



Propriety of the Erich Fromm Document Center. For personal use only. Citation or publication of material prohibited without express written permission of the copyright holder.

Eigentum des Erich Fromm Dokumentationszentrums. Nutzung nur für persönliche Zwecke. Veröffentlichungen – auch von Teilen – bedürfen der schriftlichen Erlaubnis des Rechteinhabers.

## Sul controtransfert

Romano Biancoli

Presentation at the International Conference of the International Erich Fromm Society about *Erich Fromm – Psychoanalyse and Supervisor*, Hotel "La Perla", Ascona, 4. - 5. April, 1997.

**Copyright** © 1997 by Dr. Romano Biancoli; **Copyright** © 2011 by the Estate of Romano Biancoli, Via Antonio Codronchi, 110, I-48100 Ravenna.

Una paziente di 31 anni è seduta davanti a me, a testa china. Tacciamo entrambi. Lei alza il capo e mi guarda insistente con una luce molto cattiva negli occhi scuri, che in questo momento sembrano gli occhi di una donna pazza. Mi sembra di sentire, per un attimo, qualcosa, come un leggero brivido dentro di me, o lungo la schiena. E' la terza volta che succede, nell'anno e mezzo del nostro rapporto analitico. Le prime due volte avevo lavorato solo su me stesso senza verbalizzarle nulla. Certamente però, a livello preverbale e non intenzionale, le avevo comunicato il mio turbamento, e dunque le avevo detto nel linguaggio primario del corpo che anch'io ancora lottavo con un'immagine terrificante di madre, che la paziente poteva evocare in me. Le avevo detto non a parole ma con le emozioni che realmente io ero lì con lei dividevo quello che lei sentiva.

Il dialogo dei corpi, il dialogo dei volti, è reso possibile dal setting vis-à-vis. Il lettino avrebbe reso difficile alla paziente di esprimersi con lo sguardo, e se anche si fosse voltata un attimo io avrei potuto dissimulare il mio controtransfert. The blank-screen model permette all'analista di non offrire il suo mondo interno al mondo interno del paziente e di non confrontarsi nella sua totalità di essere umano. Gli occhi di strega della paziente avrebbero potuto essere tenuti fuori dall'analisi, perdendo un'occasione di insight importante. In questo modo, solo in via indiretta, e con molte pi- sedute, gli aspetti terrificanti e di odio della fissazione alla madre della paziente avrebbero potuto venire trattati.

Alla terza volta che la paziente mi guarda con quel brivido di odio che non riesce a nascon-

dere una paura senza fondo, senza confini e che mi dà un brivido, io le dico che lei vuole spaventarmi. Lei non risponde. Io aggiungo che lei sa di esserci riuscita. Di nuovo alza gli occhi su di me, ma ora essi esprimono apprensione. „Stia tranquilla, le dico, la paura si può vincere”. Mi sento bene e in comunicazione con lei. Le dico che conosco il suo terrore, un umanissimo terrore di essere risucchiati nel gorgo del passato, di venire annientati, o portati via da qualcuno che vola a mezz'aria (e qui mi riferisco ai racconti di sua nonna riguardanti una strega che volava bassa con un sacco di tela dove poneva i bambini che riusciva ad afferrare).

Il transfert della paziente è odio e paura del suo stesso odio, e preoccupazione del male che può farmi (l'apprensione dei suoi occhi). Il mio controtransfert è paura non dell'odio della paziente, ma paura della paura di lei, paura della psicosi: il brivido! Qualitativamente le nostre paure assomigliano. Bisogna chiarire: la mia paura non è solo empatica, dovuta cioè alla mia capacità di immedesimarmi nella paziente, e dunque interamente spiegabile attraverso il paradigma del rapporto „center-to-center” (Fromm, 1960; Biancoli, 1995). No, c'è anche un getto mio interno di paura, paura mia, chiamata fuori dal terrore psicotico della paziente, appena velato dalla luce ostile, dal luccichio dell'odio nei suoi occhi. Questa mia paura è controtransferale. Sono consapevole della mia paura suscitata dalla paura della paziente, mentre penso che la paziente, nel momento in cui mi guarda in quel modo, è più consapevole del suo odio che non della sua paura, è consapevole del velo di luce, più che del fondo nero di terro-



FROMM-Online

Propriety of the Erich Fromm Document Center. For personal use only. Citation or publication of material prohibited without express written permission of the copyright holder.

Eigentum des Erich Fromm Dokumentationszentrums. Nutzung nur für persönliche Zwecke. Veröffentlichungen – auch von Teilen – bedürfen der schriftlichen Erlaubnis des Rechteinhabers.

re. Lei dissocia il suo odio dal suo terrore, a volte consciamente odia, altre volte consciamente ha paura. Io la invito a integrare i due sentimenti e a rendersi conto che l'odio col quale voleva spaventare me alimenta la sua paura. Quando siamo passivi non viviamo e la vita non vissuta diventa odio che noi proiettiamo in persone ed immagini esterne, di cui poi abbiamo paura.

C'è chi invita a distinguere nel sentimento complessivo dell'analista la parte controtrasferale, che reagisce al transfert del paziente, da quella transferale che insorge nell'analista solo perché, il paziente esiste, è presente (Racker, 1968). La distinzione andrebbe posta anche nel sentimento complessivo del paziente, che sperimenterebbe un transfert per il solo fatto che l'analista esiste e un controtransfert come reazione al transfert dell'analista. Mi sembra che tale distinzione sia molto intellettuale, cioè che si possa fare solo in linea teorica, ad un alto grado di astrazione. L'attività clinica invece è molto concreta ed ha a che fare con dei vissuti e non con dei contenuti intellettuali. Nell'esempio riportato quel che conta è la sequenza dei vissuti espressi: la paziente esprime il suo odio che vuole spaventare l'analista, il quale accusa il suo turbamento (controtransfert); la paziente teme di aver leso l'analista; l'analista la rassicura e riprende il dialogo analitico verbale.

C'è chi potrebbe vedere nel caso clinico qui riportato un esempio di „projective identification” (Ogden, 1991). Questo meccanismo si compone di tre fasi: la proiezione (la paziente proietta su di me la sua paura guardandomi con ostilità); la pressione interpersonale (la paziente esercita una pressione significativa su me insistendo col suo sguardo ineludibile, in modo che

io sia costretto a sentire la sua paura, in modo da porre dentro di me la sua paura); la reinternalizzazione (io, investito della paura della paziente, la elaboro, la rendo più sopportabile, meno pericolosa e gliela restituisco addomesticata e lei la reinternalizza così trasformata e ridotta). Anche il meccanismo della projective identification appare troppo intellettuale e meccanico. Inoltre, presuppone una figura troppo passiva di analista. Nell'esempio riportato, io sono più attivo, più operativo, sia nelle mie qualità sia nei miei difetti: quel che mi scatta dentro alla provocazione della paziente è una mia propria paura, è il mio controtransfert, che poi però posso elaborare meglio della paziente perché, sono già stato analizzato e possiedo più strumenti. In questo senso, ha ragione Fromm quando dice che il controtransfert è una „controattitudine” dell'analista.

Nel caso in esame, io non sono riuscito ad attenermi pienamente al modello del „center-to-center”, perché, è scattato il mio limite, il mio controtransfert.

#### Bibliografia:

- Biancoli, R. (1995), „Center-to-Center” Relatedness between Analyst and Patient. *International Forum of Psychoanalysis*, 4: 105-110.
- Fromm, E. (1960), *Psychoanalysis and Zen Buddhism*. Gesamtausgabe, VI, ed. R. Funk. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt, 1980.
- Ogden, T.H. (1991), *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. Northvale (N.J.): Jason Aronson Inc.
- Racker, H. (1968) *Transference and Countertransference*. London: The Hogarth Press