice, il «fare il finto tonto», le continue distrazioni, l'addormentarsi in seduta e infine l'interruzione del trattamento. Queste condotte grossolane, che danno l'impressione di un sabotaggio conscio e intenzionale, colpiscono l'analista in un punto particolarmente sensibile. Alcuni dei comportamenti appena menzionati, quali i ritardi e le assenze, rovinano il lavoro analitico e possono indurre l'analista a formulare interpretazioni globali, che nel caso migliore possono essere considerate come misure pedagogiche, e nel caso peggiore sfociano in conflitti di potere. Tali complicazioni si possono sviluppare con particolare rapidità e fin dall'inizio del trattamento. Perciò è così importante ricordare che il paziente cerca primariamente una relazione di aiuto. Se l'analista non si lascia coinvolgere in una lotta di potere, si potranno riconoscere, già all'inizio di un trattamento, i segni più sottili di resistenza a un transfert positivo, sotto la forma poco appariscente di una reticenza nel dialogo che può essere interpretata. In tal caso non si arriva necessariamente a una lotta di potere quale può essere provocata, logicamente, dagli attacchi alle condizioni di esistenza della terapia.

La resistenza è diventata, da disturbo al lavoro analitico, «resistenza al processo psicoanalitico», come Stone (1973) intitolò un'ampia rassegna su questo tema; tra il 1900 e la data di pubblicazione di questa rassegna sono state de-

scritte molte forme particolari e tipiche di resistenza. Esse si possono classificare, con l'inevitabile impoverimento in vivacità ed espressività, secondo punti di vista qualitativi e quantitativi e secondo la loro genesi. Poiché la resistenza al processo psicoanalitico si considera come resistenza al transfert, questa forma di resistenza è stata sempre al centro dell'attenzione. È perciò opportuno chiarire, per prima cosa, come e perché si instaura la resistenza al transfert.

Etchegoyen, nel suo libro sulla tecnica (1986), non dedica un capitolo specifico alla concezione psicoanalitica della resistenza. Egli tratta la questione della resistenza nell'ultima parte del libro dove, riferendosi alle vicissitudini del processo psicoanalitico, descrive due situazioni « favorevoli » (insight ed elaborazione) e cinque che potremmo chiamare « di resistenza »: passaggio all'atto, reazione terapeutica negativa, rovesciamento di prospettiva, fraintendimento e « stallo terapeutico ». Nella letteratura psicoanalitica generalmente viene dato grande rilievo al tema della resistenza da parte della scuola della psicologia dell'Io, per la quale l'analisi della resistenza costituisce un pilastro della tecnica classica, mentre nella concezione kleiniana essa non trova una collocazione specifica, dal momento che l'amplificazione del concetto di transfert conduce alla conseguenza che transfert è tutto ciò che il paziente porta nella relazione. L'analista è quindi nella condizione di interpretare fin dall'inizio dell'analisi angosce e fantasie « profonde », incluse quelle più primitive. Il problema di questa concezione, come si riflette nella storica polemica tra le scuole, è quando, quanto e con quali criteri interpretare, vale a dire il problema della resistenza. D'altro canto, una lettura attenta dei lavori clinici degli autori kleiniani dimostra che questa è una costante preoccupazione dell'analista. Rosenfeld, nel suo ultimo libro (1987), dedicò un capitolo ai fattori terapeutici e antiterapeutici dipendenti dall'analista, individuando tra questi ultimi i difetti di empatia, che portano a interpretazioni rigide, fuori tempo, o a respingere le critiche del paziente contro di esse, e tutto ciò va nel senso della resistenza al processo analitico; pertanto non possiamo dire che gli analisti kleiniani non abbiano presente il concetto di resistenza nel lavoro analitico, anche se non lo teorizzano in modo specifico. Lo svantaggio che vediamo nella carenza di una riflessione teorica specifica attorno al concetto di resistenza è che così si sorvola su molte altre possibili funzioni della resistenza, molto importanti da valutare dal punto di vista tecnico.

Secondo la nostra esperienza, considerare in modo esplicito i diversi aspetti della resistenza appare particolarmente importante nell'ambito della formazione psicoanalitica. È frequente che i candidati, entusiasti dalla concezione totale del transfert, interpretino in modo eccessivo e precoce il « profondo », e ciò conduce perlomeno a complicazioni di transfert, se non addirittura all'interruzione del trattamento, con la conseguente esperienza traumatica per il paziente e per l'analista principiante. Riteniamo dunque che, così come la re-

sistenza contiene un aspetto protettivo per il paziente, il considerarla in modo esplicito e il tenerla d'occhio nel trattamento proteggano la relazione terapeutica e con essa anche l'analista.

4.1.1 *Classificazione delle forme di resistenza*

Il transfert fu scoperto da Freud in un primo tempo come resistenza, come l'*ostacolo principale*. Nella prassi (dove sarebbe opportuno abbandonare l'uso di designare uomini e donne sofferenti come «i pazienti»), i pazienti (e specialmente le pazienti, il che è significativo) non si attenevano allo stereotipo di ruolo prescritto dalla relazione medico-paziente, ma incorporavano il terapeuta nel loro mondo fantasmatico personale. Come medico, Freud era disturbato da questa osservazione. A causa della loro cattiva coscienza e vergogna per avere contravvenuto mentalmente a un accordo, le pazienti celavano le loro fantasie e sviluppavano una *resistenza* contro questi sentimenti e desideri sessuali trasferiti su Freud. Poiché Freud non aveva dato alcuna occasione reale per la genesi attuale di questi desideri, e dunque per il loro scatenarsi nella situazione analitica, sembrò opportuno esaminare attentamente la preistoria dei modelli delle aspettative inconscie. L'esame accurato del transfert quale «falsa connessione» portò alle fantasie e ai desideri inconsci del passato e infine alla scoperta del complesso edipico e del tabù dell'incesto. Quando risultò che l'influenza del medico derivava dai genitori (e dalla relazione *irreprensibile*, non urtante, con essi) la concezione del transfert si modificò; da ostacolo principale, divenne il più potente strumento della terapia, a patto che non si trasformi in transfert negativo o in transfert positivo francamente erotizzato.

Il rapporto fra transfert e resistenza (come concetto di resistenza al transfert) si può schematizzare come segue: dopo aver superato la resistenza *contro* il diventare consapevole del transfert, la terapia, nella teoria di Freud, si basò sul benevolo transfert irreprensibile (non urtante), che diventò il più desiderabile e potente strumento dell'analista. Il transfert positivo, nel senso di relazione *sui generis*, rappresentò il fondamento della terapia (vedi sopra, cap. 2).

L'alleanza di lavoro (come diremmo oggi) è messa in pericolo se il transfert positivo si intensifica o se si creano polarizzazioni definite amore di transfert o transfert negativo (aggressivo). Il transfert dunque diventa resistenza in seguito all'erotizzazione dell'atteggiamento del paziente nei confronti dell'analista (amore di transfert) o alla trasformazione in odio (transfert negativo). Ambedue queste forme di transfert diventano, secondo Freud, resistenza quando impediscono la *funzione del ricordare*.

Infine troviamo un terzo aspetto nella resistenza alla risoluzione del transfert. Nel concetto di resistenza di transfert sono pertanto riunite la resistenza contro la consapevolezza del transfert, la resistenza come amore di transfert o come transfert negativo e la resistenza alla risoluzione del transfert.

La comparsa concreta dei vari elementi della resistenza di transfert dipende

da come le regole e le interpretazioni strutturano la situazione terapeutica. Ad esempio, la resistenza contro la consapevolezza del transfert è una componente regolare della fase iniziale dell'analisi. Le successive fluttuazioni di questa forma di resistenza riflettono le fluttuazioni specifiche della coppia analitica. Un paziente paranoide svilupperà rapidamente un transfert negativo e una paziente ninfomane presenterà ben presto un transfert erotizzato. Dall'intensità di tali transfert dipende il passaggio da transfert a resistenza. Tra questi due poli esiste un ampio spettro nel cui ambito il singolo analista deciderà quali tipi di comportamento interpretare come resistenza. In tal senso la classificazione successiva di Freud (1925b) offre criteri diagnostici che includono, oltre alla resistenza di rimozione e di transfert, la resistenza del Super-io e dell'Es e la resistenza dovuta al tornaconto secondario della malattia.

Quindi, la moderna classificazione in due forme di resistenza dell'Io (resistenza di rimozione e di transfert), resistenza del Super-io e dell'Es risale alla revisione teorica che Freud fece negli anni venti. Poiché la resistenza di transfert mantiene ancora il suo ruolo centrale nella teoria strutturale, i due modelli base di resistenza di transfert, cioè il transfert eccessivamente positivo (erotizzato) e il transfert negativo (aggressivo), costituiscono ancora il punto focale dell'interesse terapeutico. Perciò abbiamo differenziato ulteriormente il concetto di resistenza di transfert.

Nella nostra discussione sulla teoria del transfert (vedi sopra, cap. 2) non abbiamo trattato le complicazioni dovute al fatto che i due modelli base della resistenza di transfert possono rendere più difficile la cura. Nel transfert negativo può prendere il sopravvento il rifiuto aggressivo, e la terapia può subire una stasi o giungere all'interruzione (Freud, 1912a, 1937a).

È degno di nota che Freud abbia mantenuto la polarizzazione nel suddividere la resistenza in una forma negativa (aggressiva) e una forma troppo positiva (erotizzata), sebbene la modificazione della teoria delle pulsioni e specialmente l'introduzione della teoria strutturale avessero portato, tra il 1912 e il 1937, alla classificazione di cinque forme di resistenza. Probabilmente questo tratto conservatore del pensiero di Freud dipende dal fatto che egli è rimasto fedele, nella tecnica di trattamento, al concetto della polarizzazione di amore e odio nella fase del conflitto edipico e del transfert che ne costituisce la riattualizzazione, come è stato puntualizzato soprattutto da Schafer (1973). Da tutto questo, e dall'universale ambivalenza umana, risulta l'inevitabilità dei transfert positivi e negativi.

Ma che cosa accade con l'intensificarsi del transfert fino al punto in cui diventa resistenza, sia come amore di transfert sia come odio insopprimibile? Senza volere sminuire la capacità umana di odio e di distruttività, non si può dubitare che è stato trascurato a lungo il ruolo svolto dalla tecnica di trattamento nello scatenare la resistenza, sotto forma di transfert negativo (Thomä, 1981). Anna Freud (1954a) sollevò la questione se, in ultima analisi, il trascurare (talvolta

completamente) il fatto che l'analista e il paziente sono due persone, entrambe adulte, che si trovano in una relazione reciproca reale e personale, non sia per caso responsabile di alcune delle reazioni aggressive che noi provochiamo nei nostri pazienti e che eventualmente consideriamo soltanto come transfert.

Lo stesso vale per l'amore di transfert, specialmente se arriva al punto che la sua erotizzazione fa naufragare l'analisi o la rende impossibile. Naturalmente conosciamo anche altri casi di amore di transfert, come ad esempio quelli descritti da Nunberg (1951), Rappaport (1956), Saul (1962) e Blum (1973). È fuor di dubbio che il transfert erotizzato può trasformarsi in resistenza. Vogliamo tuttavia fare presente che anche nella letteratura più recente si accenna solo marginalmente all'influenza dell'analista e della sua tecnica sullo sviluppo di transfert negativi o erotizzati, sebbene sia generalmente riconosciuto con quale forza i transfert negativi – e lo stesso vale per quelli erotici – dipendano dal controtransfert, dalla tecnica e dalla posizione teorica dell'analista.

Nel nostro lavoro analitico ci poniamo con Schafer (1973, p. 281) le seguenti domande:

Come possiamo capire che il paziente vive proprio in questo e non in altro modo, sviluppando proprio questi sintomi, soffrendo proprio in questa maniera, creando proprio queste relazioni, vivendo proprio questi sentimenti? Perché interrompere l'ulteriore comprensione proprio in questo modo e in questo preciso momento? Quale desiderio o quale categoria di desideri sono stati soddisfatti e in che misura? È in tal senso che l'analisi clinica finisce nella ricerca di conferme («appagamenti di desideri»)? Si intende esattamente questo, alla fin fine, con l'analisi della resistenza e della difesa? Che scopo hanno resistenza e difesa? A che cosa mira questa persona?

Schafer giustamente ha posto alla fine la domanda sulla funzione della resistenza e della difesa. Le autodifese abituali contro i pericoli immaginati inconsciamente sono infatti la conseguenza di tentativi falliti lungo tutta la vita di trovare sicurezza e soddisfazione nei rapporti interpersonali. Perciò nelle pagine che seguono porremo in rilievo la funzione di regolatore della relazione svolta dalla resistenza.

4.1.2 *La resistenza come regolatore della relazione*

Il sottolineare questa funzione della resistenza implica di considerare in particolare il rapporto tra resistenza e transfert. Il modello conflittuale intrapsichico (resistenza di rimozione) è associato nella resistenza di transfert alla psicologia delle relazioni oggettuali e al modello di conflitto interpersonale. Freud stabilì questa connessione quando modificò la sua teoria dell'angoscia in *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925b), nella cui appendice si trova la classificazione delle cinque forme di resistenza sopra menzionate. È bene ricordare che Freud faceva risalire tutte le angosce nevrotiche a pericoli reali, cioè a minacce provenienti dall'esterno.

L'angoscia di castrazione e l'angoscia per la perdita dell'oggetto o del suo amore sono condizioni la cui origine richiede due o tre persone. Nonostante ciò, nel modello psicoanalitico del conflitto i processi intrapsichici sono stati

sottolineati su un versante unilaterale. La teoria della scarica suggeriva per prima cosa che le gravi angosce di annientamento derivassero da fattori quantitativi. D'altra parte si trascurò l'influenza della situazione nella genesi dell'angoscia, nel senso di un pericolo reale. Anche riguardo all'indicazione terapeutica si considerano come casi particolarmente adatti alla psicoanalisi quelli che presentano strutture stabili, vale a dire conflitti interiorizzati. Resta poi la questione di che cosa disturbi l'omeostasi, l'equilibrio interno.

Gli analisti che si orientano secondo il modello conflittuale intrapsichico rispondono a questa domanda come Brenner (1979b, p. 558): «È una difesa ogni attività psichica che ha lo scopo di evitare il dispiacere provocato da derivati pulsionali. Non esiste altro modo valido per definire la difesa.»

Gli analisti che danno maggior rilievo, nella teoria, alle relazioni oggettuali assumono un punto di vista sostenuto molto tempo fa da Brierley (1937, p. 262):

Il bambino in un primo tempo è interessato agli oggetti solo in riferimento ai suoi sentimenti e alle sue sensazioni, ma non appena questi sentimenti si legano stabilmente agli oggetti, il processo di difesa contro le pulsioni diventa un processo di difesa contro gli oggetti. Il bambino tenta allora di controllare i suoi sentimenti mediante la manipolazione degli oggetti che li rappresentano.

4.1.3 Resistenza e difesa

Consideriamo particolarmente importante chiarire il rapporto reciproco tra resistenza e difesa. Questi due termini sono spesso usati come sinonimi. Tuttavia, i fenomeni di resistenza possono essere osservati, mentre i processi di difesa devono invece essere dedotti. Con le parole di Freud (1915-17, p. 454), «al processo patogeno che ci viene dimostrato dalla resistenza abbiamo dato il nome di *rimozione*».

Usando «resistenza» e «difesa» come sinonimi, è facile ritenere erroneamente di aver chiarito la funzione della resistenza già con la semplice descrizione. Ai rapporti psicodinamici si dà spesso, nel gergo clinico, un'interpretazione globale: il transfert negativo serve come difesa contro sentimenti positivi; le seduzioni isteriche difendono contro angosce precoci di abbandono e carenze del Sé e così via.

Al contrario, il compito più importante sta nel riconoscere le istanze individuali di tali rapporti psicodinamici, cioè ogni singolo atto psichico, e saperle utilizzare in terapia. Così procedette Freud quando costruì il prototipo di tutti i meccanismi di difesa, la resistenza di rimozione, ponendola in rapporto con la maniera di esperire del paziente e con i sintomi. In questa descrizione, una forma particolare di resistenza si rapporta con il prototipo di tutti i meccanismi di difesa.

Va rilevato che il concetto di resistenza pertiene alla teoria della tecnica, mentre quello di difesa si riferisce al modello strutturale dell'apparato psichico (Leeuw, 1965).

Forme tipiche di difesa, come ad esempio l'identificazione con l'aggressore, implicano processi difensivi complessi e a più stadi (rimozione, proiezione,

scissione ecc.). Questi processi inconsci costituiscono la base di una moltitudine di fenomeni di resistenza (Ehlers, 1983).

L'ulteriore sviluppo della teoria dei meccanismi di difesa rese più accessibili alla terapia le cosiddette resistenze di difesa, oltre al loro prototipo, la resistenza di rimozione, che può essere illustrata dalle famose parole di Nietzsche in *Al di là del bene e del male*: «“Ho fatto questo”, dice la mia memoria. “Non posso aver fatto questo”, dice il mio orgoglio, e rimane inesorabile. Alla fine la mia memoria cede.» Dal punto di vista psicoanalitico, naturalmente, sono al centro dell'interesse i processi inconsci dell'autoinganno (Fingarette, 1977).

La più importante conseguenza pratica della teoria strutturale è la tipologia clinica dei fenomeni di resistenza descritta da Anna Freud (1936). Il «transfert di difesa», ad esempio, si dimostra come «resistenza al transfert» nel senso sopra descritto. Che si parli una volta di resistenza e un'altra di difesa è dovuto da una parte al significato simile di queste due parole e dall'altra al fatto che da decenni i casi di forme tipiche di resistenza sono descritti con la terminologia dei processi di difesa. Inoltre c'è un rapporto linguistico tra i processi inconsci di difesa di una persona e le sue azioni: il paziente nega, ripara, rivolge qualcosa contro di sé, scinde, tenta di annullare l'accaduto, regredisce.

La preferenza per la terminologia della difesa esprime probabilmente una tendenza che portò al «linguaggio dell'azione» di Schafer (1976). Un attento esame delle tipiche forme di resistenza porta naturalmente oltre la teoria dei meccanismi di difesa e rende necessario, per esempio, prendere in considerazione i complessi fenomeni dell'agire, della coazione a ripetere e della resistenza dell'Es. In vari modi, questi fenomeni servono infatti a mantenere un equilibrio e determinano la resistenza specifica ai cambiamenti. Così, per ragioni di brevità, la terminologia psicoanalitica si riferisce alla resistenza, ad esempio, in termini di regressione, proiezione o diniego. Poiché i meccanismi inconsci di difesa si deducono dalla resistenza, cioè non possono essere esperiti in modo immediato né sono osservabili direttamente, il rapporto tra resistenza e difesa è ingarbugliato da complicati problemi di convalida del costrutto. Speriamo di aver mostrato in modo convincente che l'uso generale di resistenza e difesa come sinonimi è molto criticabile.

I problemi generali toccati finora saranno approfonditi più avanti in questo capitolo. Saranno posti in rilievo i seguenti punti fondamentali: poiché Freud attribuì alla resistenza, già al tempo della sua scoperta, una funzione di regolazione delle relazioni, parleremo (4.2) della sua funzione protettiva nei confronti dell'angoscia. A questo proposito, appare indispensabile tener conto anche di altri segnali affettivi. Per la sua grande importanza, abbiamo dato sin da queste note introduttive un posto preferenziale alla resistenza di transfert, che tratteremo nuovamente nel paragrafo 4.3 in connessione con la rimozione.

La classificazione di Freud ci induce poi a trattare (4.4) le resistenze del Super-io e dell'Es. Queste due forme di resistenza devono la loro denominazione alla revisione teorica radicale che Freud effettuò negli anni venti. La riorganizzazione della teoria delle pulsioni e la sostituzione del modello topico (inconscio, preconscious e coscienza) con la teoria strutturale (Es, Io e Super-io) vanno fatte risalire, a nostro avviso, alle esperienze di Freud nella pratica analitica. La scoperta di sentimenti di colpa inconsci nella cosiddetta reazione terapeutica negativa diede origine all'assunto che parti essenziali dell'Io e del Super-io siano inconscie. Nello stesso tempo Freud fu profondamente colpito dalla coazione a ripetere, che tentò di spiegare con la natura conservatrice delle pulsioni attribuite all'Es. Sembrava ora che le forze dell'Es chiarissero anche la capacità di perseverazione del transfert erotizzato e di quello negativo, aggressivo, come pure la resistenza del Super-io. Descriveremo (4.4.1) le conseguenze pratiche e teoriche dell'esame critico di tali forme di resistenza (dell'Es e del Super-io), che chiariremo servendoci come esempio del modo odierno di intendere la reazione terapeutica negativa.

In seguito (4.4.2) discuteremo gli sviluppi più recenti delle teorie sull'aggressività umana. Ci dedicheremo poi brevemente (4.5) al tema del tornaconto secondario della malattia, che per Freud dipende dalla resistenza dell'Io. Questa forma di resistenza, estremamente importante, sarà discussa dettagliatamente nel capitolo 8, tra i fattori che intervengono nel mantenimento dei sintomi. Secondo la nostra opinione, il tornaconto secondario della malattia ha ricevuto un'attenzione troppo scarsa nell'ambito della tecnica psicoanalitica.

Infine (4.6) rivolgeremo la nostra attenzione alla resistenza d'identità, descritta da Erikson, che è il prototipo di tutto un gruppo di fenomeni di resistenza clinicamente e teoricamente molto importante. I fenomeni descritti come resistenza d'identità non sono nuovi. La novità introdotta da Erikson sta nel diverso orientamento teorico, per cui la funzione della resistenza (e anche dei processi inconsci di difesa) è collegata con la conservazione del sentimento di sé o sentimento d'identità, che è di origine psicosociale. Si introduce così un principio superiore di regolazione. La separazione del principio di piacere-dispiacere dal principio economico e dalla teoria della scarica non deve assolutamente portare a trascurare le scoperte di Freud relative al mondo dei desideri inconsci dell'uomo. Con George Klein e molti altri analisti contemporanei, riteniamo invece che la teoria psicoanalitica della motivazione guadagni in plausibilità e utilità terapeutica quando la ricerca pulsionale di gratificazioni sessuali edipiche o pregenitali venga intesa come parte essenziale nello sviluppo e nella strutturazione del *sentimento di sé*. L'assunto di una reciproca dipendenza tra regolazione del sentimento di sé (come Io o identità di sé) e appagamento di desideri trae origine dalle esperienze acquisite nella pratica psicoanalitica. Ciò ci permette anche di uscire dal dilemma in cui è venuto a trovarsi Kohut con la sua teoria dello sviluppo a due binari, con processi indipendenti l'uno

dall'altro nello sviluppo (narcisistico) del Sé e in quello (libidico) degli oggetti. Si può facilmente dimostrare che è un assurdo separare la formazione (narcisistica) del Sé dalle relazioni oggettuali (pulsionali): non esistono disturbi delle relazioni oggettuali senza disturbi del Sé e viceversa.

4.2 *Angoscia e funzione protettiva della resistenza*

Freud incontrò resistenza in pazienti isteriche, nei suoi tentativi terapeutici di far rivivere i loro ricordi dimenticati. Quando nel periodo preanalitico egli applicava l'ipnosi e la tecnica della pressione, veniva considerato come resistenza tutto ciò che nel paziente si opponeva ai tentativi del medico di influenzarlo. In queste forze avverse orientate verso l'esterno, cioè contro l'influenza del medico, Freud (1892-95, p. 407) vide rispecchiate quelle forze interne che avevano portato il paziente alla dissociazione, durante l'insorgenza dei sintomi, e che li mantenevano attivi:

Dunque una forza psichica, l'avversione dell'Io, aveva in origine scacciato la rappresentazione patogena dell'associazione [e aveva dunque portato alla dissociazione] e si opponeva ora al suo ritorno nel ricordo. Il «non sapere» degli isterici era dunque un «non voler sapere», più o meno cosciente, e il compito del terapeuta consisteva nel superare mediante lavoro psichico questa *resistenza all'associazione*.

Sin dall'inizio l'osservazione terapeutica era connessa con un modello esplicativo psicomodinamico che faceva dipendere dall'intensità della resistenza il grado di deformazione delle associazioni e dei sintomi (Freud, 1903). La scoperta delle pulsioni inconscie e dei desideri e angosce edipici approfondì la conoscenza dei motivi della resistenza e rafforzò il suo ruolo chiave nella tecnica di trattamento. Sandler, Dare e Holder così riassumono (1973, p. 69):

Quando la psicoanalisi entrò in quella che è stata descritta come la sua seconda fase (Rapaport, 1959) e fu riconosciuta l'importanza degli impulsi e dei desideri interiori (contrapposti alle esperienze reali dolorose) come causa dei conflitti e motivo delle difese, per ciò che riguarda il concetto di resistenza non si ebbero mutamenti fondamentali. La resistenza, tuttavia, era ora concepita come diretta non solo contro il ricordo di memorie penose, ma anche contro la consapevolezza di impulsi inaccettabili.

Si partì dal «non voler sapere». Si doveva chiarire ora il «non poter sapere», gli autoinganni e i processi inconsci che portavano alla riproduzione distorta dei desideri pulsionali.

La registrazione descrittiva dei fenomeni di resistenza è oggi giorno conclusa. Quasi un secolo dopo la scoperta di Freud, non esiste probabilmente nemmeno un impulso umano che non sia stato descritto, nella letteratura psicoanalitica, nel suo rapporto con una specifica resistenza. Non sarà difficile al lettore prendere dimestichezza con il sentimento di resistenza se immagina un dialogo fittizio nel quale comunicare senza riserve al suo interlocutore tutto ciò che gli passa per la mente.

Nel dialogo terapeutico la resistenza svolge una funzione regolatrice della relazione. Perciò Freud, sin dall'inizio, fece le sue osservazioni nel contesto della relazione tra paziente e analista, e capì che la resistenza era in stretto rapporto con il transfert. Come abbiamo già accennato, a causa della ristrettezza del modello conflittuale e strutturale fu trascurata la funzione della resistenza come regolatrice della relazione («guardia di frontiera»). Ma il contesto della scoperta della resistenza rimase determinante per tutti gli ulteriori tentativi di chiarimento. Perché si producono fenomeni di resistenza nella relazione terapeutica, e a quali fini servono? A questa domanda Freud diede una risposta globale (1925b): tutti i fenomeni di resistenza sono correlati della difesa contro l'angoscia. L'angoscia come affetto carico di dispiacere fu associata alla rimozione, prototipo dei meccanismi di difesa. Secondo il modo di esprimersi di Freud l'angoscia è una metonimia (*pars pro toto*) per vergogna, lutto, colpa, debolezza, alla fin fine per tutti i segnali affettivi del dispiacere.

Di conseguenza, l'angoscia divenne l'affetto più importante della teoria psicoanalitica della difesa. Freud poté dire allora che l'angoscia, insieme alle corrispondenti reazioni di attacco-fuga e ai loro correlati emozionali, costituisce il nucleo del problema delle nevrosi (*ibid.*). I processi inconsci di difesa sono così ancorati biologicamente. In tal modo, l'aver sottolineato il ruolo dell'angoscia come motore delle malattie mentali e psicosomatiche indusse naturalmente a trascurare altri segnali affettivi a sé stanti. Al giorno d'oggi, per motivi sia teorici sia terapeutici, i segnali affettivi devono essere considerati in modo più differenziato. Se si resta ancorati al prototipo storico dell'angoscia e della difesa contro di essa, non si rende giustizia all'ampio spettro dei disturbi affettivi. Se il paziente si sta in realtà difendendo da un'altra emozione di diversa qualità e l'analista l'interpreta come angoscia, di fatto, in quel momento, egli ignora il vissuto del paziente. Molti fenomeni confluiscono nell'angoscia, e per tale motivo parliamo di angoscia di vergogna, angoscia di separazione o angoscia di castrazione, ma nella gerarchia degli affetti esistono su larga scala anche elementi indipendenti, la cui fenomenologia ha incontrato un interesse crescente, in psicoanalisi, solo negli ultimi decenni.

Le cause di ciò sono molteplici. Probabilmente soltanto dopo il lavoro di Rapaport del 1953 si è resa manifesta l'assenza di una teoria psicoanalitica sistemica degli affetti. La derivazione degli affetti dalle pulsioni e la concezione di Freud degli affetti come rappresentanti di energie pulsionali non favorì lo sviluppo di una precisa descrizione fenomenologica di stati affettivi qualitativamente differenti. Con la revisione della teoria dell'angoscia, l'angoscia segnale divenne il prototipo di tutti gli stati affettivi. Freud separò ampiamente l'angoscia segnale dal processo economico della scarica (1925b, p. 287); descrisse tipiche situazioni di pericolo e distinse differenti condizioni affettive, ad esempio il dolore come affetto. Ma l'angoscia ottenne nella psicoanalisi un

ruolo esclusivo soprattutto perché, realmente, molti affetti hanno una componente di angoscia (Dahl, 1978).

Illustreremo la considerazione differenziata di un affetto e della sua relazione con l'angoscia usando come esempio la vergogna e basandoci sulle ricerche di Wurmser (1981). Chi soffre di *angoscia da vergogna* ha paura di esporsi di fronte agli altri e di essere umiliato. Secondo Wurmser, un sentimento di vergogna complesso si organizza attorno a un nucleo depressivo: «Ho fatto una brutta figura e mi sento umiliato; vorrei scomparire; per come sono, per le brutte figure che faccio, non vorrei più esistere.» Questo sentimento può essere eliminato solo se si evita di esporsi: «Se mi nascondo, scomparendo e, se necessario, morendo.»

Esiste inoltre la vergogna come protezione, come un nascondersi preventivo, come *formazione reattiva*. È ovvio che la funzione protettiva generale della resistenza si riferisce principalmente a sentimenti di vergogna insopportabili. Tutte le tre forme della vergogna, l'angoscia da vergogna, la vergogna depressiva e la vergogna come formazione reattiva, hanno secondo Wurmser un polo nel soggetto e un polo nell'oggetto: si ha vergogna *di fronte a qualcuno e per qualcosa*. Dal punto di vista tecnico è essenziale una fine analisi fenomenologica delle distinte condizioni affettive, proprio perché in tal modo si ha la possibilità di ottenere una specificazione psicoanalitica utile per capire quale sarà il modo migliore di *procedere con tatto* da parte dell'analista in quel momento. Una procedura *piena di tatto* nell'analisi della resistenza non è quindi solo il risultato dell'empatia e dell'intuizione. Nell'attuale interesse per il controtransfert vediamo il segno di un maggior interesse per il carattere polimorfico delle emozioni e degli affetti.

La funzione protettiva della resistenza può essere anche descritta per mezzo di altri affetti. Krause (1983, 1985) e Moser (1978) hanno mostrato che sentimenti aggressivi come fastidio, ira, rabbia e odio possono essere utilizzati quali segnali interni alla stessa maniera dell'angoscia e, ugualmente, possono scatenare processi difensivi. Naturalmente i sentimenti aggressivi possono anche sommarsi fino al punto di esprimersi come angoscia segnale. La teoria dell'angoscia risulta seducente perché è elegante, concisa e unitaria. Il genio di Freud agì come il rasoio di Occam, subordinando a un unico tipo, almeno in parte, alcuni sistemi di segnali affettivi indipendenti, come se fossero suoi vassalli.

Ai fini terapeutici non è opportuno prendere in considerazione l'angoscia segnale in maniera prioritaria. Moser (1978, pp. 236 sg.) ha ribadito, con i seguenti argomenti, la regola tecnica di accettare come indipendenti anche altri affetti segnale:

Questi affetti [sdegno, ira, rabbia, odio ecc.] sono usati quali segnali interni allo stesso modo dell'angoscia, sempre quando il vissuto affettivo abbia raggiunto completamente il livello di sviluppo di un sistema interno di comunicazione (sistema segnaletico). In molti sviluppi nevrotici (ad esempio nelle depressioni nevrotiche, nelle nevrosi ossessive, nei disturbi nevrotici del carattere) il sistema segnaletico dell'aggressività risulta interamente atrofizzato o sviluppato male.

Questi pazienti non percepiscono i loro impulsi aggressivi e perciò non possono né riconoscerli, né integrarli in un contesto situazionale. Presentano un comportamento aggressivo senza rendersene conto (e nemmeno in seguito sono capaci di considerarlo tale) o reagiscono agli stimoli ambientali atti a scatenare l'aggressività con un'attivazione emotiva, analizzando questi stimoli in maniera diversa, interpretandoli ad esempio come segnali di angoscia. In questo caso si produce uno spostamento dal sistema segnaletico dell'aggressività a quello dell'angoscia segnale (...) Nella teoria delle nevrosi questi processi di sostituzione sono stati descritti come tipici meccanismi affettivi di difesa con espressioni quali «aggressività come difesa contro l'angoscia» e «angoscia come difesa contro l'aggressività». Ci sono dunque buoni motivi per mettere accanto alla teoria dell'angoscia segnale una «teoria dell'aggressività segnale».

Waelder (1960, pp. 182 sg.) ha descritto lo sviluppo della tecnica psicoanalitica in base a una serie di quesiti che si pone l'analista. Per prima cosa «egli ha di continuo in mente la domanda: *quali sono i desideri del paziente?* Che cosa vuole (inconsciamente)?». Dopo la revisione della teoria dell'angoscia, «la vecchia domanda relativa ai suoi [del paziente] desideri dovette essere completata con la domanda: di che cosa ha paura?». Le conoscenze relative ai processi inconsci di difesa e resistenza portarono infine alla terza domanda: «E quando è in preda alla paura, che cosa fa?» Waelder rilevò che fino allora non si erano aggiunti altri aspetti che aiutassero l'analista a orientarsi nell'esame del paziente.

Oggi si ritiene opportuno porsi una serie di ulteriori domande, come per esempio: che cosa fa il paziente quando si vergogna, gioisce, si stupisce, quando è afflitto, impaurito, nauseato o infuriato? I modi di esprimere le emozioni sono molteplici e possono essere preceduti da stadi aspecifici di attivazione emotiva. Emozioni e affetti possono essere perciò interrotti già nello stadio indifferenziato, per così dire alla radice, e possono anche accumularsi a formare angoscia. Ai fini della tecnica terapeutica è bene tenere presente la molteplicità degli affetti perché riconoscere emozioni qualitativamente diverse facilita l'integrazione e ostacola o elimina il loro accumulo.

Naturalmente ci sono sempre state una serie di altre domande che non sono state considerate da Waelder. Non dobbiamo trascurare i punti di vista terapeutici e diadici, per cui l'analista si pone parallelamente molte domande che hanno un comune denominatore: che cosa faccio per provocare quest'angoscia e questa resistenza nel paziente? E soprattutto: come posso contribuire al loro superamento? Nelle riflessioni diagnostiche sopra riportate si devono differenziare l'uno dall'altro i vari affetti segnale. Oggi persino un analista conservatore come Brenner (1982) riconosce che gli affetti depressivi e gli affetti di angoscia spiacevoli valgono come fattori dello stesso peso nello scatenamento di conflitti. Non è importante per la nostra discussione il fatto che vi sia qualche perplessità ad attribuire un'indipendenza nel sistema segnale ai complessi affetti depressivi. È senz'altro più decisivo capire nel loro insieme la regolazione del piacere-dispiacere e la genesi dei conflitti, senza limitarsi all'angoscia, per quanto essenziale sia questo modello di affetto segnale.

Dobbiamo tenere in particolare considerazione, come fa Krause (1983), il carattere comunicativo degli affetti nella teoria dei processi di difesa (e di resistenza). Nei suoi primi scritti Freud aveva adottato da Darwin (1872) il rilievo dato all'espressione delle emozioni. Nella successiva teoria delle pulsioni gli affetti furono sempre più considerati come prodotti di scarica e di investimento. La pulsione trova il suo rappresentante nella rappresentazione ideativa e nell'affetto e si scarica verso l'interno (Freud, 1915b, p. 62, nota 2):

L'affettività si manifesta essenzialmente in una scarica motoria (secretoria e vascolare) da cui risulta una alterazione (interna) del corpo del soggetto, senza rapporto col mondo esterno; la motilità si esprime in azioni destinate a modificare il mondo esterno.

Con queste parole Freud ha stabilito in maniera unilaterale il rapporto tra pulsione e affetto: gli affetti sono diventati così dei derivati pulsionali, e sembra sia andato perduto il loro carattere comunicativo. In effetti l'interazione tra pulsione e affetto è, come risulta dall'originale prospettiva di Krause, una faccenda complessa che non procede in un'unica direzione, cioè dalla pulsione all'affetto. Ci occuperemo di questo complicato problema solo nella misura in cui riguarda la comprensione della resistenza.

Si hanno ovviamente conseguenze durature sull'atteggiamento terapeutico se si fanno risalire in modo unilaterale l'angoscia, la rabbia, la nausea, la vergogna (per nominare alcune condizioni affettive) ai cambiamenti dell'equilibrio corporeo. In tale maniera si trascura tanto l'origine interattiva di nausea, vergogna, angoscia e rabbia quanto la loro funzione di segnale. Al contrario, sono proprio questi processi comunicativi che rendono comprensibile, rilevò Modell (1984a), la contagiosità degli affetti che Freud osservò nei processi gruppal. La reciprocità che caratterizza lo scatenamento degli affetti tra gli esseri umani, attraverso processi circolari di rinforzo o di impoverimento emotivo, costituisce la base dell'empatia. Perciò, in terapia, l'analista, come risultato della sua comprensione empatica degli stati affettivi del paziente, può percepire che le emozioni hanno un aspetto comunicativo.

La teoria dell'identificazione proiettiva formulata dalla scuola kleiniana si fondò sulla base della concezione freudiana della scarica. Melanie Klein la definì come «una forma particolare di identificazione che costituisce il *prototipo delle relazioni oggettuali aggressive*» (1946, p. 417; corsivo nostro). Attraverso l'identificazione proiettiva, il bambino (e poi il paziente) ha la fantasia di liberarsi di parti o aspetti dolorosi o sgradevoli di sé stesso (in accordo col principio di piacere), cioè di liberarsi di un affetto o un'emozione spiacevole proiettandoli all'interno della madre (analista). In questo modo, il modello dell'identificazione proiettiva fu inizialmente concepito al servizio della diminuzione del carico di aggressività o pulsione di morte (nell'ambito della concezione dualistica delle pulsioni, che non distingue chiaramente tra pulsione e affetto). Nel contesto del nostro discorso è interessante che, tempo dopo,

Bion (1959) e Rosenfeld (1970, 1987) abbiano parlato di un tipo di *identificazione proiettiva al servizio della comunicazione*, per cui questo meccanismo non sarebbe soltanto al servizio della scarica di affetti spiacevoli o della riduzione della pulsione di morte, ma anche, al contrario, al servizio del legame libidico con l'analista (madre). Pensiamo che questi autori, in qualche modo, recuperino un'osservazione clinica, vale a dire il carattere comunicativo primario delle emozioni, al di là di una concezione meramente economica.

Se la teoria dell'identificazione proiettiva spiega sufficientemente come si produce il fenomeno del cosiddetto contagio affettivo, parlare di comunicazione implica necessariamente l'esistenza non solo di un emittente ma anche di un ricevente e di un interscambio attivo di segnali molto concreti in entrambi: segnali (verbali e non verbali) capaci di indurre affetti e fantasie, con modalità molto complesse, nell'altro, il che porta a una concezione diadica, interpersonale, della relazione. Quando si parla di identificazione proiettiva al servizio della comunicazione non si parla soltanto di una fantasia inconscia, come prodotto meramente intrapsichico, poiché si suppone necessariamente l'esistenza di un altro che decodifica e che in questo atto, vale a dire a posteriori, assegna il carattere comunicativo alla proiezione.

D'altro canto, basare i sentimenti e gli affetti sulla teoria dualistica delle pulsioni ha portato a confondere la pulsione con l'affetto, la libido con l'amore e l'aggressività con l'ostilità, come è stato messo in rilievo particolarmente da Blanck e Blanck (1979). Se nel trattamento si riporta questa confusione all'angoscia segnale, ne risulta una limitazione della capacità di percepire altri sistemi affettivi. Nelle teorie psicoanalitiche delle relazioni oggettuali guadagna in importanza la considerazione di differenti affetti e della loro funzione diadica nella comunicazione. Illustreremo con una citazione di Krause (1983, p. 1033) la funzione regolatrice della relazione svolta dalla comunicazione affettiva e la funzione protettiva della resistenza legata a essa. L'autore descrive il complicato miscuglio di affetti e atti istintuali nell'interazione sessuale, e conclude:

Prima che si giunga tra due persone all'atto terminale di natura sessuale è necessario che esse garantiscano un'unione completa, cioè la distanza tra i partner deve essere man mano ridotta e alla fine eliminata. Questo può avvenire solo se l'affetto di angoscia che si accompagna in genere a tali processi è compensato dagli affetti antagonisti di gioia, curiosità, interesse e sicurezza. Ciò avviene mediante l'induzione reciproca, da parte dei partner, di affetti positivi.

Facciamo notare che Krause parla di un'induzione reciproca di affetti positivi e di una riduzione degli affetti di angoscia. È fuori questione che nell'impotenza l'atto fisiologico terminale può essere disturbato da un'inconscia angoscia di castrazione e che la frigidity può svilupparsi in base a un'inconscia angoscia di vergogna. L'aspetto più importante in tale situazione è il gioco reciproco di componenti emotive quali sicurezza, fiducia, curiosità ed esube-

rante gioia voluttuosa, cioè eccitamenti e azioni sessuali nel senso più stretto. Questo ingranaggio di desideri orientati verso lo scopo da raggiungere, l'acme del piacere, e legati a emozioni positive, si è ridotto in psicoanalisi allo schema delle gratificazioni pulsionali e alle relazioni oggettuali edipiche e pregenitali. In tal modo si perde facilmente di vista l'ampia gamma di emozioni qualitativamente differenti. Balint (1935) è stato uno dei primi a discutere questo problema, usando come esempio la tenerezza. Il ruolo svolto, nella discussione attuale, dalle relazioni oggettuali e dal controtransfert è probabilmente così rilevante perché a questi due concetti si collegano esperienze emotive genuine e di qualità ben definita che non sono semplicemente una funzione delle fasi dello sviluppo libidico.

L'esperienza psicoanalitica quotidiana mostra che un paziente può abbandonare un comportamento di resistenza se si sente sicuro e acquista fiducia. Queste esperienze concordano con i risultati delle ricerche psicoanalitiche sull'interazione madre-bambino. Ci piace ricordare a questo punto Bowlby (1969) per i suoi rilievi sul comportamento di « attaccamento » del bambino e sull'importanza dell'interscambio affettivo madre-bambino, perché gli esperimenti di privazione fatti da Harlow (1958) con i piccoli delle scimmie suggeriscono un'interpretazione convergente. Mentre l'appagamento della fame, la componente pulsionale orale secondo la psicoanalisi, è senz'altro la condizione necessaria alla sopravvivenza, la relazione oggettuale emotiva è il presupposto per la maturazione sessuale. I piccoli delle scimmie, privati abbastanza a lungo del contatto con le madri, sostituite da pupazzi di fil di ferro o di peluche (in sostanza scimmie private dell'oggetto che rende possibile un legame emotivo e che, per esprimerci in un linguaggio antropomorfo, offre sicurezza), non possono espletare in seguito alcun comportamento sessuale adulto. Krause lo spiega affermando che la privazione rende impossibile per una scimmia di esperire, in presenza di un compagno della stessa specie, gli affetti necessari all'attività sessuale, quali sicurezza, fiducia, curiosità e gioia. Secondo Spitz (1965) in tali condizioni vengono a mancare reciprocità e dialogo.

D'altro lato, la sicurezza affettiva può essere cercata in funzione sostitutiva mediante uno smodato appagamento pulsionale sotto forma di bulimia o di masturbazione eccessiva. Nell'intergioco tra processi pulsionali e segnali affettivi si può giungere a processi di rovesciamento. Questa è la ragione per cui si parla di sessualizzazione come difesa contro l'angoscia o di regressione a modelli di gratificazione orale; è ampiamente ammesso che tutto ciò è presente in varie forme di patologia.

Particolarmente eloquente è, ad esempio, la manifestazione di un amore di transfert decisamente morboso, senza che si siano riscontrati in precedenza elementi diagnostici riferibili a una struttura patologica. Emerge allora il quesito fino a che punto il paziente cerca, mediante un eccesso sostitutivo di masturbazione, la sicurezza che non potrebbe trovare nella situazione psico-

analitica per il fatto che l'analista non riesce a offrire una risonanza affettiva. Gli psicoanalisti si impongono di frequente una riservatezza eccessiva perché associano i segnali affettivi con l'ansia, che fanno risalire a sua volta all'ansia dovuta all'intensità pulsionale. Se si considerano gli affetti non come derivati pulsionali ma come portatori di significati (Modell, 1984, p. 234; Green, 1977), la capacità di risonanza dell'analista può svilupparsi più liberamente, perché rispondere non equivale a gratificare.

La distinzione della teoria delle pulsioni in aspetti affettivi e cognitivi si appoggiava in parte alle esperienze terapeutiche che avevano dimostrato che «il ricordo privo di elementi affettivi è quasi sempre del tutto inefficiente; il processo psichico svoltosi in origine deve ripetersi con la maggiore vivacità possibile, deve essere riportato nello *status nascendi* e deve poi "essere espresso in parole"» (Freud, 1892-95, p. 178). Nella teoria della resistenza e dei processi di difesa questa osservazione portò all'assunto di una divisione tra affetti e rappresentazioni. Crediamo che l'importanza dei processi di scissione non risieda nel fatto che la pulsione si presenta sotto due aspetti, come affetto e come rappresentazione cognitiva, quasi esistesse una specie di scissione naturale. Al contrario, i processi affettivi interattivi sono contemporaneamente anche di natura cognitiva; perciò possiamo dire che la maniera di esprimersi è legata alla comprensione degli affetti. È anche vero che questa unità affettivo-cognitiva, tra sentimento e rappresentazione eidetica, si può perdere. In ogni caso si forma un equilibrio tra i sintomi, che si stabilizza poi nelle ripetizioni, e non importa quali affetti possano essere implicati nella origine del conflitto e nei disturbi dei sentimenti di sicurezza e di sé.

Ognuno sa quanto sia difficile trasformare abitudini profondamente connaturate. I pazienti cercano un cambiamento a causa della loro sofferenza, ma vorrebbero lasciare intatti i relativi conflitti interpersonali. Perciò i conflitti di relazione, che costituiscono le varie forme di resistenza di transfert, assumono aspetti di lotta feroce: l'adattamento raggiunto, anche se a caro prezzo, comporta una certa sicurezza. Per questo motivo la proposta di Caruso (1972) di parlare di meccanismi di interscambio, in ambito interpersonale, invece che di meccanismi di difesa, è altrettanto plausibile quanto l'interpretazione interattiva dei processi di difesa da parte di Mentzos (1976).

I processi di difesa limitano o interrompono l'interscambio affettivo-cognitivo. È stabilito per definizione che il diniego, come processo difensivo, produce i suoi effetti maggiormente all'esterno e la rimozione maggiormente all'interno. Si tratta di differenze di grado perché dove ci sono diniego e negazione c'è anche rimozione o sue manifestazioni. Vogliamo porre espressamente in rilievo la funzione adattativa della resistenza perché spesso il comportamento del paziente fortemente oppositivo al trattamento è visto in chiave negativa. Se l'analista presuppone che i pazienti hanno raggiunto, con l'aiuto della loro resistenza, le migliori soluzioni possibili dei loro conflitti e manten-

gono in tal modo l'equilibrio, egli si facilita il compito terapeutico di creare le condizioni più favorevoli per l'eliminazione di queste resistenze.

I pazienti non possono ammettere con sé stessi i loro sentimenti verso l'analista, sia per la stima che hanno di sé sia per paura nei confronti dell'analista. Il comune significato psicologico di questa protezione narcisistica è espresso chiaramente da un aforisma di Stendhal: «Occorre guardarsi bene dal rivelare la propria inclinazione verso qualcuno prima di essere sicuri di destare simpatia. Si risveglia altrimenti un'avversione che distrugge per sempre la nascita dell'amore e che, nel migliore dei casi, troverebbe l'unica possibilità di cura nell'astio dell'amor proprio ferito.»

Quando può un paziente essere sicuro di destare simpatia? Come può constatare di non aver provocato alcuna avversione? L'analista deve poter dare una risposta a queste domande, se vuole elaborare in maniera produttiva la resistenza di transfert. Ma l'aforisma di Stendhal ci richiama anche all'importante funzione della comunicazione non verbale (più strettamente legata al preconscious) nel far emergere sentimenti relazionali, siano essi amore o resistenza. Risulta istruttivo a questo proposito che la descrizione di Erikson della resistenza d'identità, alla quale potrebbero essere subordinate tutte le forme specifiche di resistenza, abbia trovato nella psicoanalisi ben poca risonanza. Ciò dipende probabilmente dal deciso orientamento psicosociale di Erikson, poiché il legame della resistenza con il sentimento di sicurezza (Sandler, 1960; Weiss, 1971) o con il sentimento del Sé (Kohut, 1971), allo scopo di evitare umiliazioni narcisistiche, non differisce molto dalla resistenza di identità.

4.3 *Resistenza di rimozione e resistenza di transfert*

Freud ha illustrato nella resistenza di rimozione il prototipo dell'effetto dei meccanismi di difesa utilizzati dai pazienti e ne è rimasto sostenitore anche dopo la sistematizzazione della teoria dei meccanismi di difesa da parte di Anna Freud. Noi siamo d'accordo con la descrizione che fanno Sandler, Dare e Holder (1973, pp. 71 sg.) della funzione delle forme di resistenza che derivano dai meccanismi di difesa. Secondo questi autori la resistenza di rimozione si verifica ogni volta che il paziente si difende contro

impulsi, memorie e sentimenti che, giungendo alla coscienza, produrrebbero uno stato doloroso o minaccerebbero di causare tale stato. La resistenza di rimozione può anche essere intesa come un riflesso del cosiddetto «tornaconto primario» della malattia nevrotica, in quanto la formazione di sintomi nevrotici può considerarsi come l'ultima risorsa messa in campo per proteggere l'individuo dalla consapevolezza di un contenuto mentale penoso e doloroso. Durante l'analisi il processo di associazione libera crea costantemente una situazione di potenziale pericolo per il paziente, a causa dell'invito che tale processo rivolge al rimosso, e questo provoca a sua volta la resistenza di rimozione. Quanto più il materiale rimosso giunge vicino alla coscienza, tanto maggiore diventa la resistenza, e il compito dell'analista è appunto quello di facilitare, mediante le interpretazioni, l'emergere nella coscienza di questo contenuto in una forma tollerabile dal paziente.

Rispetto a questa citazione vogliamo mettere in evidenza ancora una volta che l'ipotesi di processi di difesa inconsci e preconsoci è supportata da osservazioni di sentimenti e di comportamenti esteriori. Le modalità di autoinganno, deformazione, rovesciamento, in breve, di trasformare e interrompere, diventano sempre più visibili man mano che il paziente, protetto dalla situazione analitica, si avvicina all'origine dei suoi sentimenti. Ciò implica l'autenticità dell'esperire, perciò l'esteriorità del carattere è denominata spesso «facciata» o persino «corazza caratteriale» (Reich, 1933). Questa valutazione negativa dell'esteriorità può rafforzare l'autoaffermazione del paziente, che in un primo tempo non può accettare questo genere di apprezzamento e quindi aumenta la resistenza. Questo è un effetto collaterale sfavorevole dell'analisi del carattere, introdotta da Reich.

La sistematizzazione di Reich, che tratta il problema di forma e contenuto, non dovrebbe essere valutata in base ai suoi eccessi negativi. La sua scoperta del fatto che la resistenza caratteriale si manifesta non come *contenuto*, ma come *forma* (in una tipica affettazione, nell'atteggiamento complessivo, nel modo di parlare, nell'andatura, nella mimica e in peculiarità comportamentali) è indipendente dalla spiegazione libidico-economica dell'armatura caratteriale. Reich descrisse acutamente il modo indiretto di espressione degli affetti, che in qualche modo si adattano nella loro manifestazione in funzione del peso della resistenza.

L'affetto emerge a livello mimico-espressivo, e le sue componenti cognitive o di fantasia variano a seconda se sono separate temporalmente o rimosse. Questi processi prendono rispettivamente il nome di isolamento e di scissione. Reich ha mostrato che i processi di difesa trasformano l'affetto e lo staccano in vari modi dalla sua rappresentazione cognitiva. Siamo d'accordo con Krause (1985, pp. 281 sg.) quando dice che il punto di vista di Reich non ha avuto nessun ulteriore sviluppo teorico, e aggiunge:

Perciò scomparve anche l'influenza della teoria delle emozioni di Darwin sulla psicoanalisi. Questo era dovuto al fatto che Freud, per la sua formazione neurologica, riuscì a vedere l'affetto solo come scarica motoria che provocava un cambiamento interno nel corpo del singolo individuo, ignorando la componente socioespressiva dell'affetto e il suo legame con la peculiarità motoria. Non fu quindi notato che la socializzazione affettiva avviene in parte tramite il controllo costante e automatico esercitato sul sistema motorio espressivo, che solo così si impedisce all'affetto di prodursi e che ciò può riuscire ampiamente senza lo sviluppo di fantasie inconscie.

L'enorme sviluppo delle conoscenze cliniche degli anni trenta rese possibile e necessaria una sistematizzazione. Nel 1925 Freud (1925b) poteva riferirsi ancora solo al prototipo, cioè alla resistenza di rimozione; dopo il 1936 fu necessario, in base alla classificazione dei meccanismi di difesa da parte di Anna Freud, parlare di resistenza di regressione, isolamento, proiezione, introiezione o resistenza tramite l'annullamento retroattivo, il rivolgimento contro la propria persona, l'inversione nell'opposto, la sublimazione e la formazione reattiva.

Nella sua analisi del carattere Reich si riferì, di fatto, principalmente alla resistenza sotto forma di formazioni reattive. La diagnostica delle formazioni reattive è un aiuto sostanziale per la valutazione della resistenza nella situazione terapeutica, come è illustrato in un'analisi critica della caratterologia psicoanalitica di Hoffmann (1979). Ricordiamo le forme di resistenza che si accompagnano alle formazioni reattive del carattere orale, anale e fallico.

Secondo la definizione di Sandler, Dare e Holder (1973, p. 72), la resistenza di transfert è

simile alla resistenza di rimozione; ha tuttavia questa particolare caratteristica: in essa trovano espressione non solo gli impulsi infantili che sono emersi, in forma diretta o modificata, in relazione alla persona dell'analista, ma anche, e contemporaneamente, la lotta contro di essi. La situazione analitica ha ridato vita, nella forma di un'attuale distorsione della realtà, a materiale che era stato rimosso o che il paziente aveva affrontato in qualche altro modo (ad esempio mediante canalizzazione nel sintomo nevrotico stesso). Nel rapporto psicoanalitico questa risperimentazione del passato conduce alla resistenza di traslazione.

La storia della scoperta freudiana della resistenza di transfert, nel tentativo di promuovere associazioni libere, è sempre istruttiva (Freud, 1899, p. 486; 1901, p. 398; 1912a, pp. 526 sg.). Vi si trova la descrizione di come si manifesta il disturbo dell'associazione libera quando il paziente è dominato da un'associazione relativa alla persona del medico. Quanto più intensamente il paziente si occupa della persona del medico (ciò dipende ovviamente anche dal tempo che questi gli dedica), tanto più vivacemente rivive le proprie aspettative inconscie. La speranza di guarigione si aggiunge alla bramosia di appagare desideri che razionalmente non si addicono a una relazione medico-paziente. Si arriva dunque al transfert sull'analista dei desideri inconsci già rimossi nella relazione con altre persone significative, e si possono provocare fortissime resistenze contro ulteriori comunicazioni che si esprimono mediante l'occultamento o il silenzio.

Vorremmo sottolineare che la resistenza di transfert fu scoperta come resistenza *contro* il transfert, e come tale può essere sempre osservata da ogni psicoanalista già nel primo colloquio con il paziente. Ma perché facciamo tanto scalpore per un evento così banale, sottolineando che i primi fenomeni osservati devono essere interpretati come resistenza contro il transfert? La regola tecnica di procedere dalla superficie verso la profondità non significa nient'altro che interpretare la resistenza al transfert *prima* delle rappresentazioni e degli affetti trasferiti e delle loro primitive immagini infantili. Glover (1955), in particolare, mette in guardia contro l'uso rigido e assoluto della regola e rileva che gli analisti *in generale* hanno a che fare per prima cosa con la resistenza al transfert. D'accordo con Stone (1973) e Gill (1979), riteniamo molto importante la distinzione terminologica della resistenza al transfert, specialmente la resistenza del paziente contro la crescente consapevolezza del transfert, dalla fenomenologia del transfert in generale. Speriamo di poter dimo-

strare il vantaggio offerto dalla scomoda espressione «resistenza contro il divenire consapevole del transfert» adottando la distinzione di Stone, che individua tre grandi aspetti del rapporto fra resistenza e transfert (1973, p. 63):

Supponendo condizioni tecniche adeguate, l'importanza proporzionale di ognuno di questi tre aspetti varia in ogni paziente a seconda della gravità della sua psicopatologia. Il primo è la resistenza contro il divenire consapevole del transfert e la sua elaborazione soggettiva nella nevrosi di transfert. Il secondo, la resistenza contro la riduzione dinamica e genetica della nevrosi di transfert e infine del legame di transfert in sé stesso, anche quando il paziente ne sia divenuto consapevole. Il terzo aspetto è la rappresentazione di transfert dell'analista nella parte «esperienziale» dell'Io del paziente, contemporaneamente come oggetto dell'Es e come Super-io esteriorizzato.

Come abbiamo già sostenuto, specialmente dal punto di vista tecnico, nell'ambito della molteplicità di significati attribuiti al concetto di resistenza riteniamo importante dare particolare rilievo alla resistenza contro il divenire consapevole del transfert. Risulta perciò evidente che i transfert, nel senso più ampio del termine, sono le realtà primarie. Né potrebbe essere altrimenti dal momento che l'uomo nasce come essere sociale. La resistenza può orientarsi solo contro qualcosa che è già presente, quindi contro la relazione. È ovvio che partiamo qui dal presupposto di una concezione ampia (totale) del transfert come relazione. Il quadro cambia nella misura in cui l'analista indica qua e là al paziente come attraverso un evitamento, un indugio, una dimenticanza, egli si opponga concretamente a una relazione oggettuale più profonda. Se si prende in considerazione la funzione adattativa, diminuisce il pericolo che le interpretazioni della resistenza siano vissute come rimproveri. Perciò è pure raccomandabile che l'analista, già nella fase iniziale del trattamento, faccia delle supposizioni circa l'oggetto della resistenza e su come si formino di riflesso gli adattamenti. Secondo la procedura schematizzata da Stone è un fattore essenziale con quale velocità si va dal «qui e ora» al «là e allora», cioè dal presente al passato. Ovviamente, l'elaborazione della resistenza di rimozione si compie sempre nel presente. Il potenziale terapeutico sta nel confronto multiplo tra la capacità retrospettiva del paziente e il modo di vedere dell'analista, e nella scoperta che il paziente, nella situazione terapeutica, trae conclusioni per analogia. Il paziente desidera sviluppare un'identità percettiva, dove il nuovo possa essere percepito in modo caratteristico; con l'appropriazione dei ricordi inconsci ha luogo, man mano, anche un distanziamento dal passato (Strachey, 1934).

L'analista contribuisce a questo profondo processo di differenziazione, affettivo e cognitivo, già per il solo fatto che egli è diverso dalle persone con le quali il paziente lo confronta, pur avendo con esse molte rassomiglianze che possono rafforzarsi, nella situazione terapeutica, per mezzo del controtransfert. L'analista promuove la capacità di differenziazione del paziente dando il nome esatto a sentimenti e percezioni. Per non essere fraintesi raccoman-

diamo che la resistenza al transfert non sia nominata o definita come tale; al contrario, è necessario evitare tutte le parole che fanno parte del gergo psicoanalitico. È essenziale parlare con il paziente nel suo linguaggio, per trovare così l'accesso al suo mondo. L'analista, per esempio, anche quando attribuisce un significato edipico ai sentimenti di odio e di amore, non usa neppure in questo contesto il termine teorico; lo stesso vale per tutte le altre forme e contenuti di resistenza e transfert. Quali transfert e quali resistenze si producano nel «qui e ora», dipende essenzialmente dal modo con cui l'analista conduce il trattamento (si vedano le motivazioni date nel cap. 2). La trasformazione in resistenza di transfert della resistenza iniziale del paziente a diventare consapevole del transfert (nel senso che il paziente è solo interessato a ripetere qualcosa nella sua relazione con l'analista, piuttosto che a ricordare ed elaborare) e l'eventuale sviluppo delle resistenza di transfert in un amore di transfert o in un transfert erotizzato (solo per dar luogo a un'alternanza di tali fasi) o, alla fine, persino in un transfert francamente negativo (o nell'insediamento definitivo di quest'ultimo), sono tutti esiti strettamente legati alla natura diadica di tali fenomeni, rispetto alla quale è di secondaria importanza il contributo che può aver dato la psicopatologia del paziente alla loro produzione. Speriamo che si dimostri vantaggioso, rispetto alle altre forme di resistenza che discuteremo, il fatto di aver iniziato con la resistenza contro la consapevolezza del transfert. Questa forma di resistenza accompagna tutto il corso del trattamento, perché l'elaborazione di qualunque conflitto o problema può sviluppare una resistenza nella situazione terapeutica.

Abbiamo già esposto (vedi sopra, cap. 2) le condizioni più importanti che devono essere osservate per poter dire con Freud (1922b, p. 450) che il transfert diventa nelle mani del medico «il più potente ausilio del trattamento». Per quanto riguarda le resistenze di transfert si può dire, parafrasando Freud, che è difficile sopravvalutare, nella dinamica del processo terapeutico, l'influenza svolta dall'analista sulla genesi e sul decorso delle tre tipiche resistenze di transfert. Ricapitolando, queste tre forme di resistenza di transfert sono: la resistenza contro il transfert, l'amore di transfert e, infine, le trasformazioni di quest'ultimo sia nella sua forma estrema, il transfert erotico, sia nel suo rovesciamento nel contrario, cioè nel transfert negativo, aggressivo.

4.4 *Resistenza dell'Es e resistenza del Super-io*

All'inizio di questo capitolo (4.1) abbiamo descritto la tipologia di cinque forme di resistenza, che Freud propose in seguito alla sua revisione della teoria dell'angoscia e nel contesto della teoria strutturale. L'osservazione dei fenomeni masochistici e l'interpretazione di atti gravemente autopunitivi indussero Freud all'ipotesi dell'esistenza di componenti inconscie dell'Io. Il concetto della resistenza del Super-io venne così ad arricchire in modo sostanziale la

comprensione dei sentimenti di colpa inconsci e delle reazioni terapeutiche negative. La resistenza del Super-io si è resa psicologicamente comprensibile nel contesto dell'origine psicosessuale e psicosociale del Super-io stesso e degli ideali, e alla luce della descrizione dei processi d'identificazione nella vita del singolo individuo e dei gruppi, come sono stati delineati da Freud in *L'Io e l'Es* (1922c) e *Psicologia delle masse e analisi dell'Io* (1921a). Negli ultimi decenni la ricerca psicoanalitica ha evidenziato un gran numero di motivi inconsci per l'insorgere di reazioni terapeutiche negative. Data l'importanza di queste conoscenze per la tecnica, dedicheremo alcune pagine (4.4.1) alla reazione terapeutica negativa. Per prima cosa cercheremo di riassumere le spiegazioni teoriche di Freud rispetto ai concetti di resistenza dell'Es e del Super-io.

Sono già stati menzionati i fenomeni clinici che condussero alla concettualizzazione della resistenza dell'Es. Si tratta del transfert negativo e del transfert erotizzato, quando diventano resistenze insolubili. In base alla constatazione che certi pazienti non erano disposti né erano in grado di rinunciare al loro odio o amore di transfert, Freud, come spiegheremo subito, risalì a determinate caratteristiche dell'Es che secondo la sua concezione si cristallizzano anche nel Super-io. La resistenza dell'Es e la resistenza del Super-io hanno certamente un aspetto clinico comune: rendono difficile o persino impediscono del tutto la cura. Freud si accorse che queste forme di resistenza, difficilmente comprensibili, comparivano accanto alle misure protettive della resistenza dell'Io, cioè accanto alla resistenza di rimozione e alla resistenza basata sul tornaconto secondario della malattia (vedi oltre, 4.5). Egli fece risalire allora il transfert erotizzato e la reazione terapeutica negativa alla resistenza delle pulsioni a separarsi dai loro oggetti e dalle precedenti vie di scarica. Ci occuperemo anzitutto delle spiegazioni che Freud diede alle forme, apparentemente refrattarie e incorreggibili, del transfert erotizzato e del transfert negativo.

Il lettore sarà sorpreso perché trattiamo nello stesso paragrafo sia la resistenza dell'Es che la resistenza del Super-io. Secondo la teoria strutturale, infatti, Es e Super-io stanno ai poli opposti, ma sono certamente collegati tra loro per la natura pulsionale dell'uomo postulata da Freud. A causa di questo collegamento egli fece risalire alle stesse radici le resistenze dell'Es e del Super-io, che sono fenomenologicamente differenti tra loro. Nella reazione terapeutica negativa e nell'amore di transfert non risolvibile, egli vide infine il risultato di forze biologiche che si manifestano, nell'analisi e nella vita dell'individuo, come coazione a ripetere.

Quale terapeuta, Freud continuò tuttavia a cercare anche i motivi psichici dei transfert e delle regressioni maligni. Nello scritto tardivo *Analisi terminabile e interminabile* (1937a) egli discute il problema dell'accessibilità dei conflitti latenti, rimasti indisturbati lungo il corso della vita fino all'inizio della

terapia, e tratta brevemente anche l'argomento dell'influenza che può esercitare la personalità dell'analista sulla situazione analitica e sul processo terapeutico. Ma la spiegazione psicologica di successi e fallimenti, il chiarimento sui fattori che contribuiscono alla cura e su come essi possano diventare efficaci nell'ambito della situazione analitica, rimase al di fuori dei suoi interessi principali. Dall'osservazione del ritorno di amore e odio, del transfert erotizzato e del transfert negativo, come ripetizioni apparentemente inevitabili, nacquero le speculazioni filosofiche di Freud sulla base economico-pulsionale delle resistenze dell'Es e del Super-io.

Ambedue queste oscure resistenze sembravano sottrarsi a una spiegazione in termini di psicologia del profondo. Quest'oscurità fu per Freud parzialmente illuminata, e nel contempo impedita a dissolversi, dall'attrazione che egli provava per l'assunto della coazione a ripetere, fondato sulla natura conservatrice delle pulsioni. La tesi che la pulsione di morte è alla base della coazione a ripetere offuscò l'importanza della scoperta della resistenza del Super-io, e allo stesso modo la resistenza dell'Es apparve irrisolvibile a causa della natura conservatrice delle pulsioni.

Abbiamo accennato che le resistenze dell'Es e del Super-io mascherano diversi tipi di fenomeni, e sappiamo che Freud attribuì loro distinte basi economico-pulsionali. Egli vide una maggiore possibilità di ottenere la modificazione della resistenza dell'Es nella *rielaborazione* (vedi oltre, cap. 8), piuttosto che nel cercare di modificare la resistenza del Super-io. Nel primo caso il problema starebbe nello scioglimento dei legami libidici, che non riesce per l'inerzia della libido, mentre nel secondo caso si tratta della lotta contro gli effetti della pulsione di morte. Freud cercò il denominatore comune di queste due forme di resistenza, e credette di averlo trovato nella natura conservatrice delle pulsioni: nella «viscosità» (1915-17, p. 504), «inerzia» (1914d, p. 587), «scarsa mobilità» (1938, p. 608) della libido. Secondo la concezione freudiana il paziente cerca la ripetizione a causa della viscosità della libido, invece di rinunciare alla gratificazione del transfert erotico con l'aiuto dei ricordi e del principio di realtà. L'odio, cioè il transfert negativo, deriva allora dalla delusione.

In tal modo il paziente si mette in situazioni nelle quali ripete vecchie esperienze, senza essere capace di ricordare gli oggetti libidici che servirono da modello al suo amore e al suo odio. Egli ritiene piuttosto che tutto si svolga nel presente, e non sia il risultato del suo amore-odio per il padre o la madre. L'analista è oggetto dell'amore e dell'odio diretti in passato verso il padre e la madre. Queste ripetizioni rimangono nell'ambito del principio di piacere: l'amore deluso ne è il principale promotore. Nella coazione a ripetere, nel senso della resistenza del Super-io, agisce un'altra forza negativa: l'aggressività derivata dalla pulsione di morte.

Per facilitare al lettore l'accesso a questi problemi complicati, descriveremo

ora, basandoci sul lavoro di Cremerius (1978), la scoperta della coazione a ripetere. In seguito illustreremo, in riferimento alla cosiddetta reazione terapeutica negativa, l'enorme ampliamento che si verifica nella comprensione di questo fenomeno e della coazione a ripetere come un tutto, da un punto di vista autenticamente psicoanalitico, se ci si libera dalle speculazioni metapsicologiche di Freud.

Il fenomeno della coazione a ripetere si riferisce al fatto che gli esseri umani finiscono col ricadere in situazioni simili e spiacevoli con un'ineluttabile fatalità. In *Al di là del principio di piacere* (1920b) Freud descrive la forza della coazione a ripetere prendendo come esempi la nevrosi di destino e la nevrosi traumatica. Da entrambe queste condizioni, a suo avviso, era possibile arguire che nel corso della vita di certi soggetti si instaurano stati di sofferenza in modo apparentemente inevitabile. Esperienze traumatiche possono impossessarsi del pensiero e dei sentimenti di un individuo per anni, pur appartenendo al passato. Si verificano poi, di conseguenza, altre simili costellazioni di dolore, apparentemente fatali e senza errori da parte del paziente, tipiche delusioni e catastrofi nelle relazioni interpersonali.

Freud allora, proprio in base al ritorno, nel sogno, di eventi traumatici, formulò una teoria psicologica assai plausibile, orientata verso la soluzione del problema. Anche il trattamento di pazienti con nevrosi traumatica dimostra come la ripetizione è al servizio, per così dire, dell'Io, con l'obiettivo di padroneggiare l'esperienza traumatica della perdita di controllo. Il paziente attualizza nella terapia questa esperienza traumatica, con lo scopo di liberarsi degli affetti dolorosi che l'accompagnano e con la speranza che l'analista la possa sconfiggere in sua vece. Si può interpretare la coazione a ripetere come un tentativo di legare l'esperienza traumatica al contesto interpersonale, per poterla in tal modo integrare psicologicamente. Ne parleremo in maniera più approfondita discutendo il problema dei sogni (vedi oltre, cap. 5). Abbiamo già segnalato (vedi sopra, cap. 1) l'importanza prioritaria dell'orientamento alla soluzione di problemi nel quadro della teoria della tecnica. Nulla è più ovvio che vedere anche le nevrosi di destino, in apparenza incomprensibili e inevitabili, come la manifestazione di modelli di comportamento inconsci, vale a dire psichici.

Ma a questo punto sembrava che la ricerca psicoanalitica di Freud non andasse più avanti: la reazione terapeutica negativa divenne una decisiva prova indiziaria dell'ipotesi che la resistenza del Super-io derivasse in conclusione dalla pulsione di morte. Per ragioni di brevità abbiamo saltato alcuni passi dell'argomentazione, ma Freud giunse a questa conclusione, e la mantenne fino alla fine. Nel *Compendio di psicoanalisi* (1938, p. 576) egli scrisse: «Non è neppure il caso di prendere in considerazione l'idea che una o l'altra delle pulsioni fondamentali possa esser confinata a una o all'altra delle nostre province psichiche. Le due pulsioni han da essere rintracciabili ovunque.» Freud ripete in questa dichiarazione la sua precedente tesi che, quando le pulsioni di

vita e di morte sono sciolte, il Super-io rappresenta in forma pura quest'ultima (1922c, p. 515).

Ora siamo in grado di affermare quanto segue: la scoperta, da parte di Freud, dei sentimenti di colpa inconsci, della reazione terapeutica negativa, insomma della resistenza del Super-io, si pose all'origine della revisione della sua teoria. Essendo inconscie le parti essenziali dell'Io, era naturale sostituire la suddivisione topica (inconscio, preconscious e coscienza) con la teoria strutturale. Quasi contemporaneamente fu dato un nuovo significato al dualismo delle pulsioni di vita e di morte. I motivi della coazione a ripetere furono visti e cercati nella natura conservatrice delle pulsioni, che appare tanto nell'inerzia della libido quanto nella pulsione di morte, con la sua spinta verso il ritorno allo stato inanimato. La combinazione di questa nuova teoria dualistica delle pulsioni con la teoria strutturale sembrava spiegare perché la resistenza dell'Es, il transfert erotizzato non risolvibile e la resistenza del Super-io si opponessero alla terapia psicoanalitica; ciò era dovuto al fatto che parti inconscie del Super-io erano investite di elementi pulsionali distruttivi.

A posteriori, non si può fare a meno di osservare che proprio le spiegazioni *pulsionali* della resistenza dell'Es e del Super-io hanno ritardato l'utilizzazione terapeutica e la comprensione *psicologica profonda* del sentimento di colpa inconscio e della reazione terapeutica negativa. Non è una cosa semplice superare definitivamente queste forme di resistenza, ma sono le speculazioni filosofico-naturalistiche freudiane a trasformare l'analista in un don Chisciotte che vede giganti al posto dei mulini a vento, contro i quali tenta invano di combattere. E non è necessario che ci sentiamo come Sisifo, poiché anche l'interpretazione fenomenologica e psicoanalitica del mito di Sisifo, fatta da Lichtenstein (1974), che ha suscitato scarso interesse, può essere utile a farci uscire dal vicolo cieco degli assunti pseudobiologici sulla coazione a ripetere.

4.4.1 *La reazione terapeutica negativa*

Nel caso clinico dell'uomo dei lupi Freud (1914d, p. 543) descrisse nel modo seguente le «reazioni negative transitorie» del suo paziente:

Ogniquale volta un sintomo veniva definitivamente risolto, il soggetto tentava di contraddire gli effetti del successo terapeutico mediante un aggravamento temporaneo del sintomo stesso. Lo stesso contegno si osserva generalmente nei bambini di fronte alle proibizioni. Se per esempio li sgridiamo perché fanno un fracasso insopportabile, prima di smettere ce lo fanno sentire ancora una volta; ciò serve a far loro credere che hanno smesso di propria volontà, infischandosene del divieto.

Restando nell'ambito dell'educazione del bambino, Freud parla qui di proibizioni alle quali i bambini si oppongono con il loro comportamento. Ci sembra significativo che dopo una soluzione chiara si instauri un peggioramento dei relativi sintomi, e Freud considera il comportamento di opposizione e negazione del paziente come espressione di indipendenza. La soluzione è stata

trovata appunto congiuntamente, mentre la cessazione dei sintomi è espressione di autoaffermazione, di autosufficienza. Freud mette la relazione terapeutica al centro dell'attenzione anche nella definizione completa successiva (1922c, pp. 511 sg.), osservando:

Vi sono persone le quali si comportano durante il lavoro analitico in un modo tutto particolare. Quando si dà loro speranza, quando ci si dimostra soddisfatti del modo come il trattamento procede, sembrano scontente, e invariabilmente il loro stato peggiora. All'inizio si pensa che ciò sia dovuto a caparbietà e al tentativo di dimostrare al medico la propria superiorità. In seguito però si giunge a una spiegazione più profonda e più giusta. Ci si rende conto che queste persone non sopportano né lodi né apprezzamenti, e addirittura che reagiscono ai progressi della cura in modo rovesciato. Ogni soluzione parziale da cui dovrebbe uscire, come in effetti accade con altre persone, un miglioramento o una temporanea remissione dei sintomi, suscita in costoro un momentaneo rafforzamento della sofferenza: peggiorano durante il trattamento invece di migliorare. Questi individui manifestano la cosiddetta «reazione terapeutica negativa». (...)

Quanto è stato ora descritto corrisponde alle situazioni estreme; tuttavia, sia pure in forma attenuata, è presumibilmente applicabile a moltissimi casi, forse a tutte le forme relativamente gravi di nevrosi.

Riguardo all'osservazione che moltissimi pazienti reagiscono negativamente alla soddisfazione dell'analista per il decorso del trattamento e particolarmente alle interpretazioni ben centrate, è sorprendente che Freud si lasciasse guidare in definitiva dal modello conflittuale intrapsichico e dalla concezione della resistenza del Super-io. Dalla reazione terapeutica negativa egli dedusse l'esistenza di un sentimento di colpa inconscio, «che trova il proprio soddisfacimento nell'essere ammalato, e che non vuol rinunciare alla punizione della sofferenza» (*ibid.*, p. 511). Diede in seguito la stessa spiegazione, anche se lievemente modificata (1932a, p. 217):

Gli individui in cui questo inconscio senso di colpa è strapotente si rivelano nel trattamento analitico essere quelli con reazione terapeutica negativa, il che crea alla prognosi serie difficoltà. Quando si comunica loro la soluzione di un sintomo, alla quale normalmente dovrebbe seguire la sua scomparsa, almeno temporanea, essi rispondono con una momentanea intensificazione del sintomo e della sofferenza. Spesso basta lodarli per il loro comportamento nella cura, esprimere qualche parola di speranza sul progresso dell'analisi, perché inconfondibilmente si sentano peggio. Chi non è analista direbbe che manca ad essi la «volontà di guarire»; seguendo il modo di pensare analitico, vedremo in questo comportamento l'espressione dell'inconscio senso di colpa, ove la malattia, con le sue sofferenze e i suoi impedimenti, è appunto desiderata.

In definitiva Freud deduce che la tendenza masochistica inconscia, quale movente della reazione terapeutica negativa, deriva dalla pulsione aggressivo-distruttiva, vale a dire dalla pulsione di morte. Quest'ultima, insieme alla natura conservatrice delle pulsioni, che a essa risale, è responsabile del fallimento dell'analisi, che diventa interminabile. Possiamo leggere in *Analisi terminabile e interminabile* (1937a, p. 525):

Una parte di questa forza l'abbiamo riconosciuta, senza dubbio a ragione, come senso di colpa e bisogno di punizione, e l'abbiamo localizzata al livello del rapporto dell'Io col Super-io. Ma si

tratta soltanto di quella porzione che è per così dire psichicamente legata dal Super-io e che in questo modo si fa riconoscere; è possibile che entrino in giuoco anche altri importi di questa stessa forza, non si sa bene dove, e se in forma legata o libera. Considerando il quadro d'insieme nel quale convergono le manifestazioni derivanti dall'immanente masochismo di tanta gente, dalla reazione terapeutica negativa e dal senso di colpa dei nevrotici, non si potrà più continuare a dar credito alla tesi che gli eventi psichici siano dominati esclusivamente dalla spinta al piacere. Questi fenomeni costituiscono prove inequivocabili della presenza, nella vita psichica, di una forza che per le sue mete denominiamo pulsione di aggressione o di distruzione, e che consideriamo derivata dall'originaria pulsione di morte insita nella materia vivente.

Quando oggi riscopriamo nella nostra pratica professionale la reazione terapeutica negativa e sentimenti di colpa inconsci sotto forma di resistenza del Super-io, ci troviamo in una situazione più favorevole di quella di Freud. Nel frattempo molti analisti si sono chiesti perché mai l'intensificazione della relazione tra paziente e analista, associata a un'interpretazione appropriata e all'aumento di speranza, può portare al sentimento «questo non me lo sono proprio meritato». Molti pazienti rapidamente si rendono conto di questa tendenza presente in loro stessi, e nelle loro descrizioni si trovano elementi di ciò che Helene Deutsch (1930) ha denominato, in maniera che può essere fraintesa, nevrosi di destino. Il senso di colpa come tale non è, ad esempio, inconscio nella dichiarazione: «Non mi sono meritato di meglio.» Al contrario, i desideri piacevoli o aggressivi riferiti all'oggetto sono quelli che si spingono in primo piano, e vogliono essere vissuti, esattamente nel momento in cui il transfert si fa più intenso, cioè nel momento in cui il paziente ritrova l'oggetto ed è mentalmente vicino all'analista.

Per questa ragione nella teoria della tecnica psicoanalitica è difficile trovare qualcosa di più adatto della reazione terapeutica negativa a dimostrare gli effetti negativi delle ipotesi dottrinali della teoria delle pulsioni e di quella strutturale. La soluzione della resistenza del Super-io allontana effettivamente dagli argomenti metapsicologici di Freud e avvicina a una teoria interattiva globale dei conflitti, che può spiegare la formazione del Super-io e quindi della relativa resistenza. L'interiorizzazione delle proibizioni, vale a dire la formazione del Super-io, è legata nella teoria freudiana al conflitto edipico. La teoria delle relazioni oggettuali dà spiegazioni approfondite del perché proprio le espressioni di ottimismo dell'analista provocano turbamenti nella relazione di transfert. Nell'autopunizione e nelle tendenze masochistiche è compresa una gran quantità di emozioni. Perciò non è sorprendente che negli ultimi decenni siano state pubblicate molte osservazioni la cui conoscenza facilita sostanzialmente la risoluzione della resistenza del Super-io. È auspicabile che i risultati individuali ottenuti siano ricondotti a un comune denominatore.

Grunert (1979) ha proposto di interpretare le varie forme di reazione terapeutica negativa come una ripresa del processo di separazione-individua-

zione (Mahler, 1969) e di cercarne le motivazioni inconscie in questo senso. In base ai passi già citati dell'opera di Freud, Grunert indica, in modo molto convincente, che il comportamento di opposizione può essere compreso anche positivamente come «negazione al servizio del desiderio di autonomia» (Spitz, 1957). Se si riflette sul fatto che nel processo di separazione-individuazione è implicita anche la fase del *riavvicinamento*, ovvero praticamente tutto ciò che intercorre tra madre e figlio, non è sorprendente che Grunert trovi il denominatore comune in questa fase che è rivissuta nelle tipiche costellazioni del transfert e del controtransfert. L'esame più accurato dei sentimenti di colpa inconsci va oltre le rivalità edipiche. La resistenza del Super-io è soltanto la punta di un iceberg saldamente ancorata nel mondo dei desideri inconsci. Lo sviluppo del bambino porta inevitabilmente fuori dalla simbiosi. Il bambino cerca nuove esperienze con desiderio, curiosità e piacere. Nella regressione terapeutica il *riavvicinamento* ai desideri inconsci di fusione rafforza anche le tendenze alla differenziazione (Olinick, 1964, 1970).

È perciò decisivo il contributo che l'analista può dare alle nuove scoperte. Asch (1976) e Tower (cit. in Olinick, 1970, p. 658) hanno riconosciuto diversi aspetti del negativismo connesso alla simbiosi o all'identificazione primaria. Grunert (1979) descrive i diversi aspetti del problema della separazione-individuazione utilizzando il pregnante linguaggio transferale di un paziente: «La separazione distruggerà o lei o me.» Questa frase esemplifica il sentimento di colpa per la separazione. Il desiderio di autarchia, unito all'angoscia di perdita, è chiarito dalle frasi seguenti: «Voglio essere io a controllare che cosa succede qua, così lei perde credito», e: «Se faccio vedere che sto bene, dovrò andarmene.» La lotta passiva per il potere con il padre si manifesta, ad esempio, nella dichiarazione: «Se mi pongo in una posizione di fallimento, imporrò a lei (analista) le mie condizioni.» Come Rosenfeld (1971, 1975) e Kernberg (1975), anche Grunert considera l'invidia per l'analista come un movente particolarmente potente della reazione terapeutica negativa. Rosenfeld (1987), considerando la problematica delle situazioni di stallo terapeutico e i suoi collegamenti con la reazione terapeutica negativa e con l'invidia scissa nel contesto di una struttura caratteriale che definisce «narcisismo onnipotente», descrive l'evoluzione del suo modo di intendere e di praticare l'analisi dell'invidia. All'inizio, nella scia di Melanie Klein che aveva sottolineato il ruolo di un'*invidia primaria* nel determinarsi della reazione terapeutica negativa e di momentanee situazioni di stallo, egli stesso e altri analisti kleiniani ritenevano che solo attraverso un'analisi accurata dell'invidia nella situazione di transfert fosse possibile prevenire l'impasse e le reazioni terapeutiche negative. In seguito, invece, Rosenfeld scrisse di aver pensato a un modo di vedere i problemi più complesso e differenziato; il fatto stesso che il paziente si sente accettato e aiutato in analisi riduce l'invidia, poiché il paziente sente di avere uno spazio-tempo per sviluppare il proprio pensiero e la propria crescita. Diventa così inutile o dannoso

accentuare troppo l'interpretazione dell'invidia. È più importante invece essere ricettivi verso i sentimenti di umiliazione che il paziente prova quando l'analista lo capisce così bene, più di quanto possa fare egli stesso; in tal caso è opportuno sottolineare come il progresso dell'analisi dipenda dalla cooperazione della coppia paziente-analista e soprattutto dalle interpretazioni piene di tatto e date al momento opportuno. «Se ci si sofferma troppo sull'interpretazione dell'invidia oppure si sopravvaluta il contributo dell'analista rispetto a quello del paziente, insorgono spesso delle situazioni di stallo» (Rosenfeld, 1987, pp. 266 sg.).

Già dalle prime descrizioni di Freud si può dedurre che il peggioramento compare esattamente quando l'analista potrebbe contare sulla gratitudine. Quanto afferma Melanie Klein (1957) su invidia e gratitudine è perciò di particolare rilevanza per poter comprendere la reazione terapeutica negativa. È caratteristico che l'aumento di dipendenza si accompagni alla crescita del diniego di essa attraverso pensieri aggressivi onnipotenti. In questo caso si tratta naturalmente di elementi quantitativi correlati alla tecnica di trattamento.

La reazione terapeutica negativa è però anche la risposta a un oggetto vissuto come patogeno, come mostra l'analisi delle personalità masochistiche. Questi pazienti dovettero sottomettersi durante la loro infanzia a una figura parentale dalla quale si sentivano non amati o persino disprezzati. Per proteggersi dalle conseguenze di questa percezione, il bambino incomincia a idealizzare i genitori e le loro rigide richieste. Si propone di esaudire tali richieste, e condanna e disprezza sé stesso per poter conservare l'illusione di essere amato dai genitori. Quando questo tipo di relazione è rivissuto nel transfert, il paziente deve rispondere alle interpretazioni dell'analista con una reazione terapeutica negativa. Egli, per così dire, cambia le carte in tavola, prendendo ora il posto della madre che penalizzò con il disprezzo la sua vitalità e mettendo l'analista al posto del bambino che era sempre trattato ingiustamente e che chiede ancora, disperatamente, amore. Parkin (1980) definisce questa situazione come «incatenamento masochistico» tra soggetto e oggetto.

Etchegoyen (1986), dal canto suo, tenta un'ampia rassegna delle diverse spiegazioni che sono state date della reazione terapeutica negativa, sostenendo che non bisogna confondere il livello psicopatologico con il livello della teoria della tecnica, dal momento che, quantunque siano i pazienti più gravi quelli che presentano con maggiore frequenza reazioni terapeutiche negative, queste si incontrano anche nell'analisi di pazienti meno gravi. Noi aggiungiamo che la reazione terapeutica negativa dipende in gran parte da ciò che l'analista fa o non fa, da ciò che egli interpreta o non interpreta. Etchegoyen conclude dicendo che la cosa più probabile è che le varie ipotesi abbiano una loro applicazione nei differenti tipi di situazioni cliniche, con differenti tipi di pazienti.

Le conoscenze sulle motivazioni inconscie della reazione terapeutica negativa, a cui abbiamo accennato, hanno contribuito a un rapido cambiamento

positivo della tecnica psicoanalitica. La nostra sintesi mette in chiaro che il denominatore comune trovato da Grunert nel processo di separazione-individuazione di cui parla la Mahler si dimostra un buon principio di classificazione. Naturalmente è ancora da dimostrare se i disturbi di questa fase, che copre il periodo tra i cinque e i trentasei mesi di vita, siano di specifica rilevanza causale per la reazione terapeutica negativa. A nostro avviso si deve badare in ogni caso a qual è il contributo dell'analista nella regressione terapeutica e a come egli la interpreta, in base al suo controtransfert e alla sua impostazione teorica (Limentani, 1981).

4.4.2 *Aggressività e distruttività: al di là della mitologia della pulsione*

Posto che le derivazioni dalla biologia formulate da Freud a proposito della resistenza del Super-io e dell'Es siano errate, i limiti dell'applicazione del metodo psicoanalitico non sono là dove egli li suppose. I fattori ereditari e costituzionali, dai quali è condizionato in maniera decisiva il potenziale di crescita e di sviluppo di ogni individuo, non sono stati riscontrati là dove li aveva localizzati la definizione delle pulsioni di Freud. Né la resistenza dell'Es (come transfert erotico), né la resistenza del Super-io (come ripetizione masochistica) traggono la loro qualità dalla natura conservatrice della pulsione che Freud si sentì costretto a postulare in base alle sue speculazioni metapsicologiche sulla pulsione di morte. L'introduzione di una pulsione aggressiva o distruttiva indipendente e la sua derivazione dalla pulsione di morte, che raggiunse il suo culmine nel *Disagio della civiltà* (1929), ebbero effetti positivi e negativi sulla tecnica psicoanalitica. In *Al di là del principio di piacere* (1920b) Freud aveva descritto la coazione a ripetere e il carattere conservatore della vita pulsionale. Nove anni più tardi (1929, pp. 606 sg.) egli si stupì di «come abbiamo potuto trascurare la presenza ubiquitaria dell'impulso aggressivo e distruttivo non erotico, omettendo di assegnargli il posto che gli spetta nell'interpretazione della vita (...) Ricordo come io stesso rifuggii all'idea d'una pulsione distruttiva quando emerse per la prima volta nella letteratura psicoanalitica e quanto tempo mi ci volle prima che fossi disposto ad ammetterla».

A dire il vero, Adler aveva dato alla pulsione aggressiva un risalto speciale e indipendente nella sua teoria della nevrosi. Freud (1909a) aveva descritto il ruolo dell'odio solo in casi clinici, come sintomo, ad esempio, della nevrosi ossessiva, ma faceva risalire i fenomeni di aggressività alle pulsioni sessuali e di autoconservazione. Waelder (1960, p. 131) riassume la revisione teorica degli anni venti nel modo seguente:

Mentre fino ad allora era stato postulato che i fenomeni di aggressività e di odio dovevano essere spiegati in base alle pulsioni sessuali e di autoconservazione (dicotomia della precedente teoria psicoanalitica delle pulsioni) e in base alle attività dell'Io, essi furono considerati in seguito come manifestazioni di una pulsione distruttiva.

Nonostante l'accoglienza discorde incontrata dal nuovo dualismo pulsionale di Freud, come si rileva dai lavori di Bibring (1941), Bernfeld (1935), Fennichel (1935b), Loewenstein (1940), Federn (1930), i suoi effetti indiretti sulla tecnica furono notevoli, anche là dove la teoria era stata recepita con riserva o rifiuto. Secondo la descrizione di Waelder (1960, p. 133) anche gli analisti che non credevano all'ipotesi di una pulsione di morte e che quindi spiegavano la pulsione aggressiva basandosi sulla teoria clinico-psicologica della psicoanalisi e non sulla metapsicologia, «accettarono frettolosamente la nuova teoria sotto l'effetto della prima impressione». D'accordo con Bernfeld (1935), Waelder fa risalire questo fatto alle seguenti circostanze (*ibid.*):

Le vecchie teorie non si potevano applicare direttamente ai fenomeni; questi dovevano essere dapprima analizzati, doveva cioè essere esaminato il loro significato inconscio (...) Invece classificazioni come «erotico» o «distruttivo» rendevano possibile l'applicazione diretta al materiale grezzo in osservazione, senza fare in anticipo alcun lavoro analitico di distillazione e raffinamento (o con un minimo di tali fatiche) (...) È facile dire che un paziente è ostile, molto più facile che ricostruire, ad esempio, una fantasia inconscia a partire dal comportamento di transfert. La popolarità di questo concetto [pulsione aggressiva] potrebbe essere derivata dall'ingannevole facilità della sua applicazione, giusta o sbagliata.

Waelder invita al confronto teorico, elencando le modalità esplicative della precedente teoria psicoanalitica dell'aggressività. Secondo la sua opinione, è possibile spiegare esaurientemente i fenomeni aggressivi e distruttivi usando la vecchia teoria, senza ricorrere al postulato di una pulsione aggressiva autonoma (*ibid.*, pp. 139 sg.):

Un atteggiamento, azione o impulso distruttivi possono essere:

1. La reazione, *a*) a una minaccia contro l'autoconservazione o più generalmente contro gli scopi e i contenuti attribuiti di solito all'Io, oppure, *b*) alla frustrazione o minaccia di frustrazione contro una pulsione libidica.
2. Un sottoprodotto dell'attività dell'Io, come *a*) il controllo dell'ambiente circostante; *b*) il controllo del proprio corpo e della propria mente.
3. Una parte o un aspetto di un bisogno libidico che in un certo senso implica aggressività verso l'oggetto, come l'incorporazione o la penetrazione.

Nel primo caso, possiamo sentirci ostili contro coloro che minacciano la nostra vita o interferiscono nelle ambizioni del nostro Io (1.a) o contro coloro che competono con noi per lo stesso oggetto d'amore (1.b). Nel secondo caso, il tentativo normale dell'organismo in crescita, di acquisire il controllo del mondo circostante, implica una certa misura di distruttività quando si tratta di oggetti inanimati, o di aggressività rispetto a uomini e animali (2.a). La distruttività può manifestarsi anche come sottoprodotto del controllo gradualmente acquisito del proprio corpo, oppure come sottoprodotto della lotta per il controllo della propria vita interiore (2.b), analogamente alla paura di essere sopraffatto dalla forza dell'Es. L'aggressività può essere infine una componente della spinta libidica, come ad esempio il mordere, l'incorporazione orale, il sadismo anale, la penetrazione fallica e la ritenzione vaginale (3). In tutti questi casi si manifesta l'aggressività, che può essere talvolta molto pericolosa; comunque, manca un motivo determinante per postulare una pulsione innata di distruzione.

Questa suddivisione di Waelder implica due aspetti fondamentali che ci preme sottolineare. Possiamo considerare questo comportamento dal punto

di vista della spontaneità o della reattività. Nell'agire e nell'esperire umano gli aspetti spontanei e quelli reattivi sono mescolati sin dall'inizio. Le attività nutritiva, orale e sessuale hanno ciascuna un livello relativamente alto di spontaneità. La prevalenza dei processi ritmici, somatici e endopsichici sugli stimoli scatenanti è una delle caratteristiche proprie del comportamento pulsionale. Waelder, in contrasto, sottolinea la natura reattiva dell'aggressività. Questa ovviamente non sarebbe possibile se non ci fosse l'attività spontanea che caratterizza tanto gli uomini che gli altri esseri viventi. In questo senso Kunz (1946b, p. 23) poté dire che «la spontaneità costituisce il fondamento che rende possibile la reattività».

Dato che Freud descrisse lo sviluppo della spontaneità umana nei termini della teoria della libido (ed effettivamente la fame e la sessualità hanno tutte le caratteristiche di una pulsione), è stato naturale concepire l'aggressività, ugualmente sempre presente, come una pulsione primaria. È probabile che ciò sia dovuto all'idea, tuttora in auge, che il significato dell'aggressività nella vita sociale degli uomini è giustificato solo se le si dà un posto di primaria importanza accanto alla sessualità.

L'assunto che l'aggressività abbia un'origine reattiva pare la trasformi in un fenomeno secondario, rendendola più innocua. Ben lontani dall'asserire una cosa del genere, desideriamo far notare al lettore che *l'origine non pulsionale* dell'aggressività, che giustificheremo in seguito nei dettagli, è precisamente ciò che costituisce la sua natura maligna. Per introdurre questa argomentazione è utile distinguere tra azioni aggressive e distruttive e loro precursori inconsci e consci. Supponendo un passaggio graduale dall'aggressione alla distruzione, la distruttività potrebbe essere definita in relazione alla rovina, allo sterminio e, in definitiva, all'uccisione di un essere umano. Al contrario, le attività espansive e aggressive non sono necessariamente dolorose ma, in determinate circostanze, possono procurare piacere. Considerando quindi ancora una volta il prospetto di Waelder, appare evidente che egli vede le manifestazioni di aggressività come reazioni alla frustrazione o al pericolo, come prodotto secondario dell'autoconservazione o come fenomeno che accompagna l'istinto sessuale. Ciò che rimane fuori dallo schema di Waelder (1960, p. 42) è la «distruttività essenziale», particolarmente maligna e incomprensibile, alla quale egli si riferisce così:

Manifestazioni aggressive che non possono essere considerate come reazione a provocazioni perché, per la loro enorme intensità o durata, sarebbe difficile inquadrarle in uno schema stimolo-reazione; che non possono essere considerate come prodotti secondari delle attività dell'Io perché né si accompagnano a momentanee attività dell'Io, né sembrano spiegabili come derivati di prodotti secondari delle attività dell'Io; inoltre non possono essere considerate come facenti parte della pulsione sessuale poiché nessun tipo di piacere sessuale appare a esse associato.

Come esempio di distruttività essenziale Waelder si riferisce al più mostruoso caso storico: l'odio insaziabile di Hitler verso gli ebrei. Egli aggiunge:

«Sarebbe difficile voler spiegare questo odio come reazione, era troppo immenso e inesauribile» (*ibid.*, p. 144).

Siamo pienamente d'accordo con questo autore sul fatto che l'inesauribilità e l'immensità di tale odio e di forme simili di distruttività non rientrano nello schema stimolo-reazione. In realtà le scoperte di Freud relative alla disposizione reattiva inconscia hanno reso comprensibili proprio le azioni inesplicabili, apparentemente immotivate, o totalmente sproporzionate rispetto alla causa apparente. La sproporzione tra causa e reazione caratterizza il pensare e l'agire pilotati dall'inconscio, specialmente quelli di tipo delirante. L'inesauribile e insaziabile volontà di distruzione che si impossessò di gran parte del popolo tedesco sotto Hitler, va molto al di là di ciò che noi abitualmente definiamo un fenomeno pulsionale.

Abbiamo accennato qui a questo caso di mostruosa distruttività perché crediamo che l'esperienza estrema dell'olocausto abbia contribuito alla revisione della teoria psicoanalitica dell'aggressività. Ma gli eventi della storia recente hanno anche fatto rivivere l'ipotesi della pulsione di morte, di modo che le revisioni globali messe in atto all'inizio degli anni settanta rimasero praticamente inosservate. Per quanto possano avere contribuito a ciò gli eventi di persecuzione, le minacce apocalittiche e gli sviluppi autonomi nell'ambito della psicoanalisi, negli ultimi decenni si è preannunciata una revisione radicale della teoria psicoanalitica delle pulsioni di cui si è appena preso atto.

In base a sottili analisi psicoanalitiche e fenomenologiche di manifestazioni aggressive e distruttive, Stone (1971), Anna Freud (1966), Gillespie (1971), Rochlin (1973) e Basch (1984) sono giunti alla conclusione, indipendentemente l'uno dall'altro, che manca alla distruttività umana maligna ciò che caratterizza di solito una pulsione, fame e sessualità ad esempio, sia nell'ambito della psicoanalisi che fuori. È vero che Anna Freud, appellandosi a Eissler (1971), tenta invano di salvare la teoria della pulsione di morte. Ma la sua chiara argomentazione che l'aggressività manca dei connotati di una pulsione, quali l'origine e l'energia specifica, non dà spazio neppure alla pulsione di morte. È indiscutibile che la nascita e la morte sono gli eventi più importanti della vita umana e che ogni psicologia che meriti questo nome deve assegnare alla morte un sostanziale spazio nel suo sistema, come sottolinea Anna Freud con riferimento a Schopenhauer, Freud e Eissler, ma ciò non implica l'esistenza della pulsione di morte, bensì di una psicologia e filosofia della morte (Richter, 1984).

Le osservazioni cliniche citate da Anna Freud, tratte dalle analisi di bambini e adulti e dalle osservazioni dirette di bambini, rientrano tutte nell'ambito posto in evidenza da Waelder. L'esitazione con la quale sono state tratte finora le conseguenze della critica dell'aggressività basata sulla teoria della pulsione, dipende certamente dal fatto che continuiamo a parlare con i soliti vocaboli. Anna Freud (1970, p. 1131; corsivo nostro), dopo che era stato confutato il ca-

trattere pulsionale dell'aggressività, ha continuato a basare sulla teoria delle pulsioni le sue descrizioni di osservazioni cliniche, come dimostra la seguente affermazione:

I bambini in analisi possono essere collerici, distruttivi, ingiuriosi, rifiutanti, aggressivi per un'enorme varietà di ragioni, una sola delle quali è la *scarica diretta di fantasie o impulsi aggressivi genuini*. Il resto è comportamento aggressivo al servizio dell'Io, cioè finalizzato alla difesa: come reazione all'angoscia e sua efficace copertura; come resistenza dell'Io a ridurre le difese; come resistenza contro la verbalizzazione di materiale preconscious e inconscio; come reazione del Super-io contro il riconoscimento cosciente dei derivati dell'Es, sessuali o aggressivi; come diniego di qualsiasi legame libidico positivo con l'analista; come difesa contro tendenze passivo-femminili («rabbia impotente»).

Ma, dopo tutto, quali sono le cause della scarica di fantasie aggressive genuine? Dopo che Anna Freud ha negato che l'aggressività possieda una sua energia specifica, ovviamente tale energia non può essere scaricata. Anche il suo modo condensato di parlare di «fantasie aggressive genuine» ha bisogno di essere riveduto. La cosa più probabile è che le esplosioni diffuse, indirette, o che colpiscono un oggetto casualmente presente (la famosa mosca sulla parete), avvengano reattivamente, cioè a causa di offese precedenti associate all'incapacità di difendersi per motivi interni o esterni. Il soddisfacimento dell'aggressività non è comparabile con l'appagamento della fame o con il piacere dell'orgasmo. Dopo i litigi verbali si prova un sentimento che può essere espresso così: «Finalmente gli ho detto quel che penso di lui.» La gratificazione di impulsi aggressivo-distruttivi serve dunque alla ricostituzione del senso di stima di sé lesa. Il fatto che dopo uno sfogo aggressivo ci si senta meglio di prima (a patto che non intervengano i successivi sentimenti di colpa) è collegato con la soluzione della tensione che si era sviluppata reattivamente a causa di frustrazioni, nel significato più ampio della parola.

La concezione secondo la quale l'aggressività e la distruttività umane sono prive delle qualità di una pulsione non minimizza in alcun modo la loro importanza. Al contrario, è proprio l'odio particolarmente maligno, continuo e insaziabile, che irrompe in modo imprevedibile, a essere ora accessibile a spiegazioni psicoanalitiche.

Nella sua critica alla pulsione aggressiva, Anna Freud giunge alle stesse conclusioni di Kunz, costruttivamente critico, addirittura benevolo verso la psicoanalisi, alle cui ricerche ci riferiamo. Il fatto che le analisi fenomenologiche di Kunz siano cadute nell'oblio è uno dei molti segni della scarsità di scambi tra le varie discipline. Quarant'anni fa Kunz (1946b, pp. 33-42) osservò:

Non esiste un istinto aggressivo nel senso in cui si assegna una natura istintuale alla sessualità e alla fame (...) Non litighiamo perciò riguardo alla parola «istinto», che si potrebbe attribuire a ogni comportamento degli esseri viventi; e potremmo ascrivere «istinti» o «un istinto», oppure «una radice istintuale» persino agli eventi cosmici (...) La questione va considerata piuttosto sotto il seguente profilo: ammesso che sia stato deciso di chiamare «atti istintuali» le azioni che

servono ad esempio all'appagamento del desiderio sessuale e della fame, presumendo che siano determinate, almeno parzialmente, da meccanismi dinamici che denominiamo «istinti», è lecito chiamare ancora atti istintuali le manifestazioni aggressive e distruttive e «istinto aggressivo» il fattore che le scatena, se le mettiamo a confronto con le peculiarità degli atti istintuali e degli istinti menzionati prima? (...) Oppure le differenze tra questi due complessi di fenomeni sono talmente pronunciate che, usando la stessa terminologia per ambedue, si approda necessariamente a equivoci e incomprensioni fuorvianti? Questa è infatti la nostra opinione: i moti aggressivo-distruttivi sono nella loro essenza diversi da quelli dell'eccitamento sessuale e della fame, a prescindere dalle loro molteplici rassomiglianze.

Anna Freud conclude che all'aggressività umana mancano gli elementi specifici: l'organo, l'energia, e anche l'oggetto. Kunz (*ibid.*, p. 32) rilevò che all'aggressività

manca fondamentalmente la specificità tanto nell'esperienza vissuta che nelle forme di manifestazione (...) A favore di questa tesi parla la mancanza di un organo o campo di espressione primario a essa adibito. È stato possibile infatti stabilire determinate zone corporee preferenziali, che cambiano lungo il corso della vita, e ammettiamo la possibilità che tali legami si formino e rafforzino anche secondariamente. Tuttavia non esiste per l'aggressività una correlazione organica originaria, benché non esclusiva, come quella della fame con il tratto bocca-stomaco-intestino o quella della sessualità con la zona genitale.

L'asserzione che l'aggressività non è specifica è giustificata ulteriormente, secondo Kunz, dal fatto che manca un oggetto a essa riservato.

Rileviamo ancora una volta che la reattività di cui parla Kunz presuppone l'attività spontanea come base delle relazioni oggettuali. Sottolineiamo perciò con Kunz (*ibid.*, pp. 48 sg.) che l'enorme efficacia, la costante disposizione a scatenarsi dell'aggressività e della distruttività diventano sufficientemente comprensibili solo presumendo la loro natura reattiva.

Se alla base dell'aggressività si trovasse un istinto aggressivo specifico, in tal caso essa si conformerebbe presumibilmente, come i rimanenti bisogni radicati nell'istinto, al ritmo più o meno pronunciato e mai completamente assente di tensione e distensione, irrequietezza e calma, privazione e appagamento. Esiste senz'altro anche una saturazione degli impulsi aggressivi, sia quando l'appagamento segue immediatamente lo sfogo aggressivo, sia dopo una scarica a lungo differita, che comunque non implica un'alternanza fasica autonoma, ma dipende dall'aumento o dalla diminuzione di quelle tendenze che, se non sono appagate, mettono in atto le aggressioni. Un'apparente eccezione è costituita dall'aggressività accumulata che risulta da numerose inibizioni precedenti degli impulsi, diventata quasi un tratto permanente del carattere e che si scarica di tanto in tanto senza motivi apparenti.

Traiamo ora le conseguenze teoriche e pratiche della critica alla natura pulsionale dell'aggressività umana, la cui aspecificità ha reso necessaria una considerazione differenziata, con suddivisioni legate alla complessità del campo e sviluppo di teorie parziali di validità empirica conseguentemente limitata. Teorie venerande, come quella della *frustrazione-aggressività*, in base alla quale, ad esempio, Dollard, Miller e altri (1939) verificarono sperimentalmente asserzioni psicoanalitiche relative al cambiamento repentino del

transfert positivo in odio, spiegano solo aspetti parziali (vedi Angst, 1980). Dal punto di vista psicoanalitico si deve accentuare particolarmente il fatto, suffragato dalla ricerca sperimentale sull'aggressività, che possa esercitare un'influenza decisiva, rispetto alla condotta aggressiva, la misura in cui un individuo è colpito da un evento precedentemente descritto con termini quali «frustrazione, attacco, arbitrio» (Michaelis, 1976, p. 34).

È interessante notare che Michaelis propone un modello processuale dell'aggressività: «Il fattore decisivo non è costituito di per sé dagli atti di frustrazione, attacchi o atti arbitrari, bensì dalla *direzione* dell'evento e con essa dalla misura in cui l'individuo ne è *oggetto*» (*ibid.*, p. 31). Riteniamo che le tecniche che ci rendono capaci di scoprire i fattori scatenanti di pulsioni, fantasie e atti aggressivi siano orientate da quanto il soggetto se ne sente colpito o danneggiato. Una tecnica che operi al di là della mitologia della pulsione deve prefiggersi, nel senso di Waelder, l'analisi differenziata (fenomenologica e psicoanalitica) della situazione originaria dello sviluppo delle pulsioni e delle fantasie aggressive.

Il legame lasso della pulsione con il suo oggetto, come lo descrisse Freud, differenzia sostanzialmente le pulsioni umane dagli istinti degli animali, regolati da meccanismi innati di scatenamento. Questa differenza è la base della *plasticità* della scelta oggettuale umana. È molto probabile che questo legame lasso sia l'espressione di un salto evolutivo, caratteristico del processo di sviluppo del genere umano. Lorenz (1973) usa il termine « folgorazione » per descrivere tale situazione. La metafora della luminosità e repentinità proprie del lampo esprimono in maniera suggestiva la trasformazione dalla vita inconscia allo stato di coscienza, dalla notte al giorno. « Sia la luce »: con allusione alla storia biblica della creazione, si potrebbe dire che la folgorazione creò una luce abbagliante che produsse anche ombre e rese possibile riconoscere il chiarore e l'oscurità, il bene e il male. Ma che dire del tuono che segue di solito il lampo? La sua eco, enormemente amplificata, ci raggiunge oggi nel sapere che la folgorazione, quale salto evolutivo, ha portato con sé la facoltà di formare i simboli e quindi la possibilità di usare la distruttività al servizio di fantasie di onnipotenza.

Le mete distruttive dell'aggressività umana, come lo sterminio di esseri umani o di popoli interi (come nel genocidio del popolo ebraico perseguito nell'olocausto), va oltre qualsiasi possibile spiegazione biologica. E inoltre non viene in mente a nessuno di rendere meno gravi queste forme di aggressività considerandole come manifestazioni del cosiddetto male. È interessante che sia stato un biologo, Bertalanffy (1958), a richiamare l'attenzione degli psicoanalisti sull'importanza della formazione dei simboli per la teoria dell'aggressività umana.

La capacità simbolica non rese possibile solo l'evoluzione culturale dell'uomo; apportò anche la possibilità di separare gli uomini gli uni dagli altri

come individui e permise di erigere barriere alla comunicazione tra i gruppi. Questi processi hanno la capacità di contribuire allo sviluppo di conflitti che si compiono «come se si trattasse di scontri tra *specie diverse*, che nel mondo animale, in genere, hanno lo scopo di distruggere l'avversario» (Eibl-Eibesfeldt, 1980, p. 28). A questo punto è necessario fare la distinzione tra l'aggressività all'interno di una specie e quella tra specie diverse. Una caratteristica tipica della distruttività verso i nostri simili è che l'altro viene discriminato e definito come umanoide (non-uomo). Nell'aggressione tra gruppi ha sempre avuto una parte importante la squalifica mutua e reciproca. In seguito allo sviluppo dei mezzi di comunicazione di massa è oggi cresciuta a dismisura l'influenza della propaganda, tanto per il bene che per il male. Possiamo rilevare qui che Freud, nella sua nota lettera a Einstein (1932b, pp. 300 sg.), contrappose all'aggressività umana e alla sua degenerazione distruttiva specialmente il legame affettivo che si raggiunge attraverso l'identificazione: «Tutto ciò che provoca solidarietà significative tra gli uomini risveglia sentimenti comuni di questo genere, le identificazioni. Su di esse riposa in buona parte l'assetto della società umana.» Tali processi d'identificazione sono anche la base della relazione terapeutica e per questo motivo il transfert negativo, aggressivo, è una variabile che dipende da molti fattori.

A differenza dei processi appena descritti, il comportamento aggressivo degli animali è governato da processi endogeni periodici. Nella sua ricerca sul comportamento animale Lorenz ha descritto scariche sull'oggetto che esauriscono l'istinto e che si potrebbero chiamare aggressive. Sembra vi siano analogie tra le attività sostitutive e le scariche aggressive sull'oggetto dello spostamento, e tra le attività a vuoto e l'agire cieco, senza oggetto apparente (Thomä, 1967). Le raccomandazioni terapeutiche enunciate da Lorenz (1963) nel suo noto libro *Il cosiddetto male* rientrano tra i fenomeni, noti e riconosciuti da tempo, della catarsi e dell'abreazione emotiva. Il suggerimento di Lorenz ha lo scopo di portare a un livello sopportabile l'accumulo del potenziale aggressivo, che potrebbe provocare la fine del genere umano, mediante misure psicoigieniche innocue di scarica istintuale, come ad esempio lo sport. Queste raccomandazioni derivano dalla teoria della scarica e della catarsi. Alcune forme innocue di transfert negativo possono essere spiegate in questo modo: per esempio, l'aggressività prodotta reattivamente dalla frustrazione come componente del transfert negativo.

Naturalmente, se si segue l'argomentazione di Anna Freud, diventano opinabili tutti questi semplici modelli di spiegazione e tutte le analogie, perché l'aggressività umana non ha una propria riserva energetica, né oggetti prefissati. Mentre il comportamento aggressivo degli animali tra specie diverse si esaurisce con la cattura e l'uccisione della preda, la distruttività umana è inesauribile. Sembra che la liberazione dai legami temporali e spaziali, peculiare della fantasia, abbia fatto in modo che i confini non vengano assicurati e mantenuti in

modo affidabile mediante rituali, come nel regno animale (Wisdom, 1984). Tra gli animali della stessa specie i comportamenti aggressivi provocati dalla rivalità sessuale e dalla lotta gerarchica e territoriale cessano perlopiù quando l'animale più debole riconosce la sconfitta attraverso determinate posture di sottomissione o attraverso la fuga (Eibl-Eibesfeldt, 1970). Nel regno animale, la distanza tra due membri della stessa specie può porre fine alla lotta, mentre la distruttività umana è resa possibile anche dalla lontananza del nemico, la cui immagine viene distorta smisuratamente.

Come abbiamo già accennato, Bertalanffy (1958) fa risalire la distruttività umana alla *capacità simbolica dell'uomo*, differenziandola dall'aggressività istintuale, conforme al comportamento animale. Ciò che conferisce malvagità all'aggressività umana, rendendola in tal modo inesauribile, è il suo legame con i sistemi consci e inconsci della fantasia, che sembrano trarre origine da sé stessi, dal nulla, e degenerano nella malvagità. La capacità di formare simboli è, come tale, al di là del bene e del male.

L'analista ovviamente non può essere soddisfatto dall'assunto che le fantasie di onnipotenza e le mete distruttive nascono come dal nulla. Sappiamo che, in individui sensibili e in special modo in casi psicopatologici borderline, possono esplodere reazioni aggressive ampiamente sproporzionate, a insulti del tutto banali. Tali fattori scatenanti mettono in moto processi distruttivi perché fantasie inconscie conferiscono un carattere di grave minaccia a questi innocui stimoli esterni. In relazione a ciò la ricerca psicoanalitica regolarmente riconosce che la dimensione recepita dell'offesa che proviene dall'esterno sta in rapporto diretto con la quantità di aggressività da cui il soggetto si è liberato per mezzo della proiezione. Dobbiamo a Melanie Klein (1946) la descrizione di questo processo come una relazione oggettuale, nell'ambito della teoria dell'identificazione proiettiva e introiettiva.

Sempre in ambito kleiniano, Rosenfeld (1971, 1987) descrisse pazienti la cui organizzazione narcisistica assumeva caratteri di « narcisismo distruttivo », onnipotente, particolarmente « maligno »; in questi casi gli aspetti distruttivi del Sé sono idealizzati e hanno il potere di tenere in ostaggio gli aspetti infantili positivi e il bisogno di dipendenza; così, il narcisismo distruttivo attacca violentemente – e in ciò l'invidia assume un carattere particolarmente diabolico e autodistruttivo – qualsiasi contatto libidico tra paziente e analista. È significativo che Rosenfeld affermi che l'organizzazione narcisistica si rende evidente, sotto forma di violenti attacchi sadici e invidiosi, solo quando la parte infantile e bisognosa del paziente entra in contatto con l'analista; in tal modo si dà al narcisismo, non importa se maligno e distruttivo, un carattere reattivo. Su questo punto, negli ultimi anni della sua vita, Rosenfeld modificò la sua tecnica. Nel suo ultimo libro (1987, pp. 287 sg.) dice di aver abbandonato le interpretazioni dirette della distruttività a favore di interpretazioni indirette, nel senso di qualcosa di inerte o mortale che dal di dentro minaccia, paralizza e blocca lo sviluppo del paziente.

Fino a oggi, in verità, il problema del tipo di esperienza infantile atta a produrre fantasie grandiose e distruttive (e la loro proiezione con conseguente controllo dell'oggetto) è rimasto irrisolto. Fa parte dell'esperienza di ogni madre che i bambini piccoli mostrano intense reazioni aggressive specialmente di fronte alle frustrazioni; è inoltre ben noto che la tolleranza alla frustrazione diminuisce, se si viziano continuamente i figli. Perciò Freud segnalò come sfavorevoli ai fini pedagogici tanto l'eccessiva severità quanto l'eccessiva condiscendenza.

Se si ripercorre all'indietro la storia dello sviluppo di sistemi della fantasia con contenuti di rappresentazioni grandiose, si arriva infine alla questione di quanto sia fondato l'assunto dell'esistenza di rappresentazioni inconscie arcaiche di onnipotenza e impotenza. La teoria del narcisismo risponde a questa domanda in modo chiarissimo: il Sé grandioso congenito di Kohut reagisce a ogni offesa con *rabbia* narcisistica. La fenomenologia dell'eccessiva suscettibilità, correlata alla rabbia narcisistica (qui preferiamo parlare di distruttività), è un vecchio e incontestabile patrimonio di esperienza clinica della psicoanalisi. In vista della critica diretta alla metapsicologia, oggi si tratta di chiarire senza pregiudizi il ruolo della capacità di simbolizzazione nella genesi della distruttività umana. Se si considera l'autoconservazione come un principio biopsicologico di regolazione che può essere disturbato tanto dall'esterno che dall'interno, si arriva a una prospettiva che permette di attribuire un carattere di autoconservazione tanto al dominio orale, riflessivo, dell'oggetto quanto ai più elaborati sistemi deliranti di distruzione al servizio di idee di grandezza. La fantasia associata, nel senso più ampio del termine, ai processi di simbolizzazione è ubiquitaria. Poiché essa è accoppiata alla facoltà di formare rappresentazioni interne, l'aggressività infantile può avere difficilmente l'intensità arcaica che le fu attribuita dalla teoria delle pulsioni con l'asserzione che la libido narcisistica trova la sua espressione nell'onnipotenza infantile. Con le fantasie di grandezza si arriva anche ai desideri consci e inconsci che sono inesauribili, a causa del loro legame lasso e della loro plasticità.

È molto significativo il fatto che l'appagamento orale e quello sessuale si esauriscono, mentre l'aggressività strumentalizzata è onnipresente. Essa è al servizio di un'autoconservazione che è determinata prevalentemente da contenuti psichici. Ritorniamo quindi alla vecchia suddivisione di Freud e diamo a essa un significato psicosociale. È noto che Freud attribuì in un primo tempo l'aggressività alla pulsione di autoconservazione e definì quest'ultima come pulsione dell'Io, in opposizione alla pulsione sessuale e di conservazione della specie. In questo tentativo di classificazione, fa parte delle pulsioni dell'Io il dominio dell'oggetto al servizio dell'autoconservazione. Mediante un'enorme amplificazione di ciò che Freud definì autoconservazione, si può vedere la distruttività umana come un suo correlato. In tal modo, né la distruttività umana né la conservazione della specie possono essere concepite oggi come puri rego-

latori biologici. Esse rimangono, ovviamente, in rapporto l'una con l'altra perché l'intensità e l'estensione della distruttività stanno in una relazione di interdipendenza con le fantasie di grandezza e la loro realizzazione.

Questa ipotesi include infatti un fattore reattivo, in quanto con la crescita delle fantasie di grandezza cresce anche il pericolo di nemici immaginari. Si crea così un circolo vizioso che trova sempre più occasioni realistiche di trasformare i nemici immaginari in avversari reali che lottano per la sopravvivenza. Qui l'autoconservazione non ha più basi biologiche. Non si tratta di lotta per la sopravvivenza fisica, che può essere ben garantita e che di regola lo è. Si potrebbe anche dire che l'*Homo symbolicus* non può svilupparsi pienamente e mettere la sua inventiva al servizio dell'aggressività finché non è stato raggiunto un margine di sicurezza sufficiente, cioè fino a quando il legame lasso tra la pulsione di nutrizione e l'oggetto si è stabilizzato in modo tale che la lotta per il pane quotidiano non sia l'unica e predominante preoccupazione (Freud, 1932a). Per che cosa ha lottato Michael Kohlhaas?¹ Non certo soltanto per la riparazione materiale dell'ingiustizia che gli aveva fatto il giovane aristocratico, portandogli via il cavallo.

Poiché l'autoconservazione si lega, nel senso più stretto e globale, con il soddisfacimento dei bisogni vitali, il problema del legame tra privazione e incremento compensatorio di invidia, avidità, vendetta o fantasie di potere, ricopre un'importanza pratica molto grande. Basandosi sulle conseguenze della permissività con il bambino, Freud ha dimostrato che l'aggressività non è solo di tipo compensatorio. Viziando il bambino, si crea nel futuro adulto un potenziale aggressivo per cui qualsiasi richiesta di media difficoltà sarà poi vissuta come pretesa insopportabile: per l'autoconservazione saranno utilizzati mezzi aggressivi allo scopo di mantenere lo *status quo ante* di persona viziata.

Le conseguenze tecniche della revisione della teoria dell'aggressività interessano tanto la resistenza del Super-io quanto la reazione terapeutica negativa, e anche il transfert negativo. Quanto maggiore diventa l'insicurezza nella situazione analitica, vale a dire quanto più è minacciata l'autoconservazione, tanto più intenso diventa, necessariamente, il transfert aggressivo. Mosser (1978, p. 236) ha richiamato l'attenzione sugli effetti che si producono nella situazione analitica se non sono capiti, già *in statu nascendi*, i segnali aggressivi:

Se non si tengono in considerazione i segnali aggressivi (rabbia, fastidio) e non si introducono, interpretandoli, attività comportamentali adatte alla trasformazione dei fattori scatenanti, l'attivazione emozionale continua a progredire (ciò corrisponde alla tesi freudiana della sommazione di segnali). L'iperattivazione confluisce infine in uno stato di rabbia o collera per cui è possibile, evidentemente, solo un comportamento aggressivo incontrollato (...) Giacché la situazione ana-

¹ [Michael Kohlhaas, protagonista del racconto di Heinrich Kleist (1977-1811) dal titolo omonimo, personaggio della storia tedesca, nel quale la lotta per la giustizia si confonde con profonde motivazioni inconscie.]

litica impedisce gli atti motorio-aggressivi mediante un sistematico condizionamento che, accoppiato all'insight, rafforza in modo operante il non-agire, sussisterà la tendenza a somatizzare gli sfoghi affettivi aggressivi nella misura in cui questi non possono essere intercettati, nell'interazione con l'analista, attraverso le sue interpretazioni.

Balint (1954, p. 160) aveva richiamato l'attenzione sullo svantaggio in cui si può incorrere interpretando troppo in anticipo il *transfert negativo*:

In quest'ultimo caso il paziente può essere ostacolato nel sentire un vero e proprio odio o rabbia poiché le interpretazioni adeguate gli permettono l'abreazione in piccole dosi delle sue emozioni, delle quali non resta poi niente di più di un sentimento indeterminato di irritazione o contrarietà. Così l'analista, se interpreta troppo presto un transfert negativo, quando accenna a essere tale, non si accosta affatto a emozioni molto intense, allo stesso modo del suo paziente; e tutto il lavoro analitico va a finire in semplici «simboli» di odio, ostilità ecc.

Kohut intende il transfert negativo come una reazione del paziente alle azioni dello psicoanalista, e questo lo ha portato a criticare l'assunto che l'aggressività umana sia di natura pulsionale e a interpretare la distruttività nell'ambito di una teoria del Sé.

Ritenendo insostenibile che la distruttività umana sia una pulsione primaria, Kohut ne trasse conseguenze che approfondirono la comprensione del transfert aggressivo. Pur non condividendo la sua opinione che la distruttività rappresenti un prodotto primitivo di disintegrazione (Kohut, 1977, 1984), riteniamo che la «rabbia narcisistica» appartenga senza dubbio ai processi di mantenimento dei sistemi illusori del Sé e dell'identità. Tali sistemi si possono trovare in ideologie sia personali che collettive. La differenza tra aggressività e distruttività è considerevole. L'aggressività pura diretta contro le persone e gli oggetti che si oppongono alla gratificazione scompare rapidamente dopo che è stata raggiunta la meta. La rabbia narcisistica è al contrario insaziabile, non ha fine. Le fantasie conscie e inconscie arrivano dunque a rendersi indipendenti dagli eventi precipitanti la rivalità aggressiva, e agiscono costantemente come forze inesauribili di sanguinaria distruzione.

Rispetto agli effetti sulla tecnica è essenziale identificare le numerose umiliazioni narcisistiche che il paziente esperisce *effettivamente* nella situazione analitica, e che non sono solo percepite in maniera esagerata, attraverso una lente di ingrandimento. L'impotenza infantile, rivissuta nella situazione analitica a causa della regressione, sviluppa reattivamente idee di onnipotenza che possono sostituirsi alle dispute dirette, se non sono presi sul serio i fattori scatenanti nel «qui e ora». I pazienti narcisisti evitano gli alterchi aggressivi quotidiani perché per loro si tratta subito di una questione di tutto o niente. A causa della loro esagerata suscettibilità si muovono nel circolo vizioso di fantasie inconscie di vendetta. Nel caso delle ideologie personali o collettive, si crea un nemico, le cui caratteristiche facilitano le proiezioni. È così possibile osservare con grande regolarità che la rabbia narcisistica si trasforma in

rivalità quotidiana, relativamente inoffensiva, se nella situazione analitica si riesce a far risalire le offese alle loro radici.

Abbiamo citato prima la lettera di Freud a Einstein anche per motivi inerenti alla tecnica. I transfert negativi aggressivi devono essere esaminati nel loro contesto, chiedendosi se sia possibile creare una base significativa comune, nel senso del «lavoro comune» di Sterba (1934, 1940), attraverso la formazione del «noi» (vedi sopra, cap. 2). Il transfert negativo aggressivo ha quindi una funzione di regolazione della distanza, giacché le identificazioni si formano per imitazione e assimilazione e questo scambio interpersonale è inevitabilmente legato a turbamenti. È cruciale trovare la distanza ottimale con i pazienti a rischio, che già a prima vista appaiono bisognosi di speciale sostegno ed empatia. Contribuisce a questo la neutralità professionale correttamente intesa, che non deve essere confusa con l'impassibilità e l'anonimato (T. Shapiro, 1984).

Le conseguenze tecniche che possiamo trarre da queste riflessioni corrispondono in parte alle raccomandazioni di Kohut. È essenziale che l'evento scatenante reale nel «qui e ora» sia strettamente correlato con il suo incontenibile contenuto significativo. Questo movente aggressivo reale sta forse già nel fatto stesso che il paziente si sia rivolto all'analista nella posizione di chi cerca aiuto. Illusteremo nel secondo volume, sulla base di casi clinici, con quale rapidità l'analista può passare dal «qui e ora» dell'offesa al «là e allora» dell'origine dell'esagerata suscettibilità del paziente.

4.5 *Tornaconto secondario della malattia*

Una delle cinque forme di resistenza descritte da Freud (1925b, p. 306) è la resistenza dell'Io, la quale «proviene dal *tornaconto della malattia*, e (...) si fonda sull'inclusione del sintomo nell'Io». Per valutare le forze esterne che contribuiscono alla determinazione e al mantenimento del disturbo psichico è utile tener presente la distinzione che Freud fece nel 1923 fra *tornaconto primario* e *tornaconto secondario* della malattia in una nota nel Poscritto al caso di Dora (1901). L'impossibilità di una netta differenziazione tra i vari motivi della malattia può essere giustificata anche teoricamente. Tra il 1905 e il 1923 si attribuì all'Io un'importanza sempre maggiore nella teoria e nella tecnica, in relazione alla formazione dei sintomi e in riferimento ai processi di difesa. D'accordo con la nota del 1923, «la tesi secondo cui i motivi della malattia non sarebbero presenti all'inizio della malattia stessa, ma sopraggiungerebbero più tardi, non può essere mantenuta» (Freud, 1901, p. 335). In *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925b, p. 248) Freud scrisse: «Ma di regola il processo è un altro; al primo atto della rimozione segue un postludio, lungo o interminabile, e la lotta contro il moto pulsionale trova la sua prosecuzione nella lotta contro il sintomo.»

Precisamente, i casi che mostrano una strutturazione stabile dei sintomi si caratterizzano per un decorso della malattia in cui le condizioni primarie sono talmente mescolate con quelle secondarie che non è più possibile distinguere le une dalle altre. Così, per esempio (*ibid.*, pp. 249 sg.),

altre configurazioni sintomatiche, quelle della nevrosi ossessiva e della paranoia, assumono un grande valore per l'Io, non perché gli rechino alcun vantaggio, ma perché gli danno una soddisfazione narcisistica non ottenibile altrimenti. I sistemi che i nevrotici ossessivi si costruiscono lusingano il loro amor proprio con l'illusione che essendo essi persone particolarmente pure o coscienziose, valgono più degli altri; le formazioni deliranti della paranoia aprono alla sagacia e alla fantasia di questi malati un campo di attività non facilmente sostituibile. Da tutte le relazioni che abbiamo considerato risulta quello che ci è noto come «tornaconto (secondario) della malattia». Esso viene in aiuto allo sforzo compiuto dall'Io per incorporarsi il sintomo, e rafforza la fissazione di quest'ultimo. Se noi tentiamo poi di prestare assistenza analitica all'Io nella sua lotta contro il sintomo, troviamo che questi legami conciliativi fra Io e sintomo agiscono dalla parte delle resistenze. Non ci riesce facile scioglierli.

Leggiamo inoltre nelle lezioni dell'*Introduzione alla psicoanalisi* (1915-17, pp. 535-37):

Un motivo dell'Io di tipo egocentrico, motivo volto a ottenere protezione e vantaggio (...) vuole preservare l'Io dai pericoli che, minacciandolo, furono la causa occasionale della malattia, e non permetterà la guarigione se prima non sembrerà escluso il ripetersi di essi (...) Abbiamo già detto che i sintomi trovano sostegno anche nell'Io, perché un loro aspetto offre soddisfazione alla tendenza rimovente dell'Io stesso (...) Vi sarà facile capire che tutto ciò che contribuisce al tornaconto della malattia rafforza la resistenza della rimozione e aumenta la difficoltà terapeutica (...) Quando un'organizzazione psichica come la malattia perdura per parecchio tempo, finisce per comportarsi come un essere indipendente.

Il tornaconto secondario della malattia rinforza il circolo vizioso. Perciò l'analista dovrà porre una speciale attenzione ai fattori situazionali che, interni o esterni alla relazione analitica, contribuiscono al mantenimento dei sintomi. Noi attribuiamo una grandissima importanza al tornaconto secondario della malattia, inteso in senso lato, e ritorneremo su questo argomento nel capitolo 8, nei paragrafi relativi alla rielaborazione e alla ristrutturazione.

4.6 Resistenza d'identità e principio di salvaguardia

Non sarà sfuggito al lettore che, di frequente, rispetto alla varietà dei fenomeni clinici di resistenza, abbiamo fatto riferimento a un principio funzionale unitario. Ci proponiamo ora di trattare espressamente questo principio. Accanto alle diversità nelle manifestazioni cliniche di resistenza, che non sorprendono, data la complessità dei fenomeni, esistono anche convergenze molto istruttive. Analisti di differenti scuole, indipendentemente l'uno dall'altro, attribuiscono ai processi di resistenza e di difesa una funzione finalizzata alla regolazione del Sé e al principio di salvaguardia. Nella psicologia del Sé di

Kohut l'appagamento pulsionale è subordinato al controllo del senso di sé. Sandler (1960) considera il principio di piacere-dispiacere come facente parte del principio di salvaguardia. Nella *resistenza d'identità* (Erikson, 1968, pp. 214 sg.) il più potente regolatore è l'identità, che dal punto di vista fenomenologico è il gemello siamese del Sé:

Ho accennato qui a una forma estrema di quella che si può chiamare resistenza d'identità, che tuttavia, lungi dall'essere limitata ai pazienti or ora descritti, è una forma universale di resistenza che si manifesta regolarmente, ma spesso non viene riconosciuta come tale nel corso dei trattamenti psicoanalitici. La resistenza d'identità, nelle forme più leggere e più frequenti, consiste nella paura del paziente che l'analista, a causa della sua particolare personalità, della sua estrazione ambientale o dei suoi principi, possa inavvertitamente o deliberatamente distruggere il nucleo indebolito dell'identità del paziente, imponendogli invece la propria. Non esiterei a dire che alcune delle più discusse e non risolte nevrosi di transfert, tanto in pazienti quanto in candidati psicoanalisti, sono il risultato diretto del fatto che la resistenza d'identità spesso non viene analizzata sistematicamente. Accade così che l'individuo da analizzare possa riuscire talvolta a resistere durante tutta l'analisi a qualsiasi invasione della sua identità da parte dei valori dell'analista, pure cedendogli su tutti gli altri punti; oppure il paziente potrà assorbire dell'identità dell'analista più di quanto possa fare con i propri mezzi; o infine potrà abbandonare l'analisi con un senso, che durerà per tutta la vita, di essere stato defraudato di qualche cosa di essenziale che l'analista gli doveva.

Nei casi di grave confusione d'identità, questa resistenza d'identità diventa il fulcro dell'incontro psicoanalitico. Le varie tecniche psicoanalitiche hanno quest'unico problema in comune: la resistenza dominante dev'essere accettata come guida principale della tecnica, e l'interpretazione deve adeguarsi alla capacità del paziente di utilizzarla. In questi casi il paziente cerca di sabotare la comunicazione fino a quando non abbia risolto alcuni problemi fondamentali, sia pure contraddittori. Il paziente insiste che il terapeuta accetti la sua identità negativa come reale e necessaria, cosa che è vera o era vera, senza tuttavia concludere che oltre l'identità negativa in lui «non c'è nient'altro». Se il terapeuta è capace di soddisfare queste due richieste, deve dimostrare pazientemente, attraverso molte gravi crisi, che può conservare comprensione e affetto per il paziente senza divorarlo e senza offrire sé stesso come pasto totemico. Soltanto allora potranno emergere, sia pure con la massima riluttanza, le forme più conosciute di transfert.

Alla resistenza d'identità deve essere assegnata una funzione ampia, che va oltre i limiti della definizione di Erikson. L'equilibrio raggiunto ha una forte capacità di persistenza, anche quando è controllato da un *falso Sé* (Winnicott) o da un *Sé narcisistico* nel senso di Kohut. Si può osservare una resistenza d'identità particolarmente intensa in tutte quelle persone che non si sentono malate, i cui sintomi sono egosintonici. Nell'anoressia mentale, per esempio, il nuovo stile di vita diventa una seconda natura e l'analista viene considerato un intruso al quale si oppone la resistenza d'identità.

Non sorvoliamo sulle differenze teoriche insite in queste concezioni. Kohut fa derivare l'origine e la regolazione del sentimento di sé dagli «oggetti-Sé» narcisistici, mentre il sentimento d'identità di Erikson, insieme alla resistenza d'identità che ne consegue, ha in gran parte una base psicosociale. Sebbene da un punto di vista fenomenologico il sentimento di sé e quello d'identità siano quasi indistinguibili l'uno dall'altro, le differenze di derivazione

proposte da Kohut e da Erikson si ripercuotono tuttavia anche sulla tecnica. Lo stesso vale per il principio di salvaguardia, che Henseler (1974, p. 75) ha strettamente collegato con la teoria del narcisismo. Gli aspetti di *salvaguardia* dello *stile di vita* nevrotico hanno un ampio spazio nella teoria di Adler. Freud (1914c, p. 426) ritenne che il termine di Adler «misura di salvaguardia» (*Sicherung*) fosse migliore di quello da lui adoperato, «misura protettiva» (*Schutzmassregel*).

Possiamo riferirci qui ancora una volta al concetto freudiano di autoconservazione «quale bene supremo» e trovarvi il denominatore comune della resistenza e della difesa. Nessuno potrebbe infatti dubitare che l'autoconservazione non abbia tra i fattori regolatori un rango particolarmente elevato, se non addirittura il massimo, come è stato recentemente documentato da Quint (1984) sulla base di studi clinici. L'autoconservazione, in senso psicologico, agisce come fattore di regolazione tramite contenuti consci e inconsci, che si sono via via integrati nel corso della vita costituendo così l'identità personale. A loro volta, il sentimento o senso di sé, la fiducia in sé stessi, l'auto-stima ecc. dipendono dalla realizzazione di determinate condizioni interne ed esterne.

Molte di queste interdipendenze sono state, in fondo, concettualizzate nella teoria strutturale della psicoanalisi. Infatti non appena si discute in termini clinici di Super-io o di Io ideale si tende a trasformarli in sostanze e a chiamarli oggetti interni, benché si caratterizzino per la loro forza motivazionale. Questo uso linguistico risale alla scoperta di Freud che, nelle autoaccuse depressive, «l'ombra dell'oggetto cadde sull'Io» (1915d, p. 108).

La metafora, molto suggestiva nella descrizione freudiana degli oggetti interni, può far dimenticare il fatto che essi si situano in un contesto d'azione: l'identificazione non avviene con un oggetto isolato, ma con interazioni (Loewald, 1980, p. 48). Che attraverso tali identificazioni possano sorgere conflitti intrapsichici, per incompatibilità di idee e di affetti, fa parte delle conoscenze più antiche della psicoanalisi. Quando Freud (1892-95, p. 385) parlò di rappresentazioni inconciliabili contro le quali l'Io si difende, il termine «Io» veniva usato ancora in senso colloquiale ed equivaleva a «persona», a Sé. Il lettore si chiederà perché mai si parli tanto oggi di regolazione del Sé o del principio di salvaguardia, dato che tali concetti hanno sempre avuto il loro posto nella teoria e nella tecnica, e che lo studio della resistenza e della difesa si orientava sulla loro base, il che costituisce pure lo sfondo della teoria strutturale. La restrizione della psicologia dell'Io ai conflitti intrapsichici e la loro derivazione dal principio di piacere, come *modello di scarica pulsionale*, ricordano il letto di Procuste, troppo corto, senz'altro, per i conflitti interpersonali edipici, perlomeno quando si tratta di comprenderli radicalmente. La riscoperta di punti di riferimento globali e di principi di regolazione nell'ambito di una psicologia bipersonale (sicurezza, sentimento di

sé, costanza d'oggetto ecc.) rende indirettamente chiaro ciò che si era perduto a causa di scissioni e spaccature. Non si tratta del fatto che il piacere narcisistico sia stato dimenticato nella psicoanalisi, ma del fatto che Kohut ha elevato alla categoria di principio il piacere dell'autorealizzazione e con questo non solo ha riscoperto qualcosa di vecchio, ma ha conferito un significato nuovo al narcisismo.

D'altra parte, è facile che la diversità delle interdipendenze del senso di sé sfugga quando queste interdipendenze sono elevate alla categoria di massimo principio regolatore. In tal caso sarebbe del tutto coerente concepire la resistenza del paziente come misura protettiva contro i danni e quindi contro il pericolo di disintegrazione del Sé. Kohut non soltanto abbandonò il modello della scarica pulsionale, ma trascurò pure la dipendenza della fiducia in sé stessi dal soddisfacimento psicosessuale. Ad ogni modo, gli effetti di questa nuova posizione unilaterale si rivelano, in molti casi, positivi. Ciò non ci meraviglia se consideriamo che la tecnica di trattamento della psicologia del Sé elargisce al paziente grandi conferme e riconoscimenti. Inoltre, il fatto che l'analista tematizzi i danni derivati da carenza di empatia, come pure l'ammissione di quelli da lui provocati, crea un'atmosfera terapeutica favorevole e promuove l'autoaffermazione, e di conseguenza vengono attenuate indirettamente molte angosce. Fino a qui, va tutto bene. Il rovescio della medaglia sta nel fatto che in tal modo si considera la resistenza del paziente come una misura protettiva contro i danni e, in ultima analisi, contro il pericolo di disintegrazione del Sé, come se tale disintegrazione non avesse bisogno di ulteriori chiarimenti. Si fa diventare così la disintegrazione del Sé un argomento ontologico invece di indagare psicoanaliticamente in che modo l'aggressività inconscia diventi, per esempio, attiva nell'angoscia di disintegrazione della struttura (distruzione del mondo o della propria persona). Il sociologo Carveth (1984a, p. 79) ha richiamato l'attenzione sulle conseguenze della spiegazione ontologica di fantasie con il seguente commento: «Si ha l'impressione che la psicoanalisi (e anche la psicologia sociale) corra continuamente il rischio di mischiare tra loro la fenomenologia (o la psicologia) con l'ontologia, la descrizione di ciò che si ritiene sia la realtà con l'affermazione di ciò che la realtà effettivamente è.» Dopo aver descritto, come esempio di tale confusione, il modo in cui Freud intende la mancanza del pene nella donna, Carveth continua così (*ibid.*):

In modo analogo, Kohut osserva che molti analizzandi con problemi narcisistici pensano a sé stessi come «esposti» in determinate circostanze alla frammentazione, alla disintegrazione e all'indebolimento. Una cosa è descrivere tali fantasie di frammentazione, un'altra, totalmente distinta, è sviluppare una psicologia del Sé in cui il «Sé» sia raffigurato come una «cosa» dotata di coesione o frammentata.

Nella sua critica Carveth si richiama a Slap e Levine (1978) e a Schafer (1981), che sostengono punti di vista simili.

Nella «traslazione d'oggetto-Sé» Kohut mette in rilievo, in particolare, la funzione di regolatore della relazione e, in primo luogo, tutto ciò che il paziente cerca nell'analista sia nella «traslazione d'oggetto-Sé» idealizzata sia in quelle gemellare o speculare. Secondo la concezione di Kohut questi segnali emessi dal paziente servono a riparare le carenze di empatia. La compensazione del deficit è cercata dal paziente inconsciamente e la resistenza assume una funzione protettiva, per difenderlo da nuovi danni. I transfert grandiosi o idealizzati sono considerati dall'analista come indizi di disturbi precoci. Riguardo a essi non si tratta, principalmente, di frustrazioni nell'appagamento pulsionale, ma di mancanza di riconoscimenti, dai quali dipende il senso di sé infantile.

Nonostante la nostra posizione critica rispetto alla teoria di Kohut, diamo un grande valore alla sua innovazione tecnica. Solo che a prima vista appare sorprendente come in certi casi l'angoscia di disintegrazione strutturale possa migliorare persino senza che sia stata rielaborata, nella relazione di transfert, l'aggressività inconscia sopra menzionata. Probabilmente ciò dipende dal fatto che nella tecnica di Kohut, attraverso la promozione dell'autoaffermazione, da una parte si attualizzano, indirettamente, anche le parti aggressive della personalità, e dall'altra viene diminuita l'aggressività dovuta alla frustrazione.

Quanta efficacia specifica abbiano le interpretazioni di transfert di Kohut resta una questione aperta. La regolazione del sentimento di sé e il relativo contributo terapeutico dell'analista hanno una straordinaria importanza, non pregiudicata dalla validità o meno del contenuto della singola interpretazione. Illustreremo i progressi tecnici apportati dalle idee di Kohut con un'interpretazione di psicologia del Sé della resistenza narcisistica descritta da Abraham nel 1919 e considerata a quel tempo irrisolvibile.

Abraham (1919a) descrisse una forma di resistenza in pazienti narcisisti e quindi facilmente suscettibili, con labile sentimento di sé, che si identificavano con il medico e si comportavano come «superanalisti», invece di instaurare con l'analista un rapporto personale più stretto, nel transfert. Il paziente di Abraham vedeva sé stesso, per così dire, con gli occhi del suo analista e si faceva da sé le interpretazioni che immaginava appropriate. L'autore non ha considerato la possibilità che tali identificazioni fossero tentativi indiretti di avvicinamento; ciò è tanto più sorprendente se consideriamo che dobbiamo a Abraham la descrizione dell'incorporazione orale e dell'identificazione a essa associata. Evidentemente egli non era ancora in grado di applicare in maniera feconda, nella sua tecnica, la nozione dell'esistenza di identificazioni primarie, che sono la forma più precoce dell'attaccamento affettivo a un oggetto (Freud, 1921a, p. 294; 1922c, pp. 491 sg.). Più tardi Strachey (1934) definì l'identificazione con l'analista una relazione oggettuale. Kohut ci ha fatto capire meglio le identificazioni primarie nei vari tipi di «traslazione d'oggetto-Sé» e la loro applicazione tecnica. Con tutto ciò, è pur vero che Kohut a sua volta sembra trascurare il fatto che le identificazioni hanno anche una funzione difensiva, e in tal modo possono stare al servizio della resistenza all'autonomia.