

Annotazioni sull'amore di transfert - S. Freud (1915)

Traduzione di D. Radice

<https://www.analisilaica.it/2019/03/31/freud-sull-amore-di-transfert/>

Ciascun principiante in psicanalisi è in prima battuta intimorito dalle difficoltà che gli procurano l'interpretazione delle idee spontanee del paziente e il compito della riproduzione del rimosso. Di lì a poco valuterà però come modeste tali difficoltà e scambierà quindi questa valutazione con la convinzione che le uniche difficoltà veramente serie sono quelle che incontra nel maneggiare il transfert.

Fra le situazioni che si producono qui, ne voglio circoscrivere nettamente solo una e ciò sia per la sua frequenza e importanza reale, sia per il suo interesse teorico. Intendo il caso in cui una paziente femmina lasci intendere, con allusioni inequivocabili o dichiarandolo in modo diretto, di essersi innamorata, come una qualsiasi altra mortale, del medico che la analizza. Questa situazione ha i suoi aspetti penosi e comici, così come quelli seri; essa è inoltre così intricata e soggetta a molteplici condizionamenti, così inevitabile e così difficile da risolvere, che la sua discussione avrebbe soddisfatto da tempo un bisogno vitale della tecnica analitica. Ma come noi stessi ci facciamo beffe degli errori altrui pur non essendone sempre immuni, allo stesso modo finora non ci siamo nemmeno spinti a svolgere questo compito. Cozziamo ogni volta con il dovere del medico alla discrezione, un dovere al quale in vita non possiamo sottrarci, ma di cui la nostra scienza certo non ha bisogno. Nella misura in cui la letteratura psicanalitica appartiene anche alla vita reale, si produce qui una contraddizione insanabile. Poco tempo fa, ad un certo punto mi sono sbarazzato della discrezione e ho indicato come la situazione di transfert stessa abbia ritardato lo sviluppo della terapia psicanalitica nel corso del suo primo decennio.^[1]

Per il profano ben educato – e tale è l'ideale uomo di cultura che affronta la psicanalisi – le faccende d'amore sono incommensurabili a tutte le altre; è come se stessero su un foglio particolare, che non tollera nessun'altra descrizione. Se quindi la paziente si è innamorata del medico, [il profano] riterrà che si possono avere solo

due esiti: quello più raro, quando tutte le circostanze consentono la durevole e legittima unione dei due e quello più frequente, che induce medico e paziente ad andarsene ciascuno per la propria strada e ad abbandonare, come se fosse turbato da una catastrofe naturale,^[2] il lavoro già iniziato, che doveva servire alla guarigione. Si può certo immaginare anche un terzo esito, che sembra andare d'accordo con la prosecuzione della cura, ovvero l'intrecciarsi di relazioni amorose illegittime e non destinate a durare in eterno; ma esse sono rese impossibili tanto dalla morale borghese quanto dalla dignità del medico. In ogni caso il profano confiderà di venire tranquillizzato, con una rassicurazione possibilmente chiara da parte dell'analista, sull'esclusione di questo terzo caso.

È evidente che il punto di vista dello psicanalista deve essere un altro.

Poniamo il caso del secondo esito della situazione considerata, il medico e la paziente vanno ciascuno per la loro strada dopo che la paziente si è innamorata del medico; la cura viene abbandonata. Però lo stato della paziente rende presto necessario un secondo tentativo analitico con un altro medico; accade poi che essa si innamori anche di questo secondo medico e se, allo stesso modo, interrompe nuovamente e si rivolge a un altro, si innamora del terzo e così via. Questo fatto, che si produce con certezza e che è conosciuto come uno dei fondamenti della teoria psicanalitica, consente una duplice valorizzazione: una per il medico analizzante, l'altra per la paziente bisognosa d'analisi.

Per il medico questo fenomeno significa un prezioso chiarimento e un buon avvertimento in merito a una sorta di controtransfert disponibile in lui. Deve riconoscere che l'innamoramento della paziente è forzato dalla situazione analitica e che non può essere ascritto, ad esempio, ai meriti della sua persona, sicché egli non ha alcun motivo per inorgogliersi di una tale "conquista", come la si chiamerebbe fuori dall'analisi. Essere rammentati di ciò è sempre un bene. Quanto alla paziente, le si presenta un'alternativa: o deve rinunciare al trattamento psicanalitico, o deve farsi piacere, come un destino inevitabile, l'innamorarsi del proprio medico.^[3]

Non dubito che i parenti della paziente si pronunceranno per la prima delle due possibilità con la stessa identica risolutezza con la quale lo psicanalista si esprimerà in favore della seconda. Penso

però che questo sia un caso nel quale la decisione non possa essere lasciata alla tenera – o piuttosto alla egoistica e gelosa – premura dei parenti. L'elemento decisivo dovrebbe essere soltanto l'interesse della malata. L'amore dei parenti non può invece guarire nessuna nevrosi. Non è necessario che lo psicanalista si imponga, ma può farsi considerare come indispensabile per determinate prestazioni. Chi, come parente, fa propria la posizione di Tolstoj rispetto a questo problema può ben mantenere il possesso indisturbato della propria moglie o figlia e deve cercare di sopportare anche che essa persista nella sua nevrosi e nel disturbo, che le è connesso, della sua capacità d'amare. In fondo è un caso analogo a quello di un trattamento ginecologico. D'altra parte, il padre o il marito geloso commette un grande sbaglio se ritiene che la paziente si sottrarrebbe all'innamoramento per il medico nel caso in cui, per lottare contro la nevrosi, le si lasciasse intraprendere un trattamento diverso da quello analitico. La differenza sarebbe invece solo che questo altro innamoramento, destinato a rimanere inespresso e inanalizzato, non potrebbe mai fornire quel contributo alla guarigione della malata che l'analisi può invece ricavare da una tale situazione.

Mi è stato detto che alcuni medici, i quali esercitano l'analisi, spesso preparano le pazienti al manifestarsi del transfert amoroso o addirittura le esortano "a innamorarsi soltanto del medico per far procedere l'analisi". Non mi è facile immaginare una tecnica più insensata. In tal modo si toglie al fenomeno il carattere convincente della spontaneità e ci si prepara da sé degli ostacoli che poi sarà difficile superare.

In prima istanza, non sembra che dall'innamoramento nel transfert possa sorgere qualcosa di utile per la cura. La paziente, anche quella che ha dimostrato fino a quel momento la massima arrendevolezza, ha improvvisamente perso la comprensione e l'interesse per il trattamento, non vuole parlare o udire se non del suo amore, che esige sia contraccambiato; ha deposto i suoi sintomi o li trascura, arrivando a dichiararsi guarita. C'è un completo cambio di scena, come quando uno spettacolo viene interrotto per una realtà effettuale^[4] che improvvisamente irrompe: ad esempio quando durante una rappresentazione teatrale si leva un grido d'allarme per un incendio. Chi, come medico, lo

sperimenta per la prima volta fatica a tenere in pugno la situazione analitica e a sottrarsi al miraggio che il trattamento sia effettivamente giunto alla fine.

Con un po' di riflessione, poi ci si ritrova.[5] Soprattutto se si pensa che il sospetto che tutto ciò che disturba la prosecuzione della cura può essere un'espressione della resistenza. La resistenza partecipa indubbiamente molto al comparire di questa tumultuosa richiesta d'amore. Già da tempo si erano notati nella paziente i segni di un transfert tenero e si era potuto mettere sul conto di tale atteggiamento verso il medico la sua docilità, la sua accettazione delle spiegazioni dell'analisi, l'eccellente comprensione e l'elevata intelligenza che essa in tal modo dimostrava. Tutto questo ora è come spazzato via: la malata è divenuta del tutto priva di insight, sembra abbandonarsi al suo innamoramento e questo cambiamento si presenta in modo assolutamente regolare proprio nel momento in cui ci si poteva aspettare che la paziente ammettesse o ricordasse un pezzo particolarmente penoso e fortemente rimosso della storia della sua vita. L'innamoramento c'era dunque da tempo, ma ora la resistenza comincia a servirsi di esso per inibire il proseguimento della cura, per distogliere ogni interesse dal lavoro e per mettere l'analista in un penoso imbarazzo.

Guardando più da vicino, si può riconoscere nella situazione anche l'influenza di motivi che la complicano, i quali da una parte sono legati all'innamoramento, ma dall'altra costituiscono espressioni peculiari della resistenza. Appartengono al primo tipo lo sforzo della paziente di accertarsi della propria irresistibilità e di minare l'autorità del medico sminuendolo al rango di amante, nonché ciò che essa si aspetta, come guadagno collaterale, dal soddisfacimento amoroso. Quanto alla resistenza, si può presumere che utilizzi eventualmente la dichiarazione d'amore come mezzo per mettere alla prova l'austero analista, il quale, nel caso sia compiacente, dovrebbe attendersi un rimprovero. Si ha però soprattutto l'impressione che la resistenza, come un agent provocateur,[6] accresca l'innamoramento ed esageri la disponibilità della paziente a concedersi sessualmente per potere in seguito, con un richiamo ai pericoli di una tale licenziosità, giustificare l'operato della rimozione. Tutti questi elementi accessori, che nei casi più puri possono anche

mancare, sono stati considerati da [Alfred Adler](#) come l'essenziale dell'intero processo.[7]

Ma come deve comportarsi l'analista per non naufragare in questa situazione se tiene fermo che la cura, nonostante questo transfert amoroso e proprio attraverso di esso, debba continuare?

Sarebbe ora facile per me, sottolineando con forza la morale generalmente valida, postulare che l'analista non deve mai e poi mai accogliere o ricambiare la tenerezza che gli viene offerta. Egli deve invece rendersi conto che è giunto il momento di rappresentare, al cospetto della donna innamorata, l'esigenza morale e la necessità di rinunciare; deve riuscire a far sì che essa abbandoni le sue aspirazioni e prosegua il lavoro analitico, vincendo la parte più propriamente animalesca nel suo Io.

Tuttavia non soddisferò queste aspettative, né nella prima parte né nella seconda. Non nella prima, perché io non scrivo per la clientela, ma per i medici, i quali devono lottare contro difficoltà serie e perché qui posso inoltre ricondurre il precetto morale alla sua origine, cioè alla sua utilità. Mi trovo questa volta nella fortunata condizione di poter sostituire, senza alterare il risultato, l'imposizione morale con considerazioni di tecnica analitica.

Un rifiuto ancora più risoluto opporrò invece alla seconda parte dell'aspettativa sopra accennata. Invitare la paziente a reprimere le pulsioni, a rinunciarvi e a sublimarle non appena essa abbia ammesso il suo transfert amoroso non lo definirei analitico, ma insensato. Non sarebbe diverso rispetto al voler far emergere dagli inferi, con ingegnose evocazioni, uno spirito per poi rispedirlo giù senza avergli domandato nulla. Si sarebbe allora chiamato alla coscienza il rimosso solo per poi spaventarsi e rimuoverlo nuovamente.[8] Non c'è neppure troppo da illudersi circa l'esito di un tale procedimento. Come è noto, i discorsi sublimi hanno ben poco effetto sulle passioni. La paziente avvertirebbe solo l'umiliazione e non mancherebbe di vendicarsene.

Allo stesso modo non posso consigliare una via di mezzo, che ad alcuni può sembrare particolarmente saggia, la quale consiste nel raccomandare all'analista di ricambiare i sentimenti di tenerezza della paziente, evitando tuttavia ogni manifestazione corporea di questa tenerezza, fino a quando diventi possibile indirizzare il rapporto su binari più tranquilli, elevandolo a un livello superiore.

Contro un tale espediente debbo obiettare che il trattamento psicanalitico si fonda sulla veridicità. In ciò risiede buona parte del suo effetto educativo e del suo valore etico. È pericoloso abbandonare questo fondamento. Chi si è profondamente immedesimato nella tecnica analitica non riesce più assolutamente a far ricorso alle menzogne e agli inganni che per i medici sono inevitabili e se, con le migliori intenzioni, cerca una volta di avvalersene, tende a tradirsi. Poiché si richiede al paziente la più assoluta veridicità, ci si gioca tutta la propria autorità lasciandosi cogliere da lui mentre si devia dalla verità.[9] Peraltro il tentativo di lasciarsi andare a sentimenti di tenerezza nei confronti della paziente non è sempre scevro da pericoli. Non sempre ci si domina così bene da non trovarsi neanche una volta al di là[10] di ciò che ci si era proposti. Ritengo perciò che non sia lecito rinnegare quell'indifferenza che si è acquisita contenendo il controtransfert.

Ho anche già lasciato intendere che la tecnica analitica ordina al medico di negare[11] alla paziente bisognosa d'amore il soddisfacimento richiesto. D'altronde la cura deve essere condotta nell'astinenza; con ciò non mi riferisco soltanto alla privazione corporea, ma non intendo nemmeno la privazione di tutto ciò che si brama, giacché forse nessun malato la sopporterebbe. Voglio piuttosto formulare questa tesi fondamentale, che occorre cioè lasciar persistere nella malata il bisogno e l'anelito come forze motrici del lavoro e del mutamento, evitando quindi di placarle con surrogati. Non potrebbero infatti essere offerti altro che surrogati, poiché la malata – per il suo stato e fintanto che non sono levate le sue rimozioni – è incapace di un appagamento effettivo.

Vogliamo dire che la tesi secondo la quale la cura analitica deve essere condotta in stato di privazione va intesa ben al di là del singolo caso qui considerato e che essa richiederebbe una discussione approfondita per poter tracciare i limiti della sua applicabilità. Vogliamo tuttavia evitare di farlo qui e ci atterremo il più strettamente possibile alla situazione da cui siamo partiti. Che cosa accadrebbe se il medico si comportasse diversamente e si servisse di una libertà concessa più o meno a entrambi per corrispondere all'amore della paziente e placare così il suo bisogno di tenerezza?

Se ciò dovesse portarlo a far conto di riuscire, mediante una tale corrispondenza, ad assicurarsi il proprio dominio sulla paziente, tanto da indurla così a risolvere i compiti della cura e a ottenere la sua durevole liberazione dalla nevrosi, l'esperienza gli mostrerebbe che ha fatto male i suoi conti. La paziente raggiungerebbe il suo fine, mentre egli non raggiungerebbe mai il proprio. Tra il medico e la paziente avverrebbe ciò che un divertente aneddoto racconta di un prete e di un agente assicurativo. Al capezzale di un agente assicurativo miscredente e gravemente malato viene condotto, per iniziativa dei parenti, un uomo pio affinché lo converta prima della morte. Il colloquio si protrae così a lungo che coloro che attendono fuori cominciano a sperare. Alla fine si apre la porta della camera del malato. Il miscredente non è stato convertito, ma il sacerdote va via con una polizza.[\[12\]](#)

Se il suo amore venisse corrisposto, ciò sarebbe un grande trionfo per la malata, ma una totale sconfitta per la cura. La malata sarebbe riuscita in ciò a cui tendono tutti i malati in analisi, ovvero a mettere in atto, a ripetere nella vita, qualcosa che essa dovrebbe solo ricordare, riproducendolo come materiale psichico e trattenendolo nella sfera puramente psichica. Nel prosieguo della relazione amorosa, essa metterebbe in campo tutte le inibizioni e le reazioni patologiche della sua vita amorosa, senza che sia possibile una correzione; né potrebbe esserle evitata la penosa esperienza, con rimorso e grande rafforzamento della sua inclinazione alla rimozione. Un'eventuale relazione amorosa porrebbe senz'altro fine alla possibilità di influenzare la paziente mediante il trattamento analitico; l'unione fra l'analista e la paziente è un'assurdità.

Esaudire la richiesta d'amore della paziente è perciò per l'analisi tanto nefasto quanto reprimerla. La via dell'analista è un'altra, tale che la vita reale non può fornire alcun modello. Ci si guardi bene dallo sviare il transfert amoroso, dallo scacciarlo, dal far disamorare la paziente; ci si astenga altrettanto fermamente dal ricambiarla in qualunque modo. Si tenga in pugno il transfert amoroso, ma lo si tratti come qualche cosa di irreali, come una situazione che durante la cura va attraversata e fatta risalire alle sue origini inconsce, aiutando in tal modo a ricondurre alla coscienza, quindi al dominio della malata, ciò che della vita amorosa è più nascosto. Quanto più si dà l'impressione di essere noi stessi immuni da ogni

tentazione, tanto più facilmente si può trarre dalla situazione il suo contenuto analitico. La paziente, la cui rimozione sessuale non ancora levata è stata posta meramente sullo sfondo, si sentirà allora abbastanza sicura da portare in primo piano tutto ciò che per lei condiziona l'amore, tutte le fantasie del suo anelito sessuale, tutti i singoli caratteri del suo innamoramento e, partendo da questi elementi, si aprirà da sola la via che conduce alle motivazioni infantili del suo amore.

Vi è una classe di donne con le quali questo tentativo di conservare per il lavoro analitico il transfert amoroso, senza soddisfarlo, comunque non riesce. Si tratta di donne dalla passionalità elementare, che non ammette alcun surrogato: figlie della natura, che non accettano ciò che è psichico in cambio di ciò che è materiale, e che, secondo le parole del poeta, sono accessibili soltanto alla "logica pastasciutta"... agli "argomenti d'arrosto e risotto".^[13] Con tali persone la scelta è questa: o ricambiare l'amore,^[14] oppure attrarre su di sé tutta l'ostilità della donna disprezzata. In nessuno dei due casi si possono tutelare gli interessi della cura. Ci si deve ritirare senza avere raggiunto il successo e ci si può solo porre il problema di come si concili la possibilità della nevrosi con un tale indomabile bisogno d'amore.

Il tipo di intervento a cui molti analisti, in modo analogo, si sono votati per coartare progressivamente alla concezione analitica altre pazienti, con un innamoramento meno violento, è il seguente. Si mette anzitutto l'accento sull'inequivocabile partecipazione della resistenza a questo "amore". Un innamoramento vero e proprio renderebbe la paziente docile e accrescerebbe la sua disponibilità a risolvere i problemi del proprio caso, anche solo perché lo chiede l'uomo da essa amato. Una tale paziente sceglierebbe volentieri la via che porta al compimento della cura per rendersi preziosa al cospetto del medico e per prepararsi a quella realtà^[15] nella quale l'inclinazione amorosa possa trovare il suo posto. Invece la paziente si mostra caparbia e disubbidiente, ha gettato via ogni interesse per il trattamento ed evidentemente non presta alcuna attenzione alle ben fondate convinzioni del medico. Essa produce dunque, sotto forma di innamoramento, una resistenza e non si fa alcuno scrupolo di portarlo nella situazione del cosiddetto "vicolo cieco". Poiché se l'analista, come il suo dovere e la sua ragione gli

impongono, la respinge, essa potrà assumere il ruolo dell'umiliata e sottrarsi alla guarigione attraverso di lui usando rancore e brama di vendetta, come ora fa in conseguenza del presunto innamoramento.

Come secondo argomento contro la genuinità di questo amore si introduce che esso non reca in sé nemmeno un tratto nuovo, generato dalla situazione presente, ma si compone mediante ripetizioni e calchi[16] di reazioni precedenti, anche infantili. Ci si dichiara disponibili a provarlo mediante un'analisi dettagliata del comportamento amoroso della paziente.

Se a questi argomenti si aggiunge la dose di pazienza richiesta, il più delle volte si riesce a superare la difficile situazione e, sia che questo innamoramento si riduca, sia che esso si "rovesci", è possibile proseguire il lavoro, il cui scopo diventa allora quello di scoprire la scelta oggettuale infantile e le fantasie che la rivestivano.

Vorrei però portare una luce critica sugli argomenti esposti e sollevare la questione se con essi abbiamo detto la verità alla paziente o se, essendo in una situazione di emergenza, abbiamo fatto ricorso a dissimulazioni e deformazioni. In altre parole: l'innamoramento che diventa manifesto nella cura va davvero chiamato non reale?

Ritengo che alla paziente abbiamo detto la verità, ma non tutta, incuranti del risultato. Dei nostri due argomenti, il primo è il più forte. L'apporto della resistenza all'amore di transfert è incontestabile e assai considerevole. Ma la resistenza non ha affatto creato questo amore, essa se lo trova di fronte, se ne serve e ne esagera le manifestazioni. L'autenticità del fenomeno non viene sminuita nemmeno dalla resistenza. Il nostro secondo argomento è assai più debole; è vero che questo innamoramento è costituito da una riedizione di antichi tratti e ripete reazioni infantili. Ma questo è il carattere essenziale di qualunque innamoramento. Non ce n'è infatti nemmeno uno che non ripeta modelli infantili. Appunto ciò che costituisce il suo carattere coatto, che rammenta il patologico, deriva dal condizionamento infantile. L'amore di transfert ha forse un grado di libertà minore rispetto all'amore che si presenta nella vita, che chiamiamo normale, e lascia scorgere di più

la sua dipendenza dal modello infantile, rivelandosi meno flessibile e modificabile, ma questo è tutto, e non è l'essenziale.

Da cos'altro si dovrebbe riconoscere l'autenticità di un amore? Da quanto è in grado di produrre? Dal suo essere utilizzabile per raggiungere la meta amorosa? In questo punto l'amore di transfert non sembra esser da meno rispetto ad altri; si ha l'impressione che da esso si possa ottenere qualunque cosa.

Riassumiamo dunque: non si ha alcun diritto di contestare all'innamoramento che viene alla luce nel trattamento analitico il carattere di amore "autentico". Se esso ci appare così poco normale, ciò si spiega adeguatamente con la circostanza che anche l'innamoramento abituale al di fuori della cura analitica ci ricorda più i fenomeni psichici abnormi che non quelli normali. Tuttavia esso è contraddistinto da alcuni tratti che gli assicurano una posizione particolare. Esso è:

- 1) provocato dalla situazione analitica;
- 2) esaltato dalla resistenza che domina questa situazione;
- 3) si sottrae in misura notevole alla considerazione della realtà, è più imprudente, più incurante delle conseguenze, più cieco nella valutazione della persona amata di quanto siamo disposti a pensare di un innamoramento normale. Non possiamo però dimenticare che proprio da questi tratti devianti dalla norma deriva l'essenza dell'innamoramento.

Per la condotta del medico, delle tre sopracitate proprietà dell'amore di transfert, la prima è quella decisiva. Egli ha suscitato questo innamoramento avviando il trattamento analitico per la guarigione della nevrosi; è per lui il risultato inevitabile di una situazione medica,[17] come il fatto che un ammalato si denuda di fronte a lui o gli comunica un segreto di importanza vitale. Per lui certo è che non può trarre alcun vantaggio personale da essa. La disponibilità della paziente può modificare tutto ciò; essa non fa che rovesciare l'intera responsabilità sulla sua propria persona. Come egli deve sapere, la malata non era preparata ad alcun altro meccanismo di guarigione. Quando si è riusciti a superare felicemente tutte le difficoltà, spesso essa ammette la fantasia d'attesa[18] con la quale era entrata in cura: se si comporterà bene, alla fine sarà premiata con la tenerezza del medico.

Per il medico si riuniscono ora motivi etici e tecnici che lo trattengono dal concedere amore all'ammalata. Egli deve sempre tener presente la meta, cioè far sì che la donna, ostacolata nella sua capacità di amare da fissazioni infantili, giunga a disporre liberamente di questa funzione per lei inestimabilmente importante, non però che la sprechi durante la cura, ma che la tenga pronta per la vita reale, quando, dopo il trattamento, le sue esigenze si faranno sentire. Egli non può ripetere con essa la scena della gara dei cani, nella quale viene posta come premio una filza di salsicce e che un burlone manda a monte lanciando una sola salsiccia sulla pista. I cani si gettano sulla salsiccia e scordano la corsa e l'intera filza che, in lontananza, attende il vincitore.^[19] Non voglio affermare che sia sempre facile per il medico mantenersi entro i limiti a lui prescritti dall'etica e dalla tecnica. In particolare, un uomo giovane e non ancora legato da saldi vincoli può avvertire questo come un compito duro. Indubbiamente l'amore sessuale è uno dei contenuti principali della vita e l'unione del soddisfacimento psichico e fisico nel godimento d'amore ne è addirittura uno dei vertici. Tutti gli uomini, salvo pochi strambi fanatici, lo sanno e orientano la propria esistenza in quella direzione; soltanto la scienza fa la preziosa nell'ammetterlo. D'altra parte è un ruolo penoso per l'uomo quello di respingere e di dire no quando la donna aspira all'amore; e una donna per bene che dichiara la propria passione esercita, nonostante la nevrosi e la resistenza, un fascino incomparabile. Non sono le pretese grossolanamente sensuali della paziente a produrre la tentazione. Ciò ha un effetto ripugnante e per poter essere considerato un fenomeno naturale fa appello a tutta la tolleranza. Dei moti di desiderio della donna sono forse i più raffinati e i più inibiti alla meta quelli che fanno correre il pericolo di scordare, per una bella esperienza, la tecnica e il compito del medico.

Ciò nonostante, rimane esclusa all'analista la possibilità di cedere. Per quanto elevata sia la sua valutazione dell'amore, deve porre a un livello ancora più alto che egli ha l'opportunità di far superare alla paziente un gradino decisivo della sua vita. Essa deve imparare da lui a superare il "principio di piacere", a rinunciare a un soddisfacimento a portata di mano, ma non inquadrato socialmente, a favore di uno più lontano e forse anche molto incerto, ma

psicologicamente e socialmente irreprensibile. Allo scopo di ottenere questo superamento essa deve venir condotta ad attraversare le epoche più remote del suo sviluppo psichico, così da acquisire per questa via quel di più di libertà psichica che distingue – nel senso sistematico – l'attività psichica cosciente da quella inconscia.

Lo psicoterapeuta analitico deve perciò condurre una battaglia su tre fronti: nel suo intimo, contro le potenze che potrebbero tirarlo verso il basso rispetto al livello analitico; fuori dell'analisi, contro gli avversari che gli contestano l'importanza delle forze motrici sessuali e gli impediscono di servirsene nella sua tecnica scientifica; nell'analisi, contro le sue pazienti, le quali da principio si comportano come gli avversari, poi però vogliono rendere nota la loro predominante sopravvalutazione della vita sessuale e imprigionare il medico nella loro passionalità socialmente indomabile.

I profani, del cui atteggiamento verso la psicanalisi ho detto all'inizio, non mancheranno certo di cogliere l'occasione, anche da questa analisi dell'amore di transfert, per dirigere l'attenzione del mondo sulla pericolosità di questo metodo terapeutico. Lo psicanalista sa di lavorare con le forze più esplosive e di aver bisogno della stessa cautela e della stessa coscienziosità del chimico. Ma quando mai si è interdetto al chimico di occuparsi di materie esplosive che gli sono indispensabili per operare, a causa della loro pericolosità? Va notato che la psicanalisi deve riconquistarsi da capo quelle libertà che da tempo sono state concesse alle altre attività mediche. Io certo non sono del parere che i metodi blandi di trattamento debbano essere abbandonati. Essi bastano per molti casi e in fin dei conti può darsi che il furor sanandi[20] sia tanto poco utile alla società umana quanto ogni altro fanatismo. Credere però che si possano vincere le psiconevrosi operando con blandi mezzucci significa sottovalutare di molto l'origine di queste affezioni e la loro importanza pratica. No, nell'azione medica resterà sempre posto, accanto alla "medicina", per il ferrum e per l'ignis;[21] così pure non si può rinunciare a una psicanalisi a regola d'arte e non indebolita, la quale non tema di maneggiare i moti psichici più pericolosi e di padroneggiarli per il bene del malato.

NOTE

1 Nel mio scritto *Per la storia del movimento psicanalitico* (1914). [Cfr. S. Freud, *Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung* (1914), trad. it. id., *Per la storia del movimento psicanalitico*, in *Opere di Sigmund Freud*, 12 voll., vol. VII, Boringhieri, Torino 1975, pp. 385-386.]

[2] [Elementarereignis. Non si tratta affatto di “un qualsiasi altro incidente banale”, come riportato dalla traduzione Boringhieri. È un evento naturale a cui è impossibile resistere, ad esempio un terremoto o un'eruzione vulcanica. Il termine, nella sua accezione più diffusa, appartiene al dominio finanziario e assicurativo.]

3 Che il transfert possa anche manifestarsi con altri sentimenti, meno affettuosi, è cosa ben nota e che non può essere trattato in questo saggio. [Si veda ad esempio il testo sulla [Dinamica del transfert](#): “Alla fine si nota che non si può capire l'impiego del transfert come resistenza finché si pensa semplicemente al «transfert». Bisogna decidersi a distinguere un transfert «positivo» da un altro «negativo», il transfert di sentimenti teneri da quello di sentimenti ostili, e a trattare separatamente i due tipi di transfert sul medico”. Cfr. S. Freud, *Zur Dynamik der Übertragung* (1912), trad. it. id., *La dinamica della traslazione*, in *Opere di Sigmund Freud*, vol. VI, Boringhieri, Torino 1974, pp. 528-529 (traduzione modificata).]

4 [Wirklichkeit.]

5 [Sich zurechtfinden. Metafora spaziale che indica il momento in cui con la riflessione, con il fermarsi a pensare, si risolve l'effetto di perturbamento del transfert. Per indicare lo sconvolgimento, il disorientamento, che il transfert provocò in Breuer, nel testo sulla *Questione dell'analisi laica*, Freud aveva usato il verbo *irre werden*, che rappresenta l'esatto contrario di *sich zurechtfinden*. Cfr. id., *Die Frage der Laienanalyse* (1926), trad. it. id., *La questione dell'analisi laica*, Mimesis, Milano 2012, p. 76, n. 25.]

6 [In francese nel testo.]

7 [A. Adler, *Beitrag zur Lehre vom Widerstand* (1911), trad. it. id., *Contributo alla comprensione della resistenza nella cura*, in id., *Prassi e teoria della psicologia individuale*, Astrolabio, Roma 1947, pp. 122-129.]

8 [Questo tipo di paragone verrà usato anche nel testo sull'analisi laica. Cfr. S. Freud, La questione dell'analisi laica, op. cit., p. 79.]

9 [L'unico punto dell'intero testo in cui Freud parla del paziente maschio. In questo passaggio assume una posizione analoga a quella di Sándor Ferenczi nel suo testo sulla [conclusione dell'analisi](#): “Se il paziente non è riuscito a sorprendere l'analista mentre in qualche modo falsava o deformava la verità e poco a poco arriva a comprendere che è davvero possibile conservare l'obiettività anche di fronte al bambino più cattivo, il medico non lascia allora trasparire alcuna tendenza alla superbia (pur con tutto lo sforzo di provocarne i segni) e il paziente deve ammettere che il medico, da parte sua, riconosce volentieri di aver talvolta commesso anche errori e leggerezze, così da poter non raramente raccogliere un cambiamento più o meno rapido nel comportamento del malato come ricompensa per la non poca fatica”. Cfr. S. Ferenczi, Das Problem der Beendigung der Analysen(1928), trad. it. id., Il problema del termine dell'analisi, in Fondamenti di psicoanalisi, 3 voll., vol. III, Guaraldi, Rimini 1974, p. 300, (traduzione modificata).]

10 [Ancora un volta un riferimento metaforico allo spazio. Questo passaggio richiama un brano di una lettera di Freud a Jung a proposito della vicenda Spielrein in cui descrive una sorta di spiazzamento: “Credo che soltanto le tremende necessità fra le quali il mio lavoro si è svolto e il decennio di ritardo rispetto a Lei, prima di arrivare alla ψ , mi hanno preservato da simili esperienze. Tuttavia, non importa. Ci si fa quindi il callo, si diviene signori del «controtransfert», in cui si viene spostati ogni volta, e si impara a trasferire il proprio affetto e a piazzarlo in modo opportuno. Questo è a blessing in disguise”. Cfr. [Lettera di S. Freud a C. G. Jung del 7 giugno 1909](#).]

11 [Versagen. Letteralmente “dire no”.]

12 [Questa storiella verrà usata in un contesto simile anche nel testo sull'analisi laica. Cfr. id., La questione dell'analisi laica, op. cit., p. 79.]

13 H. Heine, I ratti pellegrini, vv. 49-53.

14 [Gegenliebe. Una parola che ha la stessa struttura di Gegenübertragung, che traduciamo in italiano come “controtransfert”.]

15 [Realität.]

16 [Abklatschen. Termine che richiama il sostantivo Klischee [cliché] usato da Freud per descrivere il transfert sia nel testo sulla *Questione dell'analisi laica* che nel testo dedicato alla [Dinamica del transfert](#). Il verbo zusammensetzen, qui tradotto con “comporre” può valere anche sul piano materiale della metafora, ovvero i cliché possono essere messi insieme in una composizione.]

17 [Ärztliche Situation. Probabilmente il sintagma “situazione analitica”, assai frequente nei testi di Freud e oggi sostituito dal termine inglese “setting”, è un calco di “situazione medica”.]

18 [Erwartungsphantasie. Richiama le “rappresentazioni d'attesa libidiche” [libidinöse Erwartungsvorstellungen] di cui Freud parla nel testo sulla [Dinamica del transfert](#).]

19 [Non si comprende come questa articolata similitudine possa coesistere nello stesso testo che per stigmatizzare alcune pazienti cita Heine con questi versi: “La pancia vuota capisce tutta \ solo la logica pastasciutta, \ solo argomenti d'arrosto e risotto \ con citazioni di salsicciotto”. Cfr. H. Heine, *Die Wanderratten* (1855), trad. it. id., *I ratti pellegrini*, in *Due poesie di Enrico Heine: I ratti pellegrini – Alla Mouche*, in *La Rassegna Mensile di Israel*, terza serie, Vol. 22, n. 6 (1956), p. 279.]

20 [In latino nel testo.]

21 [In latino nel testo.]