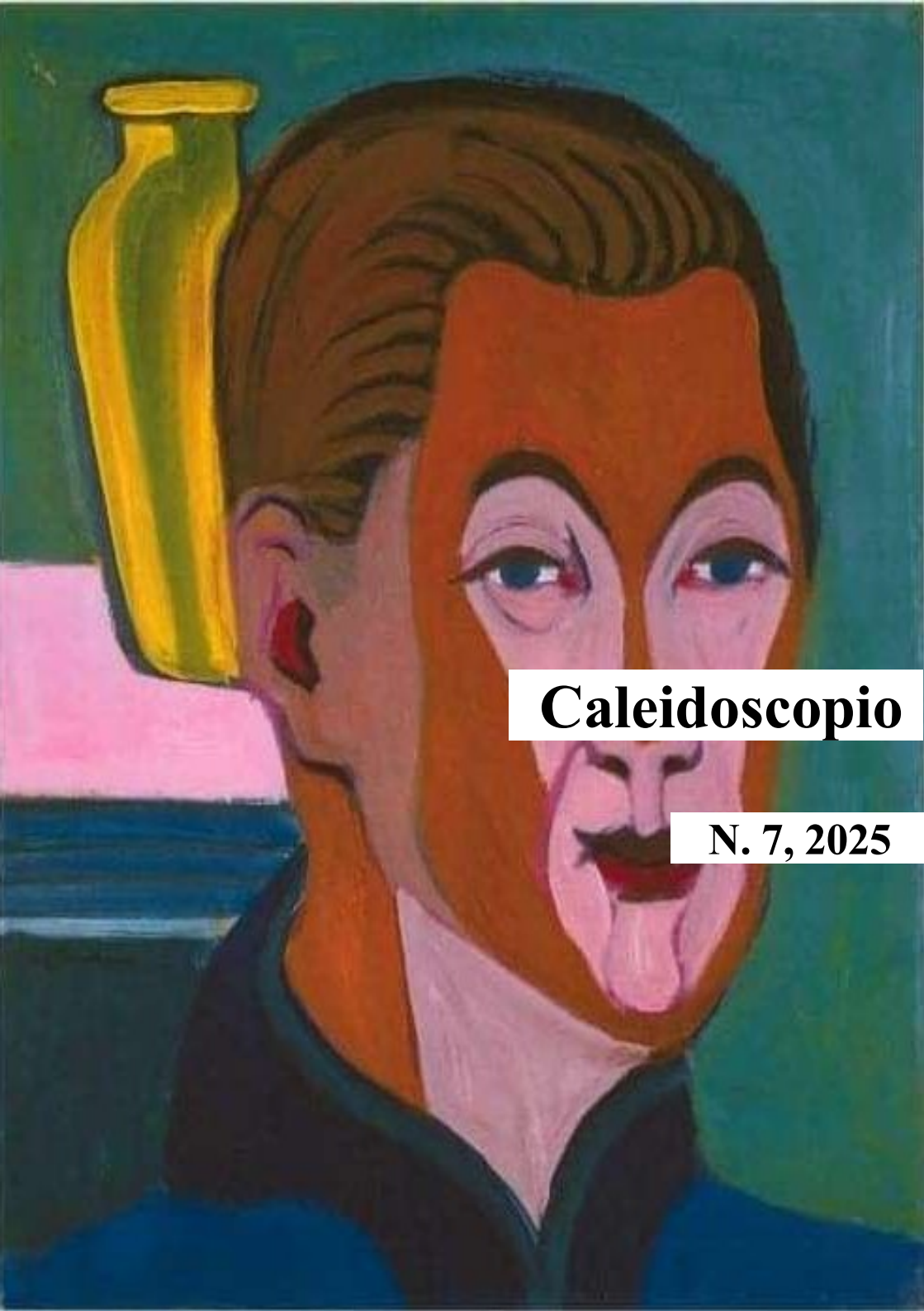


Caleidoscopio

N. 7, 2025

In copertina:
Autoritratto – Ernst Ludwig Kirchner (1924)

CALEIDOSCOPIO
Rivista di Psicoterapia e Scienze Sociali e Letterarie Correlate
NUMERO 7
2025

Editoriale 5
La Redazione

Il transfert negativo irreprensibile 8
Nella Guidi

Il contributo di Merton Gill alla teoria dell'analisi del transfert 26
Paolo Migone

Lavorare sotto i bombardamenti del Super-Io 54
Imerio Tonelli

Il cinema alla ricerca dell'identità: tra psicoanalisi ed ermeneutica 78
Giuseppe Martini

Dialogo con il Dottor Imerio Tonelli 92
Imerio Tonelli

ISSN 2724-4024 (online)
Registrazione presso il Tribunale di Bologna n. 8560
CC BY-NC-ND 4.0 – © 2022 Caleidoscopio
https://www.caleidoscopio.eu
rivista.caleidoscopio@gmail.com

Caleidoscopio, n. 7 (2025)
https://www.caleidoscopio.eu
ISSN 2724-4024

EDITORIALE

Nel settimo fascicolo completiamo la ripubblicazione dei lavori scientifici della fondatrice della rivista Nella Guidi con *Il transfert negativo irreprensibile* (Annual of Psychoanalysis, 1993; PSU, 1994 e 2017). Questo lavoro rappresenta sicuramente le sue riflessioni più profonde e complesse su un argomento sempre al centro del suo interesse: l'aggressività e la sua gestione all'interno della terapia psicoanalitica. Nelle sue considerazioni teoriche sulla presenza di un transfert negativo irreprensibile, a fianco a quello positivo descritto da Freud, sottolinea con il rigore scientifico che la caratterizza la necessità di includerlo fin dall'inizio del trattamento come elemento utile allo sviluppo dell'autonomia e della creatività del paziente.

Lo sviluppo del concetto di transfert negativo irreprensibile è stato completato da un prolungato confronto tra Nella Guidi e Merton Gill. Paolo Migone ne offre una testimonianza vivace ne *Il contributo di Merton Gill all'analisi del transfert* in cui illustra il clima degli scambi tra psicoanalisti americani e italiani sostenuto dai seminari di studio a Bologna negli anni 90. Il suo articolo ripercorre inoltre l'evoluzione del concetto di transfert a partire dalla teorizzazione di Gill fino ai giorni nostri, a dimostrazione dell'importanza di aspetti storici e sociologici per comprendere l'identità della psicoanalisi.

In questa prospettiva l'articolo di Imerio Tonelli *Lavorare sotto il bombardamento del Super-Io. La psicoterapia psicodinamica intensiva esperienziale* si inserisce in modo originale. L'Autore presenta il proprio percorso professionale dalla formazione classica al centro studi Marta Harris attraverso un processo di inclusione dell'aspetto corporeo nella comprensione transferale che lo ha portato alla psicoterapia psicodinamica intensiva esperienziale di Jon Frederickson. Esemplifica la sua pratica integrata con un caso clinico accennato nel titolo.

Caleidoscopio, n. 7 (2025)
https://www.caleidoscopio.eu
ISSN 2724-4024

L'articolo ha suscitato molto interesse nella redazione con una serie di domande alle quali Imerio Tonelli risponde dettagliatamente nella rubrica "In primo piano".

Giuseppe Martini allarga il campo indagando sul contributo dato dalla settima arte alla questione dell'identità nel corso del tempo con *Il cinema alla ricerca dell'identità: tra psicoanalisi ed ermeneutica.* Partendo dalle nuove concezioni della psicoanalisi, dalla filosofia ermeneutica e letteraria e dai teorici del cinema presenta il concetto di "inconscio filmico", che ha elaborato nel suo libro dello stesso titolo del 2024, per indagare i processi emotivi e trasformativi innescati nello spettatore quando vede un film. Con alcuni esempi della storia del cinema mostra come la dissoluzione dell'identità del soggetto si riflette nella progressiva frammentazione del linguaggio filmico.

La Redazione

IL TRANSFERT NEGATIVO IRREPRENSIBILE*

Nella Guidi**

Scopo di questo articolo (1) è quello di presentare un'ipotesi alternativa a quella corrente rispetto al problema della «parte irreprensibile del transfert». In *Dinamica della traslazione* (1912) Freud afferma:

> Alla fine ci si accorge che non si può capire l'impiego della traslazione come resistenza finché ci si limita a pensare alla «traslazione». Bisogna decidersi a distinguere una traslazione «positiva» da un'altra «negativa», la traslazione di sentimenti affettuosi da quella di sentimenti ostili, e a trattare separatamente i due tipi di traslazione sul medico (pp. 528-529).

Freud scompone quindi la «traslazione positiva» in «traslazione di sentimenti amichevoli o affettuosi, capaci di pervenire alla coscienza, e in traslazione delle propaggini di tali sentimenti nell'inconscio» e che «risalgono regolarmente a fonti erotiche». Freud non compie un'analoga operazione di scomposizione per la «traslazione negativa», cioè per la traslazione di sentimenti aggressivi. La conclusione di Freud è quindi che il transfert negativo nel suo complesso, contrariamente al transfert positivo, è qualcosa da distogliere dalla persona del medico in quanto resistenza.

**Questo articolo è stato pubblicato originariamente in The Annual of Psychoanalysis, 1993, vol. 21, a cura di Jerome A. Winer, per il Chicago Institute for Psychoanalysis Copyright 1993 del Chicago Institute for Psychoanalysis.*

*** Via F'. Reina l5, 20133 Milano.*

1. Sono molto riconoscente a Merton M. Gill per l'incoraggiamento ed i suggerimenti. Desidero inoltre ringraziare Pier Francesco Galli per le stimolanti discussioni. Marina Bullock ha contribuito al perfezionamento dcl testo inglese.

DOI 10.53262/caleido.7.2025.8-25

Psicoterapia e scienze umane n. 4, 1994

La soluzione dell'enigma è dunque che la traslazione del medico è idonea alla resistenza... se si tratta di traslazione negativa o di traslazione positiva di impulsi erotici rimossi. Se «eliminiamo» la traslazione rendendola cosciente, non facciamo altro che distogliere queste due componenti dell'atto emotivo dalla persona del medico; l'altra componente capace di giungere alla coscienza è irreprensibile, continua a sussistere ed è in psicoanalisi portatrice di successo, esattamente come in altri metodi di cura (p. 529).

La mia tesi è che l'irreprensibile transfert positivo debba essere controbilanciato sin dall'inizio del trattamento analitico da quello che chiamo irreprensibile transfert negativo (Guidi, 1985). Ritengo che applicare anche al transfert negativo la distinzione tra transfert di sentimenti aggressivo-assertivi, che favorisce il processo psicoanalitico in quanto conscio, irreprensibile, e transfert che oppone resistenza possa facilitare il processo nel senso di «indurre il malato a svolgere un lavoro psichico» (Freud, 1925). L'irreprensibile transfert negativo si pone nel lavoro collaborativo con l'analista come portatore di incentivi al rispetto di sé, alla realizzazione dl sé e dei propri obiettivi, anche in opposizione al terapeuta, alle sue regole ed idiosincrasie, a suoi eventuali errori e rigidità. Intrapsichicamente l'opposizione irreprensibile transfert positivo/irreprensibile transfert negativo si manifesta nel contrasto di scopi attaccamento all'oggetto/realizzazione di sé. Nei *Tre saggi* (1905) Freud aveva notato come nell'adolescenza «il ripudio e il superamento delle fantasie incestuose» si compia contemporaneamente al «distacco dall'autorità dei genitori, che produce il contrasto così importante per il progresso civile della nuova con la vecchia generazione» (p. 531). Secondo Freud i due processi sono così inscindibilmente legati fra loro che non può avvenire l'uno senza che si compia l'altro. Ritengo che nei suoi scritti di tecnica psicoanalitica, Freud non sia stato in grado di utilizzare positivamente, e in maniera adeguata e corrispondente per il trattamento, questa sua concettualizzazione dell'importanza del contrasto interpersonale, per il progresso dell'individuo. La valorizzazione, sin dall'inizio del trattamento, di questa possibilità di contrasto interpersonale del paziente con il terapeuta e la sua salvaguardia lungo il processo psicoanalitico è, a mio parere,

fondamentale per lo svolgersi del processo stesso. Infatti questa possibilità di contrasto «nella realtà» della situazione analitica può essere indice, nel paziente, della sua possibilità di distacco dall'autorità del terapeuta nel senso dell'autonomia, e in quanto tale della possibilità stessa di un lavoro collaborativo che non sia solo suggestione. Il concetto di irreprensibile transfert negativo nasce quindi dalla necessità di distinguere nel transfert l'aggressiva assertività dalla distruttiva potenzialità, per il processo analitico, della restante parte del transfert negativo in quanto resistenza. L'utilizzo e la valorizzazione dell'irreprensibile transfert negativo può facilitare il parallelo utilizzo e valorizzazione dell'irreprensibile transfert positivo in maniera da rendere possibile quanto affermato da Freud in *Dinamica della traslazione*:

> Siamo pronti ad ammettere che i risultati della psicoanalisi si fondano sulla suggestione, ma per suggestione bisogna intendere, con Ferenczi, l'influsso esercitato su una persona attraverso i fenomeni di traslazione possibili nel suo caso (p. 529).

L'aggressività può a mio parere in questo senso essere vista in psicoanalisi non solo come qualcosa di disturbante il processo in quanto distruttiva bensì anche, in quanto assertiva, come il presupposto per la creatività stessa implicita al processo; cioè alla possibilità per il paziente di potersi creare la sua propria storia grazie ad un analista oggetto e soggetto d'amore e di odio. Il transfert irreprensibile, considerato nelle sue due componenti positiva e negativa, rappresenta nello *hic et nunc* la possibilità per l'analista di «indurre il malato a svolgere un lavoro psichico — il superamento delle resistenze di traslazione» (Freud, 1925, p. 110). Si tratta di un concetto rispetto al quale l'utilizzo tecnico non si riduce ad una semplice indicazione di opportunità terapeutica. Il transfert irreprensibile nelle sue componenti positiva e negativa fa riferimento all'effettiva opportunità per il paziente di sperimentare una nuova possibilità evolutiva, tramite l'utilizzo del terapeuta come oggetto d'amore e d'odio nella «realtà attuale» della relazione, nel corso dell'analisi del transfert.

In tal senso si può trovare un supporto nella posizione complessiva elaborata da Gill (1979, 1982) sulla «centralità dell'analisi del transfert», soprattutto «attraverso una comprensione delle manifestazioni spesso in larga parte implicite, del transfert nella situazione analitica in corso», sul suo carattere di «esperienza nuova».

DOI 10.53262/caleido.7.2025.8-25

Gill sottolinea la necessità di costruzione della «relazione realistica» ai fini dell'analisi del transfert; mostra come al contrario i vali concetti di alleanza minimizzino l'importanza della disamina della «realtà» della situazione analitica, in quanto il comportamento del terapeuta è dato per realisticamente adeguato. Personalmente ritengo che solo una costante attenzione e disamina della «realtà» della situazione analitica, e in particolare dei comportamenti e atteggiamenti propri e del paziente, possa permettere al terapeuta di cogliere e salvaguardare l'irreprensibile transfert negativo. Infatti, quello che da un punto di vista formale interrelazione può apparire un lavoro in collaborazione fra analista e paziente, può invece colludere con l'evitamento da parte del paziente del suo personale contrasto intrapsichico di scopi libidici ed aggressivi. Il comportamento assertivo del paziente nei confronti del nuovo oggetto d'amore, nella relazione terapeutica, può risvegliare angosce connesse a inconsci desideri e fantasie distruttive. Queste angosce possono essere evitate tramite atteggiamenti di «passivo» (Rapaport, 1953) adeguamento, al ruolo di «buon paziente che ubbidisce alle regole». Se questi atteggiamenti vengono considerati «realistici» ed opportuni da parte dell'analista, viene ad essere confermata come positiva al paziente anche la rinuncia alla sua assertività. Si viene così a determinare nel paziente una regressione iatrogena, in quanto viene considerato irreprensibile quello che invece è resistenza di transfert in aggiunta all'usuale transfert agevolante.

Quando Freud nel 1912 elaborò il concetto di transfert positivo irreprensibile, il suo interesse, all'interno della teoria topica, era concentrato sulle pulsioni libidiche e sullo sviluppo psicosessuale, anche se il concetto di pulsioni dell'Io o di autoconservazione si era fatto chiaramente esplicito. Le tendenze aggressive erano considerate componenti sadiche delle pulsioni sessuali, anche se nel 1909 era stata formulata l'ipotesi che tanto le pulsioni sessuali quanto quelle di autoconservazione avessero la capacità di diventare aggressive. Sul piano del transfert quindi venne affidata alla componente libidica irreprensibile la funzione di elemento agevolante il processo psicoanalitico, in contrapposizione alle resistenze di transfert. Quindi la denominazione di transfert irreprensibile positivo coincideva, sul piano della coerenza teorica, con le ipotesi dell'epoca e permetteva di porre in maniera corrispondente nella relazione il problema dell'elemento agevolante ai fini dell'interpretazione. Ritengo attualmente

indispensabile sottoporre «cosa è irreprensibile» alla verifica delle elaborazioni teoriche successive comparse nel pensiero di Freud e nello sviluppo della psicoanalisi. Mi riferisco in particolare alla teoria strutturale, alle conoscenze sulla pulsione aggressiva, ad una possibile funzione «positiva» dell'aggressività per la formazione di strutture e quindi, nella relazione terapeutica, attraverso l'analisi del transfert, per la ristrutturazione e la formazione di nuove strutture in una *esperienza nuova*. Freud in *Analisi terminabile e interminabile* (1937) afferma:

> Si ha la netta impressione che l'inclinazione al conflitto sia un elemento nuovo e specifico, che si sovrappone alla situazione, indipendentemente dalla quantità di libido. Tale inclinazione al conflitto, che si manifesta spontaneamente, non può in definitiva essere riferita ad altro che all'intervento di una componente di libera aggressività. Qualora si riconosca il caso qui illustrato come espressione della pulsione distruttiva o aggressiva, sorge subito il quesito se non si debba estendere la stessa concezione anche ad altri esempi di conflitto, e se in generale non occorra procedere ad una revisione di tutta la nostra conoscenza sul conflitto psichico da questo nuovo punto di vista (p. 527).

Il concetto di transfert «irreprensibile», nelle sue due componenti positiva e negativa, implica l'analisi del transfert, in un complesso di attività relazionali e di disamina della situazione analitica «reale», che ne permetta la manifestazione, la salvaguardia e lo sviluppo. La possibilità evolutiva può trovare una collocazione implicita nella relazione, anche per quanto riguarda l'aggressività. Può così essere controbilanciata e in parte sminuita l'importanza dei fattori biologici costituzionali, dei traumi e delle carenze precoci nella difficoltà al controllo e alla gestione autonoma e responsabilizzata dell'aggressività. In sintesi, il concetto di «transfert irreprensibile» ha una collocazione come concetto teorico in una concezione unitaria e ubiquitaria del fenomeno transfert, che tenga conto del fatto che, per Freud, il transfert nel suo complesso è il modo in cui ogni persona si relaziona con gli altri. Il transfert irreprensibile non è scomponibile e teoricamente riducibile a qualcosa d'altro, non è analizzabile. Soltanto il «suo valore d'uso» entra a far parte dei problemi di teoria della tecnica.

Da questo punto di vista le mie tesi di base sono le seguenti:

DOI 10.53262/caleido.7.2025.8-25

1. Considerare opportuno, al fine di instaurare e portare avanti il trattamento psicoanalitico, l'utilizzo solo del transfert positivo irreprensibile, escludendo il transfert negativo irreprensibile, non è coerente con le successive elaborazioni, a partire da Freud, sulle vicissitudini dell'aggressività, della teoria strutturale e dai punto di vista della teoria delie relazioni oggettuali.
2. Il transfert irreprensibile, nelle due componenti positiva e negativa, è un fenomeno unitario che come tale permette l'utilizzo, necessario al trattamento, dell'analista come nuovo oggetto d'amore e d'odio.
3. Dal punto di vista tecnico, non è possibile prescindere dalla separazione di transfert positivo e transfert negativo, che meritano, sin dall'inizio del trattamento, una pari attenzione ai fini della possibilità, tramite l'analisi del transfert nella nuova relazione, di strutturazione e ristrutturazione dell'apparato psichico.
4. La consapevolezza dell'importanza per il paziente della possibilità di percezione ed espressione dei sentimenti aggressivo-assertivi, ai fini della possibilità di mantenimento dei sentimenti amichevoli od affettuosi nei confronti dell'oggetto, permette di tenere presente sia il valore agevolante delle componenti aggressive sia anche di evidenziare la loro potenzialità di seduzione collusiva sull'analista. La gestione personale dell'aggressività secondo scopi e valori propri risulta, dal punto di vista intrapsichico, estremamente conflittuale, in quanto connessa con inconsci desideri e fantasie distruttive infantili. Tutte le situazioni infantili di pericolo segnalate da Freud, perdita dell'oggetto, dell'amore, castrazione, punizione del Super-io, vengono riattivate nella relazione terapeutica con il «nuovo oggetto d'amore». A livello intrapsichico meccanismi di diniego di percezioni della «realtà» della situazione analitica (e in particolare dei comportamenti e delle caratteristiche personali del terapeuta) possono permettere l'evitamento dell'angoscia e di altri sentimenti spiacevoli che le percezioni determinano. Nella relazione, l'aggressiva assertività è sostituita da atteggiamenti e comportamenti agiti, apparentemente realistici, nell'ambito di un passivo adeguamento al ruolo di paziente. Il significato auto ed eteroaggressivo di questi agiti «realistici» risulterà poi sempre più chiaro all'interno della specificità della relazione. Se lo psicoanalista collude con il diniego di percezioni della «realtà» della situazione analitica del paziente, che formalmente appare impegnato nel lavoro

analitico, considera realistici i comportamenti e gli atteggiamenti agiti del paziente. Lo psicoanalista continua quindi nel suo atteggiamento di ascolto apparentemente neutrale. Non indaga con il paziente sul significato di quanto avvenuto. Viene così esclusa la possibilità di confrontare il paziente con i suoi comportamenti agiti che ne hanno sostituito l'usuale assertività. In particolare, viene esclusa la possibilità di cercare/mostrare, nel corso del rapporto, il legame tra agiti/scomparsa dell'assertività e determinate specificità della «realtà» della situazione analitica. Non è possibile allargare poco alla volta il significato di questa «coazione a ripetere», arricchendola con notizie date dal paziente di analoghi comportamenti al di fuori dell'analisi: viene esclusa anche la possibilità di conoscere ricordi, fantasie, vissuti distruttivi, sentimenti violenti e aggressivi finora elusi dal paziente nella situazione analitica. Il paziente non può vivere e verbalizzare nella relazione con il nuovo oggetto la paura della propria potenziale distruttività e la difficoltà a percepire e controllare i propri sentimenti negativi nei confronti delle persone amate. Ne risulta comunque un approfondirsi della scissione dell'Io (Freud, 1938). La regressione iatrogena che si verifica successivamente nel corso del lavoro, può indurre il terapeuta ad interpretazioni genetiche e di contenuto profonde ed extratransferali che comunque escludono questo particolare riferimento alla «realtà» della situazione analitica. Atteggiamenti riparativi empatici, che vengono giustificati con lo stato regressivo del paziente, tendono a razionalizzare gli agiti con il livello evolutivo, invece che ad interrogare e confrontare il paziente con gli agiti e la corrispondente scomparsa nel rapporto della sua assertività. In ambo i casi, la paura del paziente della propria potenziale distruttività viene elusa nel rapporto con il nuovo oggetto. Al possibile sollievo sintomatologico non corrisponde una pari risoluzione delle inibizioni affettive e critico-intellettive.

5. Una particolare attenzione alle caratteristiche della «realtà» della situazione analitica è di fondamentale importanza per la salvaguardia dell'irreprensibile transfert negativo e l'analisi del transfert nel suo complesso. La disamina della «realtà» della situazione analitica permette la valorizzazione e l'uso in senso adattivo delle funzioni critico-intellettive del paziente, in particolare nei confronti dei comportamenti e delle caratteristiche personali del terapeuta. Ciò favorisce e facilita poi, nella relazione, la messa in evidenza dell'utilizzo di queste stesse funzioni nelle resistenze alla presa di coscienza e risoluzione del transfert.

DOI 10.53262/caleido.7.2025.8-25

6. Attraverso l'analisi del transfert nello *hic et nunc* nel campo interpersonale, il confronto dialettico con il paziente lungo tutto il processo psicoanalitico, permette al paziente di confrontarsi con il proprio intrapsichico, senza l'intrusione dell'interpretazione del terapeuta nel mondo intrapsichico. In questo modo la situazione analitica (il campo interpersonale) diviene il luogo della strutturazione e della modulazione degli affetti tanto per la libido che per l'aggressività, così come si manifestano nell'uso e nella verbalizzazione che ora il paziente stesso ne può fare.

7. La dialettica aggressività/distruttività rischia di coinvolgere lo psicoanalista nella problematica dei giudizi di valore. Ma se la psicoanalisi è lo studio straordinario peculiare dell'inconscio, essa non può esimersi dal fare i conti né con i desideri e fantasie distruttivi inconsci, né con le paure e le angosce che inibiscono la gestione personale dell'aggressività. Queste inibizioni vanno a favore di comportamenti agiti auto ed eteroaggressivi socialmente accettati tramite l'uso, in funzione deresponsabilizzante, dei diversi ruoli sociali e delle «regole» da questi stessi ruoli «imposte». Perché compito della psicoanalisi non può essere anche scoprire il significato aggressivo/distruttivo nascosto sotto ogni azione umana? Ciò richiede, però, una distruzione dei miti riguardo l'aggressività, nel senso che l'aggressività è una motivazione nella direzione dell'autonomia; la distruttività è un giudizio di valore sociale e in quanto tale non tocca la psicoanalisi.

Il problema dell'irreprensibile transfert negativo non deve essere posto nei termini di opportunità tecniche o di tipo di patologia, ma va inquadra- to nella riformulazione della concettualizzazione del transfert in generale. Il riferimento alla patologia è comunque utilizzato come occasione evidente per la messa a fuoco di una questione di ordine generale. Il fattore di fondo si riferisce ad ogni tipo di patologia. Stein (1981) nel suo lavoro «La parte irreprensibile del transfert», segnala come proprio il paziente analitico ideale, con disturbi nevrotici centrati sulla inadeguata risoluzione del complesso edipico, il «buon paziente» con i suoi tratti di razionalità, intelligenza e capacità di cooperazione, possa indurre nell'analista reazioni controtransferali che corrispondono all'irreprensibile parte positiva del transfert. Ciò può determinare una perpetuazione nel paziente dei tratti infantili e ostacolare una appropriata conclusione del processo analitico. L'autore enfatizza quindi il ruolo che hanno nella resistenza i tratti di razionalità, intelligenza e capacità di cooperazione. «Tristemente perciò noi dobbiamo confrontare e

analizzare spietatamente questi tratti che siamo più portati ad ammirare» (p. 875). Per Stein quindi la difficoltà ad investigare con la stessa intensità di altri fenomeni le fiduciosa attitudine verso l'analista, è dovuta al fatto che essa permette all'analisi di continuare, che è confortevole per paziente e analista «finché l'analista non forza se stesso a mettete da parte questo *comfort*» (p. 880), che sembra essere libera da conflitto, in quanto sembra avere senso ed essere completamente razionale che una persona ammiri ed abbia fiducia in un'altra che è così importante per lei, e infine dal fatto che gli analisti sono influenzati dal dettame che il transfert sia analizzabile solo quando serve da resistenza.

> Senza dubbio è raro, ammesso che sia opportuno, interpretare gli atteggiamenti amichevoli e cooperativi del paziente durante le fasi iniziali dell'analisi; (...) durante le prime settimane e i primi mesi non siamo assolutamente in grado di comprendere le componenti inconsce di questo fenomeno (...) Non dobbiamo interpretare presto perciò e non potremmo se volessimo (p. 886).

Il problema indicato da Stein, di come ovviare alla possibilità di determinare tramite reazioni controtransferali nell'analista una perpetuazione di tratti infantili nel paziente analitico ideale, non penso possa essere posto nei termini di interpretare e di come interpretare «ad un certo punto dell'analisi» gli atteggiamenti amichevoli e collaborativi del paziente. Gill e Muslin (1976) hanno mostrato che la resistenza di transfert è presente anche in pazienti che parlano (in aggiunta all'usuale transfert favorevole), «ad ogni passo della strada» (p. 792). Questa resistenza può e deve essere interpretata alla sua comparsa e quindi anche all'inizio dell'analisi. Personalmente ritengo quindi che il problema indicato da Stein debba essere posto nei termini di notare e di come far notare al paziente, «sin dall'inizio dell'analisi», al di là dei suoi atteggiamenti amichevoli e collaborativi, la sua aggressiva assertività al fine di salvaguardare, tramite l'analisi della resistenza alla presa di coscienza del transfert, il transfert irreprensibile nelle due componenti negativa e positiva. Il concetto di irreprensibile transfert negativo permette l'utilizzo e la valorizzazione nella relazione degli aspetti realistici cognitivi, così come si manifestano attraverso gli atteggiamenti aggressivi critico-intellettivi del paziente verso il terapeuta. Le funzioni cognitive critico-intellettive debbono infatti poter trovate (in parallelo ad adeguati e corrispondenti aspetti affettivi) un'espressione anche aggressivo-assertiva, nella «realtà» della situazione analitica, nei

DOI 10.53262/caleido.7.2025.8-25

confronti di atteggiamenti e comportamenti dell'analista, ai fini della possibilità d'inizio, prosecuzione e conclusione del processo psicoanalitico. Gill (1982) afferma:

> Se l'analista riconosce che il paziente sta tentando, per quanto gli è possibile, di essere razionale, rispetta la sua sanità; se al contrario, guarda all'esperienza che il paziente ha della relazione senza cercarvi qualche elemento reale cui il paziente può stare reagendo, dà per scontato che egli si sta confezionando un'esperienza solo a suo uso e consumo (p. 108).

In questo senso l'attenzione e la valorizzazione sin dall'inizio del rapporto dell'assertività cognitiva del paziente così come si esprime attraverso critiche, rimproveri, giudizi e pareri, nei confronti degli atteggiamenti e comportamenti del terapeuta nella relazione, può facilitare la salvaguardia del transfert irreprensibile (di per sé inanalizzabile ma fondamentale per «indurre il malato a svolgere un lavoro psichico»). Se si nota nella relazione la scomparsa dell'assertività è quindi possibile farla notare al paziente. Valorizzare la critica sin dall'inizio all'interno della «realtà» della situazione analitica, rende possibile la ricerca di cosa, poi, nel corso del rapporto, nella particolare situazione, impedisce di porre la critica in maniera diretta e assertiva. Permette di porre in relazione la scomparsa dell'assertività del paziente nei confronti del terapeuta con la corrispondente comparsa di allusioni al transfert, o di atteggiamenti, comportamenti e sentimenti agiti. Viene facilitato il differenziare nel «buon paziente», tra: a) il suo passivo adeguamento al ruolo di paziente che ubbidisce alle regole e quindi parla e sembra associare liberamente, e b) quei suoi «atteggiamenti amichevoli e collaborativi, assertivamente aggressivi e critici» così importanti per lo svolgersi del processo psicoanalitico. In questa maniera è a mio parere più agevole l'interpretazione, anche all'inizio dell'analisi, della resistenza alla presa di coscienza del transfert. Confrontazioni da parte del terapeuta al paziente del venir meno della sua assertività, domande su cosa stia succedendo, sul significato delle allusioni al transfert, di comportamenti, atteggiamenti, sentimenti privi dell'usuale flessibilità e spontaneità, sono quindi necessarie. Queste confrontazioni e domande, anche se poste con empatica sollecitudine, in maniera non pressante, senza aspettarsi risposte immediate, rischiano di trasmettere al paziente l'impressione di un giudizio negativo sul suo

comportamento in quanto sbagliato. È importante comprendere ed analizzare questo al fine di facilitare al paziente il cogliere e l'osservare la coazione e ripetere nel suo svolgersi. Si possono manifestare l'espressione mimica e la difficoltosa, ma diretta e viva, verbalizzazione di affetti sia libidici che aggressivi nei confronti del terapeuta senza che questi li abbia dovuti nominare o indicare. Sono a questo punto possibili interpretazioni nello *hic et nunc* della relazione, rispetto alla «realtà» dei comportamenti e atteggiamenti dell'analista, così come sono vissuti e percepiti dal paziente ora e in riferimento a come sono stati vissuti e percepiti in altri momenti della relazione. Ciò va nella direzione della ricerca del «nuovo» passato/presente, che ha portato il paziente ad una diversa interpretazione nella situazione «reale» della relazione con il terapeuta. Queste confrontazioni ed interpretazioni nello *hic et nunc* della relazione, non richiedono all'analista né il riconoscimento, né il disconoscimento di quanto attribuitogli dal paziente, né la conoscenza delle componenti inconsce del comportamento del paziente. Queste confrontazioni ed interpretazioni richiedono la disponibilità del terapeuta all'analisi del transfert, tramite una diligente e minuziosa disamina della «realtà» della situazione analitica con il paziente e la disponibilità ad accettare l'assertiva aggressività del paziente nei suoi aspetti cognitivi critico-intellettivi ed affettivi aggressivo-ostili. Queste confrontazioni ed interpretazioni nello *hic et nunc* della relazione facilitano sia nel terapeuta che nel paziente l'inizio di quella parcellare, progressiva e continua intuizione-comprensione specifica del processo psicoanalitico, delle personali, individuali componenti inconsce della coazione a ripetere del paziente così come si manifestano nella relazione.

Gli studi cognitivi hanno mostrato che dalla logica concreta del bambino che non è in grado di teorizzare e che vive nel presente si sviluppa progressivamente, a partire dalla preadolescenza, la logica proposizionale, cioè la capacità di costruite teorie e concetti ideali ed astratti, con possibilità di formulare progetti pet il futuro. Questo processo, anche se biologicamente determinato in quanto legato a quello delle strutture cerebrali, compare come conseguenza di fattori socio-ambientali. Ciò a mio parere non può non differenziare, nel trattamento psicoanalitico, le modalità interpretative appropriate al bambino rispetto a quelle appropriate all'adulto. Interpretazioni genetiche, profonde ed extratransferali che non possono tenere conto della «realtà» della situazione analitica, né tanto meno della sua disamina con il paziente, si sovrappongono a quanto le sue funzioni cognitive critico-intellettive

DOI 10.53262/caleido.7.2025.8-25

possono aver percepito nella «realtà» della situazione analitica, interferendo con le sue stesse possibilità astrattive ed integrative. Personalmente ritengo che le funzioni cognitive critico-intellettive, che si esprimono anche tramite l'assertività, debbano essere sin dall'inizio e lungo tutto il decorso del processo psicoanalitico valorizzate dall'analista, nella disamina della «realtà» della situazione analitica. Ciò favorisce la possibilità di portare il paziente ad una nuova personale comprensione-soluzione dei suoi inconsci desideri e fantasie infantili. La «esperienza nuova» (tramite l'interpretazione nello *hic et nunc* della relazione soprattutto della resistenza alla presa di coscienza del transfert e quindi della resistenza alla risoluzione del transfert) diventa anche emotivamente più ricca. Infatti a mio parere la disamina della «realtà» della situazione analitica, tramite modalità aggressivo-assertive, personali, responsabilizzate, adulte, coerenti con lo sviluppo dei fattori cognitivi, si presta a contrasti tra i due membri della relazione. Questi contrasti possono, soprattutto nel paziente, risvegliare angosce connesse ad inconsci, infantili, distruttivi desideri e fantasie nel rapporto con il nuovo oggetto d'amore. L'evitamento del contrasto interpersonale con il nuovo oggetto d'amore nella «realtà» della situazione analitica è allora funzionale all'evitamento dei conflitti intrapsichici e di affetti spiacevoli. Per il paziente il passivo adeguamento al ruolo di «buon paziente» che parla, segue le regole, è il tentativo di perpetuare, nella «realtà» del rapporto con il terapeuta, tramite la rinuncia alla propria assertività, la modalità infantile di ubbidienza. Questa modalità nell'infanzia gli ha permesso di evitare i pericoli della realtà e gli ha permesso, in maniera coerente alla sua logica concreta di bambino, la soluzione infantile dei suoi conflitti. L'utilizzo del concetto di transfert negativo irreprensibile facilita all'analisti il controllo delle sue resistenze controtransferali nei confronti delle manifestazioni dl aggressività/assertività del paziente. In particolare facilita il cogliere sin dall'inizio del rapporto la carenza dell'assertività del paziente e il corrispondente manifestarsi di agiti auto ed eteroaggressivi.

Nelle società civilizzato l'utilizzo dei ruoli permette la scarica e l'uso dell'aggressività nella direzione di ottenere vantaggi sociali, con modalità deresponsabilizzanti l'individuo. La deresponsabilizzazione dell'individuo avviene tramite la sottomissione e l'adeguamento passivo alle regole che i ruoli sociali impongono. In tale maniera inibizioni all'uso diretto e assertivo della propria aggressività secondo modalità,

scopi e valori personali, possono essere mascherate. L'individuo si struttura in maniera apparentemente normale che è comunque coerente con l'ambiente sociale in cui vive. Freud (1926) afferma:

> La coazione alla sintesi aumenta quanto più l'Io si sviluppa e si rafforza. Diventa così comprensibile come l'Io si sforzi inoltre di ovviare all'estraneità e all'isolamento del sintomo (...) il «tornaconto (secondario) della malattia» (...) 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 conciliatori tra Io e sintomo agiscono dalla parte della resistenza (pp. 248-249).

Personalmente ritengo che la collusione tra terapeuta e paziente nella resistenza alla presa di coscienza del transfert, possa essere risultato anche di condiscendenza sociale. La ripetizione nel transfert, soprattutto se si attua attraverso atteggiamenti e sentimenti apparentemente coerenti e adeguati e non tramite acting out clamorosi, può dal terapeuta essere considerata comportamento realistico, così come avviene nel più ampio ambiente sociale. Non viene allora notata la carenza di una più personale aggressiva assertività, il paziente non viene confrontato con la sua coazione a ripetere e non viene analizzata la resistenza alla presa di coscienza del transfert. D'altra parte, nell'attuale benessere dei paesi civilizzati, i ruoli sociali, per quanto impongano regole rigide e fisse di comportamento, non sono più per la maggior parte degli individui una imposizione inevitabile come nel passato. L'individuo può ora entro ampi limiti, scegliere responsabilmente quali ruoli assumere e quali rifiutare, anche se ciò comporta una perdita di vantaggi sociali difficilmente acquisibili in altra maniera. L'individuo non può più giustificare a sé stesso la gestione deresponsabilizzata della propria aggressività tramite ruoli rigidi ed imposti. Ciò può innescare un processo di ristrutturazione psichica ai fini di rendere possibile l'affrontamento delle inibizioni ed angosce infantili. Qui si pone la responsabilità per l'analista di creare, nella «realtà» della situazione analitica, una possibilità nuova per il paziente di arrivare progressivamente a gestire, con il nuovo oggetto d'amore, attraverso modalità autonome ed assertive la sua aggressività «come se le vecchie situazioni di pericolo non esistessero più». In *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925) Freud mostra come l'uomo contrariamente agli altri animali nasca impreparato ad affrontare il mondo esterno: «L'influenza del mondo esterno reale viene perciò rafforzata» (p. 301).

DOI 10.53262/caleido.7.2025.8-25

Sono accentuati nel loro significato i pericoli reali, è accresciuto enormemente il valore dell'oggetto, come unica protezione da questi pericoli reali. E come Freud stesso afferma:

> *Ora può riuscire in effetti all'Io di infrangere le barriere della rimozione (...). In* ***parecchi*** *casi abbiamo l'impressione che la decisione sia obbligata*: l'attrazione regressiva dell'impulso rimosso e la forza della rimozione sono talmente grandi, che il nuovo impulso non può far altro che seguire la coazione a ripetere. In altri casi *avvertiamo il concorso di un altro gioco di forze: l'attuazione del modello primitivo rimosso viene rafforzata d a l l a ripulsa delle difficoltà reali che impediscono un diverso deflusso del nuovo moto pulsionale (pp. 300-301).*

E questa situazione, a mio parere, si può ripetere proprio durante il trattamento analitico. Se l'analista non nota e non valorizza l'assertività del paziente, ma anzi collude con la parte più infantile del paziente, con le sue resistenze transferali (quando si manifestano nella ripetizione attraverso modalità apparentemente adeguate alla situazione), nella «realtà» della situazione analitica. In tale maniera le inibizioni del paziente all'uso diretto e assertivo della propria aggressività secondo modalità, scopi e valori personali, si riconfermano. Personalmente ritengo quindi che disporre del concetto di transfert negativo irreprensibile faciliti l'analista, tramite la disamina della «realtà» della situazione analitica con il suo paziente, ad analizzare, nello *hic et nunc*, cosa si oppone alla libera espressione della sua assertività. Diviene più agevole notare e far notare al paziente la sua ripetizione nel transfert degli usuali agiti auto ed eteroaggressivi socialmente accettati come comportamenti realistici ed adeguati. In *Inizio del trattamento* (1913) Freud afferma:

> La sua (del malato) provvisoria fiducia o sfiducia non conta quasi rispetto alle resistenze interne che ancorano la nevrosi. La fiducia cieca del paziente rende certo più piacevole il primo contatto con lui; lo si ringrazierà di questo, ma lo si avvertirà che la sua favorevole predisposizione è destinata ad infrangersi contro la prima difficoltà emergente dalla cura. Allo scettico si dirà che l'analisi non ha bisogno di alcuna fiducia, che gli è consentito di essere critico e diffidente come meglio crede, che non si intende affatto mettere in conto alle sue valutazioni codesto atteggiamento, poiché infatti egli non è in grado di farsi un giudizio su questi punti; *la sua sfiducia è un sintomo come gli altri e non darà alcun*

disturbo purché egli si disponga a seguire scrupolosamente quanto la regola del trattamento esige da lui (p. 336).

A mio parere, la scarsa importanza che qui Freud attribuisce nella relazione alle aspettative del paziente nei confronti del trattamento, ed alle valutazioni del paziente, può essere messa in conto alla scarsa importanza che la realtà ha, come determinante del comportamento, in questa fase della sua teorizzazione. Dal punto di vista intrapsichico, nella teoria topica, la difesa è diretta contro la pulsione e la realtà ha un ruolo solo marginale. Al contrario nella teoria strutturale, realtà e pulsione sembrano avere un'importanza più o meno uguale. In *lnibizione, sintomo e angoscia* Freud afferma:

La pretesa pulsionale spesso diventa un pericolo (interno) per l'unico motivo che il suo soddisfacimento porterebbe con sé un pericolo esterno e dunque perché questo pericolo interno ne rappresenta uno esterno (p. 313).

Il motivo ultimo della difesa dalle pulsioni è il pericolo reale. Proprio per questo motivo l'oggetto, come unica protezione dai pericoli esterni, acquisisce ora un valore enormemente accresciuto. A mio parere è quindi necessario tenere conto della importanza che «realtà» e «oggetto» hanno all'interno della relazione, quando chiediamo ai nostri pazienti di seguire la regola delle libere associazioni. La disamina della «realtà» con il «nuovo oggetto d'amore» (ai fini dell'analisi delle resistenze), è di fondamentale importanza per permettere di differenziare «le vecchie situazioni di pericolo» interiorizzate del paziente, dall'eventuale ed attuale «repulsa delle difficoltà reali che impediscono un diverso deflusso del nuovo moto pulsionale» proprio nella situazione analitica. Ciò però richiede che il terapeuta consideri la sfiducia del paziente non solo come un «sintomo come tutti gli altri» (p. 301), ma anche come un mezzo, così come le sue valutazioni e le sue critiche, per l'espressione di quella aggressiva assertività che il transfert negativo irreprensibile rende possibile.

DOI 10.53262/caleido.7.2025.8-25

Bibliografia

Freud, S. (1905), Tre saggi sulla teoria sessuale. *Osf*, vol. 4, pp. 447-546. Torino: Boringhieri, 1970.

Freud, S. (1908), Analisi della fobia di un bambino di cinque anni. (Caso clinico del piccolo Hans), *Osf*, vol. 5, pp. 481-589. Torino: Boringhieri, 1972.

Freud, S. (1912), Dinamica della traslazione. *Osf*, vol. 6, pp. 523-531. Torino: Boringhieri, 1974

Freud, S. (1913), Inizio del trattamento. *Osf*, vol. 7, pp. 333-352. Torino: Boringhieri, 1975.

Freud, S. (1924), Autobiografia. *Osf*, vol. 10, pp. 75-141. Torino: Boringhieri, 1978.

Freud, S. (1925), Inibizione, sintomo e angoscia. *Osf*, vol. 10, pp. 237-317. Torino: Boringhieri, 1978.

Freud, S. (1937), Analisi terminabile e interminabile. *Osf*, vol. 11, pag. 499-535. Torino: Boringhieri, 1979.

Freud, S. (1938), Compendio di psicanalisi. *Osf*, vol. 11, pp. 572-634. Torino: Boringhieri, 1979.

Gill, M.M. (1979), The analysis of transference, *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 27 (supplement): 263-288.

Gill, M.M. (1982), *Analysis of Transference. Theory and Technique.* New York: International University. Trad. it., *Teoria e tecnica dell'analisi del transfer*. Roma: Astrolabio, 1985.

Gill, M.M., Muslin, H.L. (1976), Early interpretation of transference. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 24: 779-794.

Guidi, N. (1985), Clinica e orientamento diagnostico dell'approccio psicoterapeutico all'adolescente. In: I. Rossi (a cura di), *L'adolescente, la famiglia, la comunità*. Bologna: Clueb, pp. 37-52.

Rapaport, D. (1953), Alcune considerazioni metapsicologiche riguardanti l'attività e le passività. In: *Il modello concettuale della psicoanalisi*. Milano: Feltrinelli, pp. 321-360, 1977.

Stein, M.H. (1981), The unobjectionable part of the transference. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 29: 869-892.

Sintesi

Freud in «Dinamica della traslazione» sostiene che il transfert negativo nel suo complesso, così come il transfert positivo di impulsi erotici rimossi, è qualcosa da distogliere dalla persona del medico in quanto resistenza; al contrario il transfert positivo irreprensibile, che continua a sussistere, è portatore di successo.
La mia tesi è che l'irreprensibile transfert positivo debba essere, sin dall'inizio del trattamento analitico, controbilanciato da quello che io chiamo irreprensibile transfert negativo. Applicare al transfert negativo la distinzione tra transfert di sentimenti aggressivo-assertivi che favorisce il processo psicoanalitico in quanto conscio e irreprensibile e transfert che vi oppone resistenza, può facilitare il processo nel senso di indurre il malato a svolgere un lavoro psichico. Il concetto di irreprensibile transfert negativo nasce quindi dalla necessità di distinguere nel transfert l'aggressiva assertività dalla distruttiva potenzialità, per il processo psicoanalitico, della restante parte del transfert negativo in quanto resistenza. Considerare opportuno ai fine di instaurare e portare avanti il trattamento analitico l'utilizzo solo del transfert positivo irreprensibile, escludendo il transfert negativo irreprensibile, non è a mio parere coerente con le successive elaborazioni a partire da Freud, sulle vicissitudini dell'aggressività, della teoria strutturale, e dal punto di vista della teoria delle relazioni oggettuali.

Abstract

Freud in «The Dynamic of Transference», states that negative transference as a whole, like positive transference of repressed erotic impulses, is to be detached from the doctor's person insofar as it is transference resistance. The detachment does not apply to unobjectionable positive transference, which he insists is the vehicle of success. My thesis is that unobjectionable positive transference must be counterbalanced from the very beginning of the analytic treatment by what I call « unobjectionable negative transferences». I believe that by admitting to negative transference, the distinction between unobjectionable transference of aggressive and assertive feelings admissible to consciousses — which facilitates the psychoanalytic process — and negative transference as resistance, may help to induce the patient to perform psychical work. The concept of unobjectionable negative transference comes into being due to the necessity of distinguishing aggressiveness or assertiveness in transference from the potential destructiveness, for the analytic process, of the

DOI 10.53262/caleido.7.2025.8-25

remaining part of negative transference.

In my opinion, to consider, with the aim of establishing and carrying psychoanalytic treatment, the use of only unobjectionable positive transference, excluding unobjectionable negative transference, would not be consistent with the elaboration, beginning with Freud himself, of the vicissitudes of aggressiveness, the structural theory, and the theory of object relations.

IL CONTRIBUTO DI MERTON GILL ALLA TEORIA DELL'ANALISI DEL TRANSFERT

Paolo Migone

Il 24-27 giugno 1991 organizzammo a Bologna una Settimana di studio con alcuni colleghi americani ed europei che erano in qualche modo collegati alla rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*; ricordo che, tra gli altri, oltre a Pier Francesco Galli vi erano Johannes Cremerius (di Friburgo i.Br.), Morris N. Eagle (che allora era a New York, ora a Los Angeles), Lawrence Friedman (di New York), Merton M. Gill (di Chicago), Robert R. Holt (di New York, ma che già abitava a Cape Cod), Tito Perlini (di Venezia), Michele Ranchetti (di Firenze), Frank J. Sulloway (che allora abitava a Boston, ora a Berkeley), Helmut Thomä (di Ulm), Peter H. Wolff (di Boston), etc. Un anno prima Galli (1990) era stato invitato a tenere una relazione al *Rapaport-Klein Study Group*, che dal 1963 si riunisce annualmente all'*Austen Riggs Center* di Stockbridge (Massachusetts), dove aveva conosciuto personalmente alcuni di questi colleghi, e fu lì che ci venne l'idea di invitarli l'anno seguente a Bologna per una Settimana di studio. Tra i partecipanti italiani vi era Nella Guidi, che era intervenuta attivamente nel dibattito; ricordo ad esempio che aveva preparato un intervento preordinato sulla relazione di Larry Friedman (1991) ma, dato che quel giorno (era giovedì 27 giugno) non aveva potuto venire da Milano, il suo intervento fu letto di fronte all'uditorio (questo suo intervento fu pubblicato a pp. 24-26 del n. 2/1993 di *Psicoterapia e Scienze Umane*, dopo la relazione di Friedman; le relazioni tenute in quella Settimana di studio furono pubblicate, con i dibattiti, in sette numeri consecutivi della rivista, dal n. 4/1991 al n. 2/1993).

Fu però con Merton Gill che Nella Guidi legò in modo particolare, dato che era sempre stata interessata alla sua linea di ricerca teorica, e in quei giorni discusse con lui alcune sue idee su quello che lei chiamava "transfert negativo irreprensibile". Gill, che aveva fatto dello studio della teoria del transfert uno dei punti centrali del suo percorso di ricerca, trovò questa idea di Nella Guidi molto interessante, ammettendo anche che non aveva mai pensato che si potesse parlare, coerentemente, non solo di "transfert positivo irreprensibile" come aveva fatto Freud (1912, p.529),

DOI 10.53262/caleido.7.2025.26-53

ma anche di "transfert negativo irreprensibile".
Iniziò quindi tra loro una corrispondenza (allora non vi era la posta elettronica), in cui Gill le diede alcuni suggerimenti per la stesura di un articolo che poi la incoraggiò a pubblicare in inglese sulla rivista *Annual of Psychoanalysis*, pubblicata dall'Istituto psicoanalitico di Chicago, cui Gill era affiliato. Questo articolo, parafrasando il termine freudiano della *Standard Edition* di "Unobjectionable negative transference", fu intitolato "Unobjectionable negative transference", e uscì a pp. 107-121 del n. 21/1993 dell'*Annual of Psychoanalysis*. Un anno dopo fu tradotto in italiano e uscì col titolo "Transfert negativo irreprensibile" a pp. 37- 51 del n. 4/1994 di *Psicoterapia e Scienze Umane* (dopo la sua morte, per ricordarla, lo ripubblicammo a pp. 11-24 del n. 1/2017).

È sull'onda di questi ricordi che voglio qui presentare brevemente alcuni aspetti centrali della posizione di Gill sull'analisi del transfert, che in quegli anni mi interessarono molto e che, devo dire, costituiscono tutt'oggi una parte importante della mia identità teorica. Infatti quando a metà degli anni 1980 lessi per la prima volta alcuni scritti di Gill sull'analisi del transfert e sul problema, direttamente connesso, della differenza tra psicoanalisi e psicoterapia (e quindi sulla identità della psicoanalisi), ne fui molto colpito, sentii come una ventata di aria fresca, ed ebbi anche la sensazione di leggere cose che in un qualche modo avevo sempre pensato ma che non avevo mai visto espresse in modo così lucido e coerente. Ebbi modo anche di conoscere bene Gill e di frequentarlo, ricordo ad esempio anche alcune belle giornate passate assieme nella mia casa al mare, dopo la Settimana di studio del giugno 1991, assieme a Morris Eagle, Frank Sulloway, Peter Wolff, Bob Holt e altri, caratterizzate dalla simpatia di Gill che non perdeva occasione per dire battute a ripetizione, come era tipico di lui. Ma non voglio indugiare in questi ricordi di più di 35 anni fa, e passo a parlare della posizione di Gill, così come la ho esposta in un articolo dal titolo "La differenza tra psicoanalisi e psicoterapia: panorama storico del dibattito e recente posizione di Merton M Gill", pubblicato nel n. 4/1991 di *Psicoterapia e Scienze Umane*, poi ampliato nel cap. 4 del mio libro *Terapia psicoanalitica* (Migone, 1995).

La "analisi del transfert" di Gill

Merton Gill, come è noto, fu un importante esponente della Psicologia dell'Io nordamericana, già stretto collaboratore di Rapaport (vedi

Rapaport, Gill & Schafer, 1945-46; Rapaport & Gill, 1959; Rapaport, 1967), e autore di importanti studi su problemi teorici (Gill, 1963, 1976; Pribram & Gill, 1976; etc.), per cui le sue posizioni possono essere considerate particolarmente autorevoli, e i suoi contributi venivano considerati un po' come delle pietre miliari del dibattito psicoanalitico (per un profilo biografico di Gill, vedi Migone, 1995, pp. 269-276 ediz. del 2010). Un altro motivo di interesse è che le posizioni espresse da Gill nel suo lavoro del 1954 sulla differenza tra psicoanalisi e psicoterapia, considerate da molti come un importante punto di riferimento, e ancora valorizzate ad esempio da Kernberg, si sono in seguito modificate (Gill & Muslin, 1976; Gill, 1979, 1982, 1983a, 1983b, 1984a, 1984b, 1984c, 1990, 1991a, 1991b, 1993, 1994): potremo così discutere in modo più problematizzato questo tema e seguirne le evoluzioni in quello che è stato un po' il dibattito in quei decenni.

Nel discutere la differenza tra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica, Gill (1984b) ha usato i termini di criteri "intrinseci" ed "estrinseci" (che corrispondono a quelli che Leo Stone [1954] chiamò rispettivamente "funzionali" e "formali"). I primi, cioè i criteri intrinseci, includono gli aspetti che fanno parte direttamente della *teoria* (quali, come vedremo, la interpretazione del transfert, la neutralità dell'analista, etc.), mentre i criteri estrinseci sono invece quelli che fanno parte della *tecnica*, cioè quelli esteriori o descrittivi, e includono sedute frequenti, uso del lettino, e anche un paziente "analizzabile" (cioè una determinata diagnosi), uno psicoanalista preparato, etc.

Gill nel 1954 elencò quattro criteri intrinseci della psicoanalisi, che sono i seguenti: 1) centralità dell'analisi del transfert (mentre, come è noto, nella psicoterapia il transfert non viene analizzato ma "manipolato"); 2) neutralità tecnica dell'analista; 3) induzione di una "nevrosi di traslazione regressiva"; 4) risoluzione di questa nevrosi transferale regressiva solo o prevalentemente con lo strumento dell'interpretazione. La concezione quindi della psicoanalisi si manteneva all'interno dei canoni classici, e veniva legata a criteri intrinseci; anche se Gill lasciava aperta la possibilità che il lavoro analitico potesse essere svolto anche con criteri estrinseci non ottimali, non definiva però quanto i criteri estrinseci potessero essere ampliati affinché si potesse ancora parlare di psicoanalisi.

Ma Gill nel 1979, quando fu invitato assieme a Rangell e Leo Stone a esprimere le sue posizioni un quarto di secolo dopo gli storici contributi del 1954, rivide il suo pensiero, che ampliò in forma più completa in una monografia del 1982 (il secondo volume di questa monografia

DOI 10.53262/caleido.7.2025.26-53

[Gill & Hoffman, 1982], non tradotto in italiano, contiene la trascrizione di nove sedute audioregistrate nelle quali cerca di dimostrare i suoi princìpi tecnici). Pochi anni dopo, Gill (1984b) scrisse un altro articolo in cui fece il punto sulla sua revisione teorica della differenza tra psicoanalisi e psicoterapia esposta esattamente trent'anni prima. Vediamo quindi in dettaglio queste sue nuove posizioni, che io esporrò basandomi prevalentemente su questo suo lavoro del 1984.

Sostanzialmente, Gill modificò i quattro criteri intrinseci che aveva proposto nel 1954 in modo tale che ora possono cambiare anche i criteri estrinseci, nel senso che ritenne che la psicoanalisi sia applicabile alle più diverse situazioni cliniche (Servizio pubblico, terapie brevi, emergenze, etc.), e a una gamma di pazienti più vasta di quanto si credeva prima, rendendo le indicazioni della psicoanalisi sovrapponibili a quelle tradizionalmente considerate della psicoterapia psicoanalitica. Cerchiamo di seguire i passaggi teorici che lui ha fatto per sostenere questa tesi, ricca di implicazioni per la pratica della psicoanalisi e per la sua stessa definizione.

Come si è detto, la concezione di Gill del 1954 non si discostava dalla tradizione classica, secondo la quale la principale differenza tra psicoanalisi e psicoterapia era che in psicoanalisi il transfert è analizzato, mentre in psicoterapia è "manipolato". In seguito, quando cambiò opinione, Gill non si limitò a dire che possono essere ampliati i criteri estrinseci (il che presupporrebbe che rimangano fissi quelli intrinseci), anzi, disse che ciò non farebbe altro che peggiorare la situazione in termini di errori tecnici. I criteri estrinseci, tra l'altro, sono già andati modificandosi da Freud in poi, anche dietro la pressione di fattori socioeconomici. Vediamo brevemente come.

I criteri estrinseci

Esaminerò i tre principali criteri estrinseci che si sono modificati, e precisamente: frequenza delle sedute, uso del lettino, e selezione dei pazienti.

Frequenza delle sedute

Già Freud, come ci ricordò Kardiner (1977), decise di passare da sei a cinque sedute alla settimana quando fu costretto a dividere tra sei pazienti anziché tra cinque le trenta ore settimanali di cui disponeva (6 x 5 e 5 x 6 fanno sempre 30). La storia successiva è nota: negli Stati Uniti presto si passò da cinque a quattro (limite minimo poi adottato

dall'*International Psychoanalytic Association* [IPA]), e molti in seguito considerarono anche tre sedute settimanali come frequenza possibile (ad alcuni Paesi, per motivi particolari, fu concesso lo *status* privilegiato di evadere questa regola, e questi Paesi furono l'Uruguay e la Francia; per quest'ultima, data la sua influenza e autorevolezza, si dovette scendere a patti per non provocare una scissione che avrebbe indebolito l'IPA, e questa decisione, a mio parere un po' ipocritamente, fu fatta passare come giustificata da un cosiddetto *French model*). Nei tempi recenti a molti Paesi è stata concessa la possibilità di scendere a tre sedute settimanali, e la questioni della frequenza settimanale è tuttora oggetto di un acceso dibattito. Questa evoluzione è avvenuta parallelamente alla progressiva diminuzione di pazienti e di motivazione a investire denaro in questa terapia, fenomeni legati alla crisi della immagine sociale della psicoanalisi avvenuta negli Stati Uniti già dagli anni 1970 (Migone, 1981). Freud (1913, p. 337) disse comunque che sarebbe un errore scendere sotto le tre sedute settimanali, specie all'inizio del trattamento, ma molti analisti oggi possono prendere i pazienti a una o due sedute, sperando di poterle aumentare in seguito. Non esistono studi controllati o prove che mostrino la frequenza ottimale più appropriata, né si è giunti a un accordo su questo (Migone, 1994). Una eccezione è Alexander (1956), che propose di influenzare il transfert modificando il ritmo delle sedute: Gill si trovò d'accordo con coloro che criticarono Alexander dicendo che questa tecnica oggettivamente non è psicoanalitica ma psicoterapeutica in quanto manipola il transfert anziché analizzarlo, violando così il principale criterio intrinseco, l'analisi del transfert. Ma a questo proposito Gill (1984b, p. 131 trad. del 1989) fece due osservazioni, che sono tipiche del suo atteggiamento critico e intelligente: a) E se noi analizzassimo le ripercussioni sul transfert di questa modificazione della frequenza, non rispetteremmo forse il principio della analisi del transfert?; b) Non solo, ma l'insistenza da parte nostra su una certa frequenza (ad esempio, quattro sedute settimanali), non è forse anche questa, se non analizzata nelle sue ripercussioni transferali, una manipolazione del transfert simile a quella di cui fu accusato Alexander? (già vediamo qui che tipo di argomentazioni ha fatto Gill, che approfondirò meglio più avanti).

Uso del lettino

Ormai tutti sanno che esso da una parte è una eredità della tradizione ipnotica (e medica, Freud era un neurologo), e dall'altra il risultato di una difesa controtransferale di Freud (1913, p. 343), che potremmo

DOI 10.53262/caleido.7.2025.26-53

considerare non analizzata, quando ne giustificò l'uso col fatto che lui non sopportava di essere fissato negli occhi per molte ore al giorno; la regola del lettino comunque non fu sempre osservata, basti ricordare l'Uomo dei topi (Freud, 1909) che nei primi tempi camminava su e giù per la stanza, oppure l'analisi con Max Eitingon (proprio colui che fondò le regole del training classico), che in parte fu condotta da Freud passeggiando nei parchi di Vienna. Il lettino è stato giustificato (o razionalizzato) in vari modi, forse troppi, ad esempio: come una inibizione della motilità allo scopo di evitare la scarica dell'energia nel corpo e convogliarla nella parola, come un modo di concentrarsi su se stessi e aprirsi al proprio inconscio senza essere distratti dal vedere l'analista che in genere sta dietro (a rigore però questa giustificazione non è logica, perché basterebbe allora una poltrona, altrettanto comoda, girata con lo schienale verso l'analista), oppure ancora (come accenna Green, vedi Green, Kernberg & Migone, 2008, p. 226) perché per Freud la psicoanalisi rappresentava il modello del sogno, e così via (per una revisione della letteratura sull'uso del lettino in psicoanalisi, vedi Lingiardi & De Bei, 2008, pp. 319-335).

Ormai vi è un accordo quasi unanime sul fatto che anche il lettino può essere fonte di resistenza, non solo per il terapeuta, ma anche per il paziente, che per esempio può avere un desiderio eccessivo di sprofondarvisi e crogiolarsi in esso; quello che è importante è analizzare perché, come e quando un paziente si sdraia o si siede (vi sono comunque colleghi che continuano a ritenere che il divano sia inscindibile dalla psicoanalisi; vedi Migone, 1998).

Selezione dei pazienti

Riguardo infine alla diagnosi dei pazienti adatti alla psicoanalisi, ormai solo una piccolissima minoranza di analisti ritiene che la tecnica standard possa essere applicata a tutti i pazienti, anche gravi, e si accettano comunemente delle modificazioni al setting classico. Anche questo criterio estrinseco dunque si è modificato, dietro la spinta dell'applicazione della psicoanalisi a diversi tipi di pazienti.

I criteri intrinseci

Quelli che secondo Gill andavano modificati erano invece i criteri intrinseci, e soprattutto il primo criterio, l'analisi del transfert, in quanto gli altri tre dipendono da esso. Le modifiche di questo primo criterio sono a loro volta inserite all'interno di una più ampia revisione teorica

della interazione tra paziente e analista: in breve, Gill è passato da una concezione "monopersonale" a una concezione "bipersonale" della situazione analitica (come si suol dire, da una *one body psychology* a una *two body psychology*), cioè a una visione da lui definita "relativistica e prospettica" della realtà interpersonale; nelle parole di Hoffman (1983), è passato da una concezione "asociale" a una concezione "sociale" della situazione analitica (Gill, 1984c p. 489, 1993). Mentre prima si tendeva a concepire il transfert come una distorsione della realtà alla luce del passato, in séguito Gill, in linea con la tradizione interpersonale che già da molti anni proponeva una simile revisione (a cominciare da Sullivan; vedi Greenberg & Mitchell, 1983), ritenne che il transfert non sia altro che una delle tante possibili formulazioni della realtà. In altre parole, il paziente parte sempre dagli stimoli che gli provengono dal setting e dal comportamento dell'analista per dare una lettura verosimile della realtà (questa concezione del transfert si è spostata sempre di più verso posizioni costruttivistiche: Hoffman [1991, 1998], che era uno stretto collaboratore di Gill, propose ad esempio una *social-constructivistic view* della situazione psicoanalitica; vedi anche Gill, 1991b, 1993, 1994).

Ma vediamo in dettaglio i passaggi teorici fatti da Gill riguardo alla modificazione dei quattro criteri intrinseci.

L'analisi del transfert e la neutralità dell'analista

Per quanto riguarda i primi due criteri intrinseci, l'analisi del transfert e la neutralità dell'analista, è ovvio che essi sono strettamente connessi: non concependo più il transfert come una pura e semplice ripetizione del passato, ma innanzitutto come una risposta, tra le tante possibili, al comportamento dell'analista, crolla anche il mito della neutralità analitica, la quale in origine presupponeva che l'analista potesse rimanere veramente fuori dal campo senza influenzare la produzione transferale del paziente (in altre parole, anche l'analista ha un suo transfert, che viene chiamato controtransfert). Dato che questa influenza esiste comunque, che lo si voglia o no, tanto vale esserne coscienti e analizzarla, altrimenti operiamo una suggestione involontaria sul transfert, e quindi una manipolazione non analizzata, e a rigore la psicoanalisi scivola in psicoterapia, con buona pace dell'analista "ortodosso". Inoltre, nell'analisi del transfert si deve sempre partire dal "qui ed ora", cercando di capire bene cosa prova o dice il paziente, anche a costo di fare domande. Non bisogna avere paura di evitare il silenzio, un atteggiamento che purtroppo è diventato tipico degli psicoanalisti,

DOI 10.53262/caleido.7.2025.26-53

poiché esso è andato diffondendosi come tecnica anche a partire dal presupposto che possa esistere la neutralità analitica, e che il terapeuta possa non influenzare il paziente se non si coinvolge attivamente nella interazione (il silenzio poi è stato spesso frainteso come una "tecnica" da applicare in quanto tale, col risultato che tanti analisti non si rendevano conto che si comportavano semplicemente da… maleducati). È impossibile non interagire col paziente: tanto vale esporsi comunque, e la nostra maggiore attività sarà comunque uno stimolo per il transfert del paziente che andrà analizzata, al pari dell'eventuale nostro silenzio o supposta neutralità, sempre vissuta anch'essa diversamente da caso a caso a seconda del transfert. A questo proposito riemerge nella mia memoria un ricordo che mostra bene l'intelligenza e anche l'ironia di Gill. Una volta disse a un gruppo di colleghi e collaboratori che si era finalmente convinto che esisteva la neutralità dell'analista; tutti rimasero sbigottiti, perché ciò andava contro a quello che lui aveva sempre insegnato, per cui gli chiesero cosa gli fosse successo, e che doveva spiegare come mai era giunto a questa strana conclusione, e allora Gill rispose così: "Quando un analista si convince davvero che non può mai essere neutrale, allora, solo in quel momento, può incominciare un po' ad esserlo".

Tornando alla tecnica di Gill dell'analisi del transfert, bisogna quindi come prima cosa chiarire il più possibile il tipo di esperienza che il paziente ha del rapporto; il transfert esiste sempre, in ogni momento e anche in modo sottile, e il non riconoscerlo può produrre nei racconti del paziente un aumento di immagini transferali spostate su altre persone. Queste allusioni al transfert vanno analizzate tramite quella che Gill (1979; Gill & Hoffman, 1982) ha chiamato "interpretazione della resistenza alla consapevolezza del transfert", differenziandola dalla "interpretazione della resistenza alla risoluzione del transfert". Poi, dopo aver chiarito il vissuto del paziente, si procede in modo per certi versi opposto a quello tradizionale: invece di sottolineare come il transfert sia una distorsione del presente, si sottolinea come esso invece sia comprensibile data la situazione attuale col terapeuta. È con questo dettagliato lavoro sul "qui e ora" che il paziente può arrivare a capire come il suo transfert verosimile sia, appunto, *solo apparentemente verosimile*, e che potrebbe essere determinato anche da fattori interni dovuti al passato (come si può notare, in questo modo Gill recupera, per così dire, il concetto classico di transfert, cioè non critica del tutto il concetto, che mantiene una sua validità): è a questo punto che può emergere materiale genetico, cioè riguardante il passato, che va attentamente analizzato.

Non si dimentichi infine, come ha descritto bene tra gli altri Sandler (1976), che il paziente non si limita a percepire la situazione analitica transferalmente, ma inconsciamente induce il terapeuta a conformarsi al ruolo richiesto dal transfert, cioè stimola il suo controtransfert con una "risonanza di ruolo" (in altre parole, avviene una identificazione proiettiva; rimando a Migone, 1988, 1995 cap. 7). Queste osservazioni cliniche hanno portato vari autori a utilizzare il proprio controtransfert come un modo per "conoscere" il paziente (Heimann, 1950), o a considerare il paziente come "terapeuta del suo analista" (Searles, 1975), "interprete della esperienza dell'analista" (Hoffman, 1983), "supervisore inconscio" dell'analista (Langs, 1978), *coach* o "allenatore" del proprio terapeuta (Bugas & Silberschatz, 2005), e così via; L'idea dell'analista come "supervisore inconscio" è stata sviluppata a fondo da Langs, con cui Gill nei primi anni 1980 si sentiva vicino e si confrontò più volte, però Langs (1984) differisce a livello teorico poiché ritiene che il paziente percepisca correttamente l'inconscio del terapeuta, mentre secondo Gill (1984c, pp. 504-507) il paziente ne ha solo una visione verosimile tra le tante possibili.

Questa enfasi data da Gill all'analisi del presente potrebbe sollevare la critica che la sua tecnica porti a sottovalutare l'analisi del passato: ma Gill non trascurava il lavoro sul passato, parlava solo di priorità del presente rispetto al passato in quanto riteneva che una analisi volta primariamente al passato rischia di subire gli effetti duraturi della suggestione involontaria del presente, il quale permette di guardare al passato capendolo meglio e senza aggirare difensivamente il transfert. Si veda però qui l'interessante autocritica di Gill (1993) a proposito del pericolo che anche una eccessiva attenzione al presente possa non farci vedere bene il modo con cui il paziente percepisce l'interazione: «Ogni programma predeterminato da parte dell'analista è cera nel suo terzo orecchio» (p. 9; il "terzo orecchio" di cui qui parla Gill è un esplicito riferimento all'"ascolto col terzo orecchio" di cui parlava Theodor Reik [1948], metafora dell'ascolto psicoanalitico, a sua volta derivato dal terzo orecchio del letterato e dell'artista di cui parla Nietzsche [1886]).

La induzione di una nevrosi di transfert

Per quanto riguarda il terzo criterio intrinseco, anche qui Gill cambiò opinione in modo conseguente alle considerazioni fatte a proposito della influenza involontaria sul transfert da parte del setting e dell'analista. Gill sostenne che è stato sempre sottovalutato il comportamento

DOI 10.53262/caleido.7.2025.26-53

involontariamente suggestivo del terapeuta nell'indurre la nevrosi transferale, e che una analisi precoce del transfert, centrata sul presente, può modificare il quadro che tipicamente evolve nella cosiddetta nevrosi di traslazione. Inoltre egli mise bene in luce un paradosso presente nella teoria della tecnica classica: da un lato si ritiene che la nevrosi di transfert regressiva sia un fenomeno spontaneo e determinato internamente dal paziente, dall'altro si prevede un particolare setting per farla emergere, setting che, come si è visto (Migone, 1995, p. 64 ediz. del 2010), non a caso Ida Macalpine (1950) chiamò *infantile*. Gill però fa notare una contraddizione nella concezione della Macalpine (vedi anche Migone, 2003 p. 283-284 ediz. del 2021; Green, Kernberg & Migone, 2008, p. 220): se il transfert viene concepito come spontaneo e incontaminato dalla influenza del presente, perché allora dobbiamo aver bisogno di apposite misure per farlo emergere? Perché, in altre parole, dobbiamo "manipolarlo" con un "setting infantile", cioè con il setting classico? Il transfert che emerge grazie al setting "classico" non sarebbe quindi una pura ripetizione del passato di fronte a un analista che funge da specchio (*blank screen*) o osservatore neutrale, ma una reazione a quel "setting infantile", sarebbe cioè un "transfert infantile" (o, se vogliamo, un "transfert classico" provocato dal "setting classico"). Questa regressione sarebbe quindi una reazione al limite iatrogena, concettualmente simile all'ipnosi: niente di più lontano da quello che comunemente intendiamo per psicoanalisi. Molto belle sono le pagine di Gill in cui mostra come una psicoanalisi "classica" possa di fatto consistere in una "psicoterapia manipolatoria", mentre una terapia monosettimanale e senza lettino nella quale si analizza attentamente il transfert possa essere definita a tutti gli effetti una "psicoanalisi" (si veda a questo riguardo il capitolo che mi fu chiesto per il *Festschrift* di Gill, che intitolai appunto "Una psicoanalisi sulla sedia e una psicoterapia sul lettino": Migone, 2000).

Secondo Gill dunque il setting classico rischia di essere manipolatorio e suggestivo, nel senso che è volto a provocare una infantilizzazione del paziente, a creare artificialmente una nevrosi di transfert che poi ci illudiamo sia spontanea; quindi è indispensabile analizzare le ripercussioni sul transfert di questa infantilizzazione indotta, cosa quasi mai discussa nella letteratura. È una illusione che si possa veramente regredire a una nevrosi infantile, anzi, la nevrosi deve essere vissuta come si manifesta nel presente, e se occorrono misure speciali per farla rivivere, già queste misure di per sé stesse dimostrano che essa non è la riproduzione dell'infanzia ma prima di tutto la risposta a queste misure. Inoltre, d'accordo con alcune osservazioni

parzialmente fatte da Arlow (1975), Gill disse che non serve far regredire il paziente al di là di quella che è già la sua patologia, ma eventualmente occorre renderlo consapevole delle regressioni manifestate fino ad allora in modo mascherato. La eventuale comparsa di manifestazioni regressive, in una analisi che non si proponga di indurre una nevrosi transferale regressiva, dipende solo da un'accresciuta consapevolezza di materiale precedentemente rimosso; se ci proponiamo di indurre una ulteriore regressione oltre a quella mostrata dal paziente, i risultati positivi della terapia avvengono *nonostante* questa regressione, non *a causa* di essa. In sostanza, una certa pratica analitica classica induce una ulteriore regressione non solo inutile, ma dannosa, e Gill riteneva che questo fosse un criterio intrinseco tra i maggiormente bisognosi di revisione.

Connesso al concetto di regressione, vi è quello di associazioni libere, la cosiddetta regola aurea o fondamentale della psicoanalisi: anche questo concetto va rivisto, perché Gill dimostrò chiaramente che, come è facile immaginare, l'analisi è sempre una conversazione, mai un soliloquio, come peraltro ebbe a dire lo stesso Freud (1899 p. 485, 1926) quando affermò che le associazioni libere in realtà libere non sono, ma legate alle "rappresentazioni finalizzate" della malattia e della persona del terapeuta.

Uso privilegiato della interpretazione

Anche per quanto riguarda l'ultimo criterio intrinseco, Gill (1984b) rivide le sue posizioni del 1954, sostenendo che allora aveva sottolineato il primato dell'interpretazione nel tentativo di differenziare in modo netto la psicoanalisi dalla psicoterapia, perché questa era l'esigenza che allora sentiva. Aveva minimizzato l'altro fattore terapeutico, quello legato al rapporto con l'analista, basato su una nuova esperienza mai fatta prima: ma questa esperienza è anche quella con l'analista *nel momento in cui interpreta*! Si tratta comunque di un fattore terapeutico complesso, discusso anche da Strachey (1934), Loewald (1960), Dewald (1979) e altri, secondo i quali nel processo analitico esiste un altro aspetto importante oltre all'attività interpretativa, che è una nuova esperienza interpersonale, ineliminabile da esso. Si vedano anche le posizioni espresse già più di cinquant'anni prima da Ferenczi & Rank (1924) riguardo ai ruoli dell'esperire e del ricordare; e per quanto riguarda l'importanza data da Freud al rapporto affettivo come fattore curativo accanto a quello dell'interpretazione, si veda l'importante ricostruzione storica di Larry Friedman (1978; cfr. Migone, 1989, 1995 cap. 6).

DOI 10.53262/caleido.7.2025.26-53

La proposta di Gill: riassunto e implicazioni

L'unico vero fattore intrinseco che differenzia psicoanalisi e psicoterapia è l'analisi sistematica del transfert. Ma se da un lato in psicoterapia per definizione il transfert non viene interpretato ma manipolato, dall'altra in qualunque terapia, compresa la psicoanalisi, vi è una manipolazione per lo meno involontaria, e se questa non viene attentamente ricercata e interpretata si scivola di fatto in una psicoterapia. Non solo: se da una parte crolla il mito secondo il quale in psicoanalisi il transfert non viene manipolato, dall'altra si incrina anche quello secondo il quale in psicoterapia esso possa essere tranquillamente "controllato" o "regolato" adottando determinate misure (sedute meno frequenti, non utilizzo del lettino, maggiore attività e direttività, etc.; vedi a questo proposito Migone [1995 cap. 3, 2005, 2009] riguardo alle argomentazioni di certi terapeuti brevi). Un certo grado di manipolazione del transfert avviene comunque, e spesso in modo involontario da condizionarne l'espressione; interpretare poco il transfert, così come spesso si dice che andrebbe fatto in psicoterapia, limita la consapevolezza che può avere il paziente del proprio comportamento, ma non limita certo la possibilità che esso si manifesti. Questa concezione della psicoterapia, secondo la quale il transfert può essere regolabile con determinate manipolazioni del setting, è errata e speculare alla concezione della psicoanalisi classica secondo la quale si ritiene che la neutralità analitica può far emergere un transfert non manipolato. Come abbiamo visto, credere nella neutralità, arrivando a negare o a nascondere il proprio impatto emotivo, può solo portare a rendere il transfert implicito, così da permettergli di esercitare i suoi effetti senza accorgersene. Sembra così possibile risolvere l'annosa questione della differenza tra psicoanalisi e psicoterapia, non a caso discussa da decenni senza raggiungere conclusioni soddisfacenti (un esempio di queste discussioni è Wallerstein, 1969, 1988a, 1988b, 1989, 1990, 1993). La revisione teorica operata da Gill rende più coerenti i criteri intrinseci della psicoanalisi, e riduce molto le indicazioni della psicoterapia fino a quasi annullarle, in questo senso ritornando all'originario Freud il quale «praticava solo l'analisi, qualunque fossero le circostanze» (Gill, 1984b, p. 155 trad. del 1989). In questo modo la psicoanalisi diventa applicabile ai setting più diversi, e quindi sovrapponibile alla cosiddetta "psicoterapia psicoanalitica" o "terapia psicodinamica" (annullando

cioè, in modo salutare, la differenza tra psicoanalisi e psicoterapia, con importanti implicazioni istituzionali per quanto riguarda la supposta identità degli "psicoanalisti" e delle loro associazioni). Riguardo alla frequenza delle sedute, ad esempio, tutti i terapeuti esperti sanno bene che si può attivare un vero "processo analitico" anche a una volta alla settimana, mentre con determinati pazienti questo non accade neppure a quattro o cinque volte alla settimana, nel senso che non è certo un criterio estrinseco come la frequenza delle sedute a definire cosa sia o non sia la psicoanalisi.

Inoltre, un luogo comune della psicoanalisi classica è quello di ritenere che l'analisi debba essere "senza tempo". Riscattando una dignità alle terapie brevi (cfr. Migone, 1995 cap. 3, 2005, 2009), Gill disse che è sbagliata una concezione della psicoanalisi del tipo "tutto o niente": si può usare la tecnica analitica anche se l'analisi non sarà "completa", poiché i benefici si accumulano progressivamente, e l'analisi può essere interrotta in vari momenti e non è detto che si perda quello che si è conquistato. Ed è anche sbagliato porre sia una meta ambiziosa predeterminata per i pazienti "classici nevrotici", sia una meta limitata per gli altri: in entrambi i casi questi interventi possono condizionare, anche in modo silente, tutta la terapia. Se ad esempio si ha meno tempo a disposizione, come accade nelle terapie brevi o nel Servizio pubblico, se ne analizzeranno le ripercussioni sul transfert. Certamente, sottolineando il "qui e ora" si sposta a un secondo momento la eventuale ricostruzione del passato; ma questo non è necessariamente negativo, «infatti, checché se ne dica, nessuno può essere battuto *in absentia* o *in effigie*» (Freud, 1912, p. 531), nel senso che è il lavoro sul transfert quello più produttivo. Inoltre il procedere dalla superficie al profondo, proprio come diceva Fenichel (1941), aiuta a controllare meglio la regressione che non viene più ricercata in quanto tale.

Infine, alcune parole riguardo al training. Il training appare indispensabile, ma ci si può chiedere quando e quanto a lungo bisogna insegnare la psicoanalisi così come è stata ora ridefinita. Coerentemente con le premesse di Gill, bisogna evitare di porre il problema nei termini di insegnare o non insegnare la psicoanalisi agli psicoterapeuti, o di quando insegnarla (all'inizio o avanti nella formazione). Il fatto è che non si può evitare di usare la psicoanalisi (nella accezione intesa da Gill), quindi è meglio insegnarla a tutti gli psicoterapeuti fin dall'inizio, considerando che i più giovani l'apprenderanno meglio, e che ognuno la impiegherà secondo le proprie capacità. È un errore insegnare a un

DOI 10.53262/caleido.7.2025.26-53

principiante a star lontano dal transfert, perché ne è sempre coinvolto, ed è impossibile insegnargli a non gestire un transfert di cui si accorga. Non vi è un'alternativa all'insegnamento della psicoanalisi, concluse Gill, poiché essa è più facile da apprendersi della psicoterapia, la quale non offre una chiara teoria della tecnica riguardo a come comportarsi nei confronti delle ubiquitarie manifestazioni transferali.

Un esempio clinico: una "psicoanalisi sulla sedia" e una "psicoterapia sul lettino"

Per far capire meglio quali implicazioni cliniche può avere questa revisione teorica, voglio fare un breve esempio (vedi anche Migone, 1991 pp. 53-56, 1995 pp. 80-81 ediz. del 2010, 2000 pp. 221-223) dove si vede con molta chiarezza il ruolo giocato dai fattori intrinseci rispetto a quelli estrinseci, bene esemplificati con l'uso del lettino che ancora oggi da molti è considerato parte integrante del setting psicoanalitico e non di quello psicoterapeutico.

Si tratta di un episodio che mi accadde alcuni anni fa con una paziente, allora di 31 anni, in terapia trisettimanale *vis-á-vis*, che durante una fase difficile della terapia incominciò a mostrare, assieme a varie manifestazioni di cosiddetto "transfert negativo" (aggressività, sensazione di non essere capita, minacce di interruzione, etc.), una difficoltà a tollerare il contatto visivo con me, lamentando il fatto che la terapia era faccia a faccia mentre lei avrebbe preferito il lettino che le avrebbe permesso di sentirsi più "contenuta", "protetta", "rilassata", di esprimere con minore difficoltà i suoi "veri sentimenti", e così via.

L'elaborazione interpretativa di questa situazione comportava, tra le altre cose, le seguenti considerazioni. I genitori della paziente, che non erano sposati, si erano lasciati poco prima della sua nascita; il padre avrebbe voluto che la madre abortisse, e si rifiutò di riconoscere la figlia. Per una serie di litigi che non erano mai stati chiariti né capiti a fondo dalla paziente, da allora erano cessati del tutto i rapporti col padre. Questi, che era di classe sociale molto superiore a quella della madre, viveva nella stessa città, e qualche volta si incontravano per strada, ma sempre facendo finta di non conoscersi. I sentimenti della paziente erano di forte aggressività, mista a paura, affetto, e sentimenti di inferiorità e vergogna causati dalla ambivalente fantasia che il padre per un qualche motivo avesse "fatto bene" ad abbandonarla, o che comunque avesse

avuto le sue ragioni. Naturalmente la paziente avrebbe potuto prendere l'iniziativa e andare a parlare col padre, ma ne era impossibilitata per una forte paura di esplodere di rabbia verso di lui. Inoltre l'avvicinarsi al padre avrebbe comportato una rottura della *loyalty* con la madre, con cui viveva ancora insieme e cui era molto legata, la quale per problemi propri non era stata capace di elaborare il rapporto con lui e per motivi di orgoglio aspettava che fosse lui a fare il primo passo (la paziente cioè non se la sentiva di "tradire" la madre, che non voleva più avere a che fare col padre di sua figlia). Inutile dire che questa situazione pesava come un lutto non risolto per la paziente, avendo contribuito per esempio a crearle una forte inibizione a farsi una famiglia e ad avere essa stessa un figlio nonostante le molte occasioni che le si erano presentate, poca assertività nel fare carriera, un forte senso di inferiorità, indegnità di meritare i diritti di tutti gli altri, etc.

Questa problematica, tra l'altro, era qui ben razionalizzata anche dal fatto che la paziente ambivalentemente svalutava me – e, a ben vedere, anche se stessa – per il fatto che non usando il lettino secondo lei io non le facevo una "psicoanalisi" ma una "psicoterapia" (la paziente era una collega), anche perché io ero un terapeuta indipendente dall'associazione psicoanalitica "ufficiale", la quale sola la avrebbe finalmente "riconosciuta" e "legittimata"; ma ero ben consapevole che nella sua ambivalenza lei aveva scelto proprio me perché sapeva bene che, in un certo senso, ero un suo alleato in quanto anch'io ai suoi occhi ero un "non riconosciuto" dall'associazione psicoanalitica "ufficiale"…

Ebbene, con molta probabilità dietro a questa difficoltà del contatto emotivo e visivo diretto con me c'era anche quella a provare ed esprimere tutti i dolorosi sentimenti ambivalenti verso il padre (odio, amore, etc.). La richiesta del lettino poteva significare anche un ripetere il dramma del "non rapporto" col padre, e se avessi accettato di introdurre questo cambiamento, forse avrei dato inconsciamente alla paziente l'immagine di un padre che non voleva fare veramente i conti con la forza delle emozioni che la paziente appunto voleva evitare: si può far l'ipotesi che in questo caso io sarei stato "risucchiato" dal transfert della paziente, la quale sarebbe riuscita ad evocare inconsciamente in me la "risonanza di ruolo" (Sandler, 1976) evocata dal transfert.

Ma non voglio soffermarmi sull'analisi di queste ipotesi psicodinamiche, perché sono facilmente alla portata di qualunque terapeuta esperto. Quello che voglio discutere è il ruolo degli elementi del setting nella logica interpretativa. Nel caso in questione fortunatamente il lavoro interpretativo, incentrato sul significato inconscio della sua richiesta del lettino, riuscì a sbloccare la paziente e a farle evocare tutta una serie di ricordi e sentimenti dolorosi, sia su di sé che sul padre, facendo così procedere la terapia positivamente.

DOI 10.53262/caleido.7.2025.26-53

Ma supponiamo che il mio lavoro non fosse riuscito, che cioè la paziente non avesse retto nel rapporto faccia a faccia con me e avesse minacciato di interrompere la terapia se non la mettevo sul lettino: in questo caso, quale sarebbe stata la condotta da seguire? Pongo questa domanda qui solo come esercizio teorico, e supponendo ovviamente che l'analisi da me fatta sulla genesi delle resistenze della paziente sia corretta. Una possibilità in effetti sarebbe stata, seguendo Eissler (1953), quella di introdurre, a causa della "debolezza dell'Io" della paziente, un "parametro" nella "psicoanalisi con la sedia" e metterla in "psicoterapia col lettino" per continuare il lavoro, fino a quando non si riuscisse ad eliminare il parametro (il lettino) per poi farla ritornare alle condizioni della mia tecnica di base (che in questo caso comportava l'uso della sedia). Così, paradossalmente, qui la psicoanalisi si sarebbe fatta con la sedia e la psicoterapia col lettino, reso necessario dalla paziente per la quale non era sufficiente il lavoro di interpretazione verbale sulla difficoltà a guardarmi in faccia, per cui avrebbe richiesto un "agito", cioè l'introduzione di un parametro proprio secondo la concezione di Eissler.

Trovo questo esempio utile, anche perché in modo divertente capovolge i termini del problema delle differenze tra psicoanalisi e psicoterapia così come sono intese se si considerano solo i criteri estrinseci, e nel contempo ci fa pensare a quale può essere il rischio che si corre in molte psicoanalisi "ortodosse", dove si può scivolare in una psicoterapia "manipolatoria" nella misura in cui, proprio come disse Gill, permettiamo che parte del materiale clinico sfugga dal lavoro interpretativo se crediamo nella neutralità e nella universalità del setting classico.

Conclusioni

Oggi non è più possibile riposare su precedenti certezze riguardo alle differenze tra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica. Al contrario, anche nella psicoanalisi ufficiale è ormai diffusa una crescente consapevolezza, sulla scia delle intuizioni di vari pionieri della psicoanalisi (Sullivan, 1940, 1953; Alexander *et al.*, 1946; Fromm-Reichmann, 1950; etc.), di quanto sia più corretta una concezione trasversale" della psicoanalisi (Galli, 1985, 1986, 1992, 2006), la quale fa ormai parte del bagaglio teorico non solo della psicoterapia ma anche della psichiatria, permettendo di rompere vecchi steccati e di raggiungere una gamma di pazienti e situazioni terapeutiche precedentemente considerate escluse (Servizio pubblico, pazienti più gravi, sedute a frequenza monosettimanale o addirittura variabile, setting di gruppo, emergenze, terapie brevi, etc.).

Da questa prospettiva, si può ipotizzare che il continuo tentativo da parte delle associazioni psicoanalitiche di differenziare psicoanalisi e psicoterapia risponda essenzialmente a esigenze monopolistiche e anti-competitive, per mantenere artificialmente elevate le tariffe dei cosiddetti "psicoanalisti" i quali andrebbero differenziati a livello di mercato (per un approfondimento, rimando a Migone, 1995 pp. 327-328 ediz. del 2010, 2001).

Vorrei terminare lasciando comunque aperto il discorso con una domanda che, a ben vedere, rimane di non facile risposta: perché questa revisione teorica della psicoanalisi, le cui premesse erano già chiare da vari decenni come implicazioni dell'approccio interpersonale già teorizzato da Sullivan dagli anni 1920-30, è stata fatta solo alla fine degli anni 1970? Personalmente non sono riuscito a trovare una risposta convincente a questa domanda, nel senso che mi sembra riduttivo attribuire le ragioni di questo ritardo solamente a fattori sociologici (paura di andare contro l'autorità, minaccia all'identità professionale con ovvie implicazioni economiche, etc., mentre oggi, a causa della crisi della psicoanalisi, può essere vantaggioso prendere queste posizioni per opportunismo): molti analisti e teorici americani non dipendevano dalla pratica professionale per la propria sopravvivenza economica, e avevano una sufficiente autonomia di pensiero da non farsi condizionare dalle pressioni, anche sottili, della psicoanalisi organizzata. Inoltre, fatto ancor più curioso, molti analisti "progressisti" o su posizioni politiche apertamente radicali, sia in Europa che negli Stati Uniti, sono fermamente rimasti su posizioni ortodosse a livello teorico, mostrando quindi anch'essi una forma di sudditanza culturale (si vedano a questo proposito anche alcune osservazioni di Arnie Richards [2016, pp. 541-543 trad. it.] sulla storia dell'estrema sinistra nella psicoanalisi americana).

Non riuscendo quindi a darmi una risposta soddisfacente, ho voluto discutere questo problema con lo stesso Gill, il quale mi diede questa sua spiegazione: la cultura da lui definita come "oggettivante", basata su una "psicologia monopersonale" e derivata dall'approccio

DOI 10.53262/caleido.7.2025.26-53

medico (cfr. Migone, 1987, 1995 cap. 15), è stata così pesante e ha talmente impregnato la cultura psicoanalitica, soprattutto nordamericana, che ha reso impossibile a tanti analisti della sua generazione di riuscire a compiere questa revisione teorica.

Ho trovato interessante la risposta di Gill, anche se ho ancora delle perplessità sul fatto che questa sia la vera spiegazione di questo ritardo.

Bibliografia

Albarella C. & Donadio M., a cura di (1986). *Il controtransfert*. Napoli: Liguori.

Alexander F. (1956). *Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Norton.

Alexander F., French T.M. *et al*. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications.* New York: Ronald Press (trad. it. dei capitoli 2, 4 e 17: Alexander F., La esperienza emozionale correttiva. *Psicoterapia e scienze umane*, 1993, 27, 2: 85-101. Edizione su Internet con una introduzione di Paolo Migone: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/alexan-1.htm).

Arlow J.A. (1975). Discussion of paper by M. Kanzer: The therapeutic and working alliance. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 4: 69-73.

Bornstein M., editor (1984). Commentaries on Merton Gill's *Analysis of Transference* [contributi di Bornstein, Holt, Wallerstein, Richards, Sandler, Nasio, Wolf, Skolnikoff, Steiner, Langs, Gill]. *Psychoanalytic Inquiry*, IV, 3.

Dewald P. (1979). Panel on conceptualizing the nature of the therapeutic action of psychoanalysis (Nemetz J., reporter). *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 1: 127-144.

Eissler K.R. (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1, 1: 104-143 (trad. it.: Effetto della struttura dell'Io sulla tecnica psicoanalitica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1981, 15, 2: 50-79. Edizione su Internet con una introduzione di Paolo Migone: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/eiss53-1.htm).

Fenichel O. (1941). *Problems of Psychoanalytic Technique*. New York: The Psychoanalytic Quarterly Inc. (trad. it.: *Problemi di tecnica psicoanalitica*. Torino: Boringhieri, 1974) pp. 201-216. Nuova trad. it. completa dall'originale tedesco, con una Postfazione di Michael Turnheim: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2012, 46, 4: 487-538).

Freud S. (1899 [1900]). L'interpretazione dei sogni. *Opere*, 3. Torino: Boringhieri, 1966.

Ferenczi S. & Rank O. (1924). *Entwicklungsziele der Psychoanalyse* (1923). Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1924 (trad. it. dei capitoli 1, 3 e 5 dalla traduz. francese: Prospettive di sviluppo della psicoanalisi. In: *Fondamenti di psicoanalisi, Vol. III*. Rimini: Guaraldi, 1974, pp. 175-193; riedizione in: *Opere*, 1919/1926, vol. III. Milano: Raffaello Cortina, 1992,

Freud S. (1909). Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva (Caso clinico dell'Uomo dei topi). *Opere*, 6: 1-124. Torino: Boringhieri, 1974.

Freud S. (1912). Dinamica della traslazione. *Opere*, 6: 523-531. Torino: Boringhieri, 1974.

Freud S. (1913). Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi: 1. Inizio del trattamento. *Opere*, 7: 333-352. Torino: Boringhieri, 1975.

Freud S. (1913). Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi: 1. Inizio del trattamento. *Opere*, 7: 333-352. Torino: Boringhieri, 1975.

Freud S. (1926). Il problema dell'analisi condotta da non medici. Conversazione con un interlocutore imparziale. *Opere*, 10: 347-415. Torino: Boringhieri, 1978.

Friedman L. (1978). Trends in psychoanalytic theory of treatment. *Psychoanalytic Quarterly*, 47, 4: 524-567. Anche in: *The Anatomy of Psychotherapy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1988, chapter 4, pp. 44-73 (trad. it.: **Aspetti descrittivi della teoria: le tendenze presenti nella teoria psicoanalitica della cura**. In: *Anatomia della psicoterapia*. Torino: Bollati Boringhieri, 1993, cap. 4, pp. 55-91).

Friedman L. (1991). Forma e sostanza del trattamento psicoanalitico. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1993, 27, 2: 5-16.

Fromm-Reichmann F. (1950). *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press (trad. it.: *Princìpi di psicoterapia*. Milano: Feltrinelli, 1962).

DOI 10.53262/caleido.7.2025.26-53

Galli P.F. (1986b). Psicoterapia, formazione e specialismo. In: Minguzzi G.F., a cura di, *Il divano e la panca. Psicoterapia tra privato e pubblico*. Milano: FrancoAngeli, 1986, pp. 242-245. Anche in: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2016, L, 4: 650-652.

Galli P.F. (1985). Le ragioni della clinica. In: Trentini G.C. & Vigna C., a cura di (con la collaborazione di Massimo Bellotto e Lucio Cortella), *La qualità dell'uomo. Psicologi e filosofi a confronto* (Atti del Convegno tenuto a Venezia il 24-26 maggio 1985). Milano: FrancoAngeli, 1988, pp. 143-149. Una versione modificata è apparsa in: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1988, 22, 3: 3-8 (trad. inglese: The rationale of the clinical process. *Trauma and Memory*, 2017, 5, 2: 55-59. Internet: www.eupsycho.com/index.php/TM/article/view/140).

Galli P.F. (1986). Psicoterapia, formazione e specialismo. In: Minguzzi G.F., a cura di, *Il divano e la panca. Psicoterapia tra privato e pubblico*. Milano: FrancoAngeli, 1986, pp. 242-245. Anche in: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2016, 50, 4: 650-652.

Galli P.F. (1990). "Psychoanalysis as the story of a crisis". Relazione al *Rapaport-Klein Study Group* Annual Meeting, *Austen Riggs Center*, Stockbridge, Massachusetts, 10 giugno 1990. Internet: www.psychomedia.it/rapaport-klein/galli90.htm (versioni italiane: Le psicoanalisi e la crisi della psicoanalisi. *Ricerche di Psicologia*, 1990, XIV, 4: 39-58; Canestrari R. & Ricci Bitti P.E., a cura di, *Freud e la ricerca psicologica*. Bologna: Il Mulino, 1993, pp. 173-188; Galli P.F., *La persona e la tecnica. Appunti sulla pratica clinica e la costruzione della teoria psicoanalitica*. Milano: Il Ruolo Terapeutico, 1996, pp. 57-75 [nuova edizione: Milano: FrancoAngeli, 2002, pp. 53-67]. Versione tedesca: Die Psychoanalysen und die Krise der Psychoanalyse. In: Kuster M., a cura di, *Entfernte Wahrheit. Von der Endlichkeit der Psychoanalyse*. Tübingen: Diskord, 1992, pp. 146-165. Versione inglese: Crisis of psychoanalysis? From the scientistic solution to the semantic perspective. *Italian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 1994, IV, 1: 23-28).

Galli P.F. (1992). *La persona e la tecnica. Appunti sulla pratica clinica e la costruzione della teoria psicoanalitica*. Milano: Il Ruolo Terapeutico, 1996 (nuova edizione: Milano: FrancoAngeli, 2002).

Galli P.F. (2006). Tecnica e teoria della tecnica in psicoanalisi tra arcaico e postmoderno. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 40, 2: 153-164. Anche in: Di Sauro R., Maltese M. & Mura A., a cura di, *Princìpi di terapia psicodinamica*. Prefazione di Giulio Cesare Zavattini. Roma: Aracne, 2019, Vol. II, pp. 379-420. Trad. inglese in: Method, technique, and theory in psychoanalysis. *Trauma and Memory*, 2016, 4, 1: 48-59. Internet: www.eupsycho.com/index.php/TM/article/view/66.

Gill M.M. & Hoffman I.Z. (1982). *The Analysis of Transference. Vol. 2: Studies of Nine Audio-Recorded Psychoanalytic Sessions*. New York: International Universities Press.

Gill M.M. (1954). Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 4: 771-797.

Gill M.M. (1963). *Topography and Systems in Psychoanalytic Theory* (*Psychological Issues*, 10). New York: International Universities Press (trad. it.: *Il modello topico nella teoria psicoanalitica*. Torino: Boringhieri, 1979).

Gill M.M. (1976). Metapsychology is not psychology. In: Gill M.M. & Holzman P.S., editors, *Psychology versus Metapsychology: Essays in Memory of George S. Klein*. New York: International Universities, 1976, pp. 71-105.

Gill M.M. (1979). The analysis of the transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27 (Suppl.): 263-288.

Gill M.M. (1982). *The Analysis of Transference. Vol. 1: Theory and Technique*. New York: International Universities Press (trad. it.: *Teoria e tecnica dell'analisi del transfert*. Roma: Astrolabio, 1985).

Gill M.M. (1983a). The interpersonal paradigm and the degree of the therapist's involvement. *Contemporary Psychoanalysis*, 19, 2: 202-237 (trad. it.: Il paradigma interpersonale e ila misura del coinvolgimento del terapeuta. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1995, 29, 3: 5-44).

Gill M.M. (1983b). The point of view of psychoanalysis: energy discharge or person. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6, 4: 523-551.Gill M.M. (1984a). The range of applicability of psychoanalytic technique. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 10: 109-116.

Gill M.M. (1984b). Psychoanalysis and psychotherapy: A revision. *International Review of Psychoanalysis*, 11, 2: 161-179 (trad. it.:

DOI 10.53262/caleido.7.2025.26-53

Psicoanalisi e psicoterapia: una revisione. In Del Corno F. & Lang M., a cura di, *Psicologia Clinica. Vol. 4: Trattamenti in setting individuale*. Milano: FrancoAngeli, 1989, pp. 128-157; II ediz.: 1999, pp. 206-236). Edizione su Internet con una introduzione di Paolo Migone: www.priory.com/ital/10a-Gill.htm (dibattito: www.psychomedia.it/pm-lists/debates/gill-dib-1.htm).

Gill M.M. (1984c). Transference: A change in conception or only in emphasis? *Psychoanalytic Inquiry*, IV, 3: 489-523 (in: Bornstein, 1984).

Gill M.M. (1990). Psychoanalysis and psychotherapy (2 letters to the Editor). *International Journal Psychoanalysis*, 1991, 72, 1: 159-161, 164-165.

Gill M.M. (1991a). Merton Gill speaks his mind. *The American Psychoanalyst*, 1: 17-21.

Gill M.M. (1991b). Indirect Suggestion: A response to Oremland's *Interpretation and Interaction*. In: Oremland J.D., *Interpretation and Interaction. Psychoanalysis or Psychotherapy?* Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1991, pp. 137-163.

Gill M.M. (1993). Tendenze attuali in psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 27, 3: 5-26.

Gill M.M. (1994). *Psychoanalysis in Transition: A Personal View*. Hillsdale, NJ: Analytic Press (trad. it.: *Psicoanalisi in transizione*. Milano: Raffaello Cortina, 1996).

Gill M.M. & Muslin H.L. (1976). Early interpretation of transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 4: 779-794.

Green A., Kernberg O.F. & Migone P. (2008). Un dialogo sulla differenza tra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2009, 43, 2: 215-234. Milano: Raffaello Cortina, 1988, pp. 73-104).

Migone P. (1981). Considerazioni sugli sviluppi della psicoanalisi negli Stati Uniti. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 15, 2: 45-49.

Migone P. (1987). Cronache psicoanalitiche: l'azione legale degli psicologi americani contro l'istituzione psicoanalitica per il diritto alla formazione. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 21, 4: 83-89. Una versione del 1990 su Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt53-54.htm.

Migone P. (1988). La identificazione proiettiva. *Il Ruolo Terapeutico*, 49: 13-21. Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt49ip88.htm. Anche in Migone, 1995, cap. 7.

Migone P. (1989). La teoria psicoanalitica dei fattori curativi (1988). *Il Ruolo Terapeutico*, 52: 40-45. Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt52-89.htm. Anche in Migone, 1995, cap. 6.

Migone P. (1991). La differenza tra psicoanalisi e psicoterapia: panorama storico del dibattito e recente posizione di Merton Gill. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 25, 4: 35-65 (un'altra versione, dal titolo "Esiste ancora una differenza tra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica?", è uscita su *Il Ruolo Terapeutico*, 1992, 59: 4-14. Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt59pip.htm). Anche in. Migone, 1995, cap. 4.

Migone P. (1994). "Short-term *vs.* long-term psychoanalytic therapy: A theoretical analysis of the dose-effect problem". Relazione letta allo *Stuttgart Kolleg* "Dose-Effect Relations in Psychotherapy", organizzato dalla *Forshungsstelle für Psychitherapie Stuttgart* e dalla *Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm*, Stoccarda, 25-27 giugno 1994.

Migone P. (1995). *Terapia psicoanalitica*. *Seminari.* Milano: FrancoAngeli (nuova edizione: 2010) (www.francoangeli.it/Ricerca/scheda_libro.aspx?Id=4410).

Migone P. (1998). Chi ritiene indissolubile il binomio divano/psicoanalisi si pone fuori dalla logica psicoanalitica. *Il Ruolo Terapeutico,*78: 16-21. Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt78le98.htm.

Migone P. (2000). A psychoanalysis on the chair and a psychotherapy on the couch. Implications of Gill's redefinition of the differences between psychoanalysis and psychotherapy. In: Silverman D.K. & Wolitzky D.L., editors, *Changing Conceptions of Psychoanalysis: The Legacy of Merton M. Gill*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 2000, pp. 219-235 (trad. spagnola: El psicoanálisis en el sillón y la psicoterapia en el diván. Implicaciones de la redefinición de Gill sobre las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia.

DOI 10.53262/caleido.7.2025.26-53

Intersubjetivo. Revista de Psicoterapia Psicoanalitica y Salud, 2000, 2, 1: 23-40).

Migone P. (2001). La differenza tra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica è solo una questione politica. *Il Ruolo Terapeutico*, 86: 17-20. Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt86pp01.htm

Migone P. (2003). La psicoterapia con Internet. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 37, 4, 57-73 (Ristampa: 2021, 55, 2: 275-292). Edizione su Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/pst-rete.htm.

Migone P. (2005). Terapeuti "brevi" o terapeuti "bravi"? Una critica al concetto di terapia breve. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 39, 3: 347-370. Dibattito: Risposta agli interventi di Osimo e di Bartoletti. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2005, 39, 4: 537-548.

Migone P. (2009). "What does 'brief' mean? A theoretical critique of the concept of short-term psychotherapy" (Relazione all'incontro annuale del *Rapaport-Klein Study Group*, *Austen Riggs Center*, Stockbridge, Massachusetts, 12-14 giugno 2009). Poi pubblicata: What does "brief" mean? A theoretical critique of the concept of brief therapy from a psychoanalytic viewpoint. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2014, 64, 4: 631-656.

Nietzsche F.W. (1886). *Jenseits von Gut und Böse.* Leipzig: Naumann (trad. it.: Al di là del bene e del male. In: *Opere complete*. Milano: Adelphi, 1974).

Pribram K. & Gill M.M. (1976). *Freud's Project Reassessed*. London: Hutchinson (trad. it.: *Freud neurologico. Studio sul "Progetto di una psicologia".* Torino: Boringhieri, 1978).

Rapaport D. & Gill M.M. (1959). The points of view and assumptions of metapsychology. *International Journal of Psychoanalysis,* 40, 3/4: 153-162. Anche in: Gill M.M., editor, *The Collected Papers of David Rapaport*. New York: Basic Books, 1967, cap. 62, pp. 795-811 (trad. it.: I punti di vista e gli assunti della metapsicologia. In: Rapaport, 1967, cap. XXIV, pp. 514-530).

Rapaport D. (1967). *The Collected Papers of David Rapaport* (Gill M.M., editor). New York: Basic Books (trad. it.: *Il modello concettuale della psicoanalisi. Scritti 1942-1960.* Milano: Feltrinelli, 1977).

Rapaport D., Gill M.M. & Schafer R. (1945-46). *Diagnostic Psychological Testing*. Chicago, IL: Yearbook Publishers. New York: International Universities Press, 1968 (ediz. riveduta a cura di R.R. Holt) (trad. it.: *Reattivi psicodiagnostici*. Torino: Boringhieri, 1975).

Reik Th. (1948). *Listening with the Third Ear: The Inner Experience of a Psychoanalyst*. New York: Grove Press.

Richards A.D. (2016). The left and far left in American psychoanalysis: Psychoanalysis as a subversive discipline. *Contemporary Psychoanalysis*, 52, 1: 111-129 (trad. it.: La sinistra e l'estrema sinistra nella psicoanalisi americana: la psicoanalisi come disciplina sovversiva. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2020, 54, 4: *529-548.* Al termine dell'articolo (pp. 545-547) vi è un *Post Scriptum* aggiunto dall'Autore il 19 ottobre 2020, con alcuni aggiornamenti.

Sandler J. (1976). Countertransference and role responsiveness. *International Review of Psychoanalysis*, 3, 1: 43-47 (trad. it.: Controtransfert e risonanza di ruolo. In: Albarella & Donadio, 1986, pp. 189-197).

Searles H.F. (1975). The patient as therapist to his analyst. In: Giovacchini P.L., editor, *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Therapy. Vol. II: Countertransference*. New York: Aronson, 1975, pp. 95-151.

Silberschatz G. & Bugas J. (2005). How patients coach their therapists. In: Silberschatz G., editor, *Transformative Relationships. The Control-Mastery Theory of Psychotherapy*. New York: Brunner-Routledge, 2005, cap. 9, pp. 153-167.

Stone L. (1954). The widening scope of indications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 4: 567-594 (trad. it.: L'ampliamento del raggio delle indicazioni per la psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane,* 2000, 34, 3: 107-121 [I parte], e 4: 121-139 [II parte]).

Strachey J. (1934). The nature of the therapeutic action in psychoanalysis. *International Journal Psychoanalysis*, 15: 127-159 (ristampa: *International Journal Psychoanalysis*, 1969, 50, 3: 275-292) (trad. it.: La natura dell'azione terapeutica della psicoanalisi. *Rivista di Psicoanalisi*, 1974, 20: 92-126 Sullivan H.S. (1940). *Conceptions of Modern Psychiatry*. New York: William Alanson White Psychiatric Foundation (trad. it.: *La moderna concezione della psichiaria*. Milano: Feltrinelli, 1961).

Sullivan H.S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton (trad. it.: *La teoria interpersonale della psichiatria*. Milano: Feltrinelli, 1962).

Wallerstein R.S. (1969). Introduction to panel on psychoanalysis and psychotherapy: the relationship of psychoanalysis to psychotherapy – Current issues. *International Journal Psychoanalysis*, 50, 1: 117-126.

Wallerstein R.S. (1988a). Psychoanalysis and psychotherapy: Relative roles reconsidered. *Annual of Psychoanalysis*, 16: 129-151.

Wallerstein R.S. (1988b). Letter to the Editor. *The New York Times*, December 24

Wallerstein R.S. (1989). Psychoanalysis and psychotherapy: An historical perspective. *International Journal Psychoanalysis*, 70, 4: 563-591 (vedi un riassunto in: Migone, 1995, pp. 75-79 ediz. del 2010).

Wallerstein R.S. (1990). Psychoanalysis and psychotherapy (2 letters to the Editor). *International Journal Psychoanalysis*, 1991, 72, 1: 161-164, 165-166.

Wallerstein R.S. (1993). *Psicoanalisi e psicoterapia*. Milano: FrancoAngeli.

DOI 10.53262/caleido.7.2025.26-53

Parole chiave

Nella Guidi; Merton M. Gill; Analisi del transfert; Differenza tra psicoanalisi e psicoterapia; Teoria della tecnica psicoanalitica; Definizione di psicoanalisi

Keywords

Nella Guidi; Merton M. Gill; Analysis of transference; Difference between psychoanalysis and psychotherapy; Theory of psychoanalytic technique; Definition of psychoanalysis

Autore

Paolo Migone è condirettore della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* (www.psicoterapiaescienzeumane.it). Si è formato in psichiatria e psicoanalisi in Italia e negli Stati Uniti. Tra le altre cose, ha fondato le sezioni italiane della *Society for Psychotherapy Research* (SPR) e della

Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI), ed è membro dell'*editorial board* del *Journal of the American Psychoanalytic Association* e di *Psychological Issues*.

Recapito: Via Palestro 14, 43123 Parma, tel. 0521-960595
e-mail <paolo.migone@unipr.it>.

Sintesi

Viene discussa la concezione dell'"analisi del transfert" di Merton M. Gill e approfondito il problema della differenza tra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica, mostrando come sia indispensabile partire da una prospettiva storica e sociologica per comprendere gli sviluppi della psicoanalisi e il modo con cui si è costruita la identità della psicoanalisi. Vengono presentate in dettaglio le posizioni di Merton Gill dei primi anni 1980, che si sono modificate rispetto a quelle da lui stesso sostenute una trentina di anni prima. La revisione operata da Gill coinvolge gli stessi criteri intrinseci della psicoanalisi, riscoprendo le intuizioni fatte da alcuni pionieri della psicoanalisi vari decenni prima (Sullivan, Alexander, Fromm-Reichmann etc.), e permettendo di ampliare i limiti della applicazione della psicoanalisi rimanendo coerente con il principio teorico della centralità della analisi del transfert.

Abstract

Merton M. Gill's conception of "analysis of transference" is discussed, and the problem of the difference between psychoanalysis andpsychoanalytic psychotherapy is explored, showing how it is essential to have a historical and sociological perspective in order to understand the developments of psychoanalysis and the way the identity of psychoanalysis was contructed. Merton Gill's positions of the early 1980s are presented in detail; these positions have changed compared to those he himself had thirty years earlier. Gill's revision involves the intrinsic criteria of psychoanalysis, rediscovering the intuitions made by some psychoanalytic pioneers several decades earlier (Sullivan, Alexander, Fromm-Reichmann, etc.), and allowing the limits of the application of psychoanalysis to be expanded while remaining consistent with the theoretical principle of the centrality of the analysis of transference.

DOI 10.53262/caleido.7.2025.26-53

"Lavorare sotto i bombardamenti del Super-Io"
Psicoterapia psicodinamica intensiva esperienziale:
Sviluppi dell'Istdp (Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy)

Imerio Tonelli

"*Gli unici fatti degni della nostra attenzione sono quelli che introducono ordine in questa complessità e così facendo ce la rendono accessibile*"
H. Poincarè

Integrazione psicoterapia psicoanalitica e ISTDP

Molto tempo dopo, davanti a Giovanni che fischietta entrando nel mio studio, mi torna in mente il liceo. Nell'estate in cui ho finito il ginnasio ho conosciuto *"Introduzione alla psicoanalisi"* di Freud, un libro che giaceva tra altri, nella libreria dei miei genitori. Leggerlo fu una rivelazione; le idee sul futuro, fino ad allora confuse, divennero chiare: mi sarei iscritto a psicologia e avrei fatto lo psicoanalista. Sognavo di aiutare le persone che stanno male a cambiare la loro vita in modo profondo eliminando i sintomi della loro sofferenza, arrivando alle radici dei loro conflitti più profondi, promuovendo così un cambiamento duraturo e strutturale. Giovanni, insieme ad altri pazienti, mi ha riportato con la mente al liceo e a cosa mi motivasse con tanta forza a scegliere questa professione. Giovanni è un giovane uomo sulla trentina che chiede il mio aiuto perché bombardato da pensieri intrusivi e "voci nella testa", collocate spazialmente alla sua destra, che riconosce come un dialogo interno disturbante che lo aggredisce con ogni genere di angheria: "*Dovresti essere massacrato di botte!*", "*Dovresti morire!*" "*Hai lavorato male, ora perderai tutto!*". Il suo esame di realtà è integro e nonostante questi e altri pensieri invasivi, quali l'obbligo a studiare tassativamente ogni sera sette pagine, pena una colpa che disturberà il sonno, ha un buon funzionamento generale e riesce a mantenere relazioni sociali e personali significative seppur gravate dagli stati di angoscia. Durante le sedute del primo anno di lavoro abbiamo compreso come queste voci nella testa fossero memorie di esperienze passate. Quando era un bambino, per futili motivi, la madre lo massacrava di botte e lui, nel tempo, identificandosi con l'aggressore, internamente ripeteva questa relazione oggettuale in cui guardava sé stesso e trattava sé stesso nello stesso modo in cui era stato trattato. Giovanni inizialmente non

DOI 10.53262/caleido.7.2025.54-77

ricordava questi episodi; questi sono riemersi durante il lavoro di psicoterapia e confermati poi dalle sorelle che avevano assistito a queste violenze. La seduta che mostrerò in questo scritto mostra la sua evoluzione realizzata in terapia e diverse e meno gravi declinazioni del super Io, ora meno pervasive ma non meno minacciose per la sua vitalità. In questo momento, tra la metà del primo ed il secondo anno, Giovanni, pur libero da questi pensieri, evidenzia uno specifico tema relazionale: "*Ho diritto ad avere una mente separata dall'altro?*".

Giovanni è stato un inconsapevole compagno di questa fase di trasformazione professionale appresa nei miei anni di formazione al Centro Studi Martha Harris, secondo il modello Tavistock, e dal mix che questo modello aveva prodotto con l'esperienza delle mie due analisi personali, la prima Junghiana di qualche anno e la seconda, Freudiana, più lunga e ad alta frequenza, durata 8 anni. In questa fase del mio sviluppo professionale ero arrivato ad una posizione privilegiata: tecnicamente, a detta dei vari supervisori e insegnanti, procedevo bene; loro erano soddisfatti del lavoro che facevo e io ero gratificato dalla loro stima e amicizia. Sentivo tuttavia che internamente qualcosa restava in sospeso, non mi sembrava che i pazienti migliorassero in modo consistente, così ho iniziato a domandarmi se fosse possibile aiutarli di più, cercando nuove strade dato che le vecchie (il tripode psicoanalitico: teoria, analisi e supervisione), li avevo praticati con passione e diligenza per quasi 20 anni. Così, ho deciso e iniziato ad allontanarmi dal conosciuto e anche dall'idea che la guarigione fosse un effetto collaterale dell'analisi del transfert e dei processi mentali o che l'esclusiva esperienza di contenimento del terapeuta avrebbe prodotto nel tempo una corrispondente capacità contenitiva nel paziente. Questo è stato un momento emotivamente difficile perché temporaneamente, oltre alla mia identità professionale, ho dovuto allontanarmi anche dal gruppo di riferimento e dalla cultura che condividevamo. E come avvenne al liceo, è arrivata una seconda epifania foriera di nuova chiarezza: quello che volevo era sempre aiutare le persone in un modo profondo, aiutarle a cambiare la loro vita, contribuendo così in una piccola parte a rendere il mondo un luogo più umano, non essere uno psicoanalista per sé. Percorso dal desiderio di trovare una strada che unisse la mia passione e la mia fiducia nelle scoperte della psicoanalisi al desiderio di aiutare le persone, ho accettato la possibilità di allontanarmi dalla psicoanalisi. Inizialmente

avevo l'impressione di uscire dalla porta di servizio del mio gruppo di riferimento, senza far rumore, con tristezza, come quando un amore si esaurisce e non si può far altro che raccogliere i pezzi; nel corso del tempo si è sviluppato un desiderio di andare a vedere cosa c'era fuori dal mio ambiente professionale, a conoscere quelle terapie che prevedano anche un lavoro "bottom-up", dando rilevanza pratica alla dimensione corporea e anche a come il corpo sta nella relazione transferale; ebbene a distanza quasi 10 anni, ho realizzato che quella che mi sembrava la fine di una storia era l'inizio e quella che sembrava l'uscita era invece l'ingresso principale per una nuova comprensione della psicoanalisi. È stato possibile integrare la comprensione profonda dei processi psichici che la psicoanalisi offre alla posizione terapeutica e al lavoro attraverso il transfert. L'inizio è stato difficile: alcuni colleghi che prima mi apprezzavano hanno apertamente criticato la direzione del mio lavoro, altri invece, in un modo più moderato lo hanno guardando con diffidenza, cercando di annettere il nuovo al già conosciuto, eliminando le differenze e le peculiarità, con un po' di quell'aristocratica presunzione che ha chi guarda il rame quando possiede l'oro. Fortunatamente non tutti hanno preso una posizione dogmatica, alcuni si sono avvicinati con curiosità, informandosi, chiedendo e visionando insieme i video del lavoro clinico. Non è facile cambiare prospettive, non lo è per nessuno, non lo è stato neanche per me; un momento di crisi, il cambiamento catastrofico, destrutturante di cui ha parlato Bion.

Se negli anni della formazione mi era stato insegnato cosa fossero le difese, cosa fosse il contenuto latente, l'importanza di osservare le mie reazioni controtransferali e gli enactment non mi era stato insegnato come lavorare in modo specifico su questi aspetti. Avevo adesso bisogno di trovare una strada che mi aiutasse a trovare un "come", una declinazione fattuale, che prevedesse strumenti sia "top-down", che partono dal pensiero per raggiungere l'emozione, l'impulso e il corpo, agli interventi "bottom-up", che partono dall'esperienza corporea per arrivare ai processi cognitivi e all'elaborazione. Un modello in grado di espandere la mia capacità di lavorare in modo psicodinamicamente orientato. Ho svolto così nel 2017 il primo master annuale sull'ISTDP, un'infarinatura importante, che mi ha condotto poi a fare il "Core Training" triennale alla IEDTA (International Experiential Dynamic Therapy Association).

Da qui è cominciato il mio lavoro di integrazione tra psicoterapia psicoanalitica e ISTDP. Il gruppo internazionale di terapeuti di

DOI 10.53262/caleido.7.2025.54-77

orientamento dinamico esperienziale è stato inclusivo e accogliente e ciò mi ha permesso fin da subito di confrontarmi con diverse realtà teoriche, lavorative e culturali che hanno apportato un arricchimento personale e professionale enorme. Lavorando con colleghi provenienti da diverse parti del mondo, sono entrato in contatto con Jon Frederickson, insegnante della scuola di psichiatria di Washington d.c. e autore di numerosi best sellers "*Co Creating Change*", "*Co Creating Safety*" e molti altri tra cui la sua ultima pubblicazione "*Clinical Thinking in psychotherapy*" e questo incontro ha iniziato a dare forma, sostegno e organizzazione a un lavoro di integrazione che avevo iniziato da solo. Questa è stata la terza e ad oggi ultima epifania.

Da quattro anni sono in un gruppo di supervisione con lui e nel tempo ho avuto la fortuna e l'onore di essere invitato da Jon Frederickson, insieme a un piccolo gruppo di colleghi italiani, al programma "training for trainers" in cui forma gli insegnanti e i supervisori. Oggi ho il privilegio di vedere da diverse inclinazioni il suo modo di lavorare: con i pazienti, nella supervisione con i colleghi e durante le ore di insegnamento teorico. Il lavoro con Jon Frederickson mi ha permesso di riunire l'anima psicoanalitica classica al modello dell'ISTDP e di creare quello che ad oggi è il Core Training Triennale in cui insegno questo modello di psicoterapia. Questo è il punto in cui mi trovo oggi. Per chi desidera conoscere di più può consultare il sito *www.istdpnordovest.it* dove ci sono informazioni dettagliate sulle attività di formazione. Entriamo ora più dentro al modello.

Cosa è l'ISTDP?

È un modello di psicoterapia ideato da Habib Davanloo che si basa sulla teoria dell'attaccamento e su un corpus centrale di concetti psicoanalitici (transfert, controtransfert, resistenza, difese, ansia, enactment). Davanloo era uno psichiatra e psicoanalista che proveniva da un retroterra psicoanalitico importante, ha fatto il training e l'analisi personale con Helene Deutsch, analizzata direttamente da Freud, analisi che ha dovuto interrompere, per lasciare spazio all'"uomo dei lupi", poi proseguita con Abraham. Oltre che a Davanloo, Helene Deutsch è stata analista anche di Foulkes, padre della gruppoanalisi.

Senza dubbio la vicinanza a Helene Deutsch ha condizionato Habib Davanloo nella sua teorizzazione relativa al lavoro sulle difese caratteriali e la formulazione di quella serie di interventi raccolti nella sua "*sequenza dinamica centrale*", marchio di fabbrica del "*Modello Standard*"

dell'ISTDP, pensato e realizzato per i pazienti che ha chiamato "*altamente resistenti"*. Questo gruppo di pazienti era quello che aveva portato Freud (1937) a scrivere *"Analisi terminabile, analisi interminabile"*, presente nella pratica clinica di ogni analista e terapeuta legata alla difficoltà a superare la resistenza transferale. Questo tema, immagino, abbia ispirato il lavoro di Andrè Green sulla "posizione fobica centrale".

Davanloo ha condotto, all'interno dell'Ospedale Generale di Montreal, ricerche su 172 pazienti. Per sviluppare la sua ricerca iniziò, a registrare prima e a videoregistrare poi, le sedute, osservando e riguardando le videoregistrazioni per verificare quali interventi producevano dei progressi e quali invece degli insuccessi o lo stallo nella terapia. In 20 anni, quindi, lavora con grande dedizione su ogni incontro e studiando, secondo un metodo scientifico basato sull'osservazione dei dati, le risposte dei pazienti ai suoi interventi, la relazione terapeutica e i risultati conseguiti. Ogni volta che trovava un elemento capace di produrre un miglioramento lui lo ripeteva sistematicamente per testarne l'efficacia e per astrarre dall'osservazione dei principi generali. Una delle osservazioni più importanti fu quella che riguardava appunto la resistenza, laddove Freud aveva scelto come posizione terapeutica quella dell'ascolto neutrale e la "regola fondamentale" della combinazione attenzione liberalmente fluttuante/ associazioni libere; Davanloo invece, ogni qual volta il paziente mostrava segni di resistenza, prendeva una posizione più attiva, aumentando temporaneamente l'ansia e gli stati emotivi nel paziente, e iniziando a lavorare sulle difese che il paziente via via erigeva per ridurre l'attivazione interna. Lo scopo era portare il paziente alla consapevolezza del proprio funzionamento psichico e del tipo di transfert che si stava realizzando con lui. Questo modo di procedere sistematico, militaresco nei termini usati da Davanloo ("challenge": sfida alla difesa, "head on collision": scontro frontale con la resistenza) ha portato taluni a vedere l'Istdp come un insieme di tecniche e non un insieme di principi; ciò purtroppo, secondo il mio punto di vista, ha portato molti a mal interpretarla e con ogni probabilità anche a far perdere credibilità a questo valido approccio.

L' Istdp più che insieme di tecniche è un insieme di principi che guidano gli interventi del terapeuta. Il lavoro è focalizzato sempre sul "qui e ora" ed ha come base l'osservazione della risposta del paziente. Usando le parole di Jon Frederickson "*l'osservazione della risposta del paziente come dato che aiuta il terapeuta a comprendere di quale intervento successivo quel paziente ha bisogno.*

DOI 10.53262/caleido.7.2025.54-77

Il paziente è il vero supervisore del terapeuta. Io solamente vi aiuto ad ascoltare il vostro vero supervisore" (comunicazione personale 2022). Rispetto al termine "breve" dell'acronimo ISTDP ricordo con piacere un dialogo epistolare con Paolo Migone in cui mi scrisse che sarebbe stato più utile distinguere tra terapeuti bravi e non tra terapeuti brevi o non brevi, in quanto tutte le terapie hanno la direzione di essere efficaci nel minor tempo possibile; concordo con il suo punto di vista. Per questa ragione preferisco parlare di Psicoterapia psicodinamica intensiva esperienziale come un modello in grado di accelerare in modo significativo il percorso psicoterapeutico, affrontando quelle trappole e quegli enactment, che portano molte terapie in stallo o ad allungarsi indefinitamente, lasciando i pazienti per più a lungo in uno stato di sofferenza che è possibile evitare.

Metapsicologia dell'ISTDP

La metapsicologia su cui si poggia è quella della teoria dell'attaccamento. Facendo una grande semplificazione possiamo immaginare questa situazione prototipica: ogni legame madre/bambino è inevitabilmente soggetto a traumatismi, di diversa entità e dipendenti dal momento in cui le esperienze vengono vissute, il trauma relazionale infantile produce, nella mente ancora immatura dell'infante, una cascata di stati emozionali complessi e stati di angoscia che sovrastano la capacità del piccolo di contenerli. Oggi abbiamo nuove conoscenze, grazie alle prove empiriche offerte dalle ricerche di Allan Schore, sul ruolo dell'emisfero destro nella co-regolazione affettiva. Possiamo ora affermare la centralità della capacità della diade caregiver/bambino di contenere questi stati interni. L'infante è costretto a far fronte a questa esperienza attraverso l'uso di difese, non potendo appoggiarsi su una relazione sufficientemente buona, deve appoggiarsi sul proprio sistema difensivo e costruisce in questo modo, a seconda della severità della situazione di sviluppo, la sua struttura di personalità.

Questa organizzazione interna produce sintomi e le conosciute forme di psicopatologia (ansia, depressione, panico, dipendenza, somatizzazioni, problemi interpersonali, psicosi, etc.). Proprio sul lavoro sulle difese Davanloo ha creato il modello standard dell'Istdp che era adatto solo al 25/30% dei pazienti: la popolazione degli altamente resistenti. E per tutti gli altri come avrebbe potuto lavorare? Questo sarebbe stato un sistema di esclusione e di reclutamento dei pazienti adatti al metodo? Davanloo ha sviluppato quello che oggi è conosciuto come "*Modello Graduato*" il cui

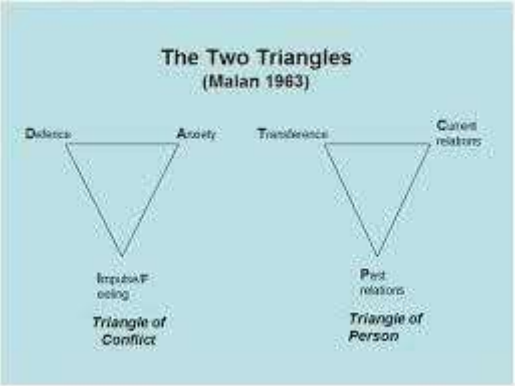
scopo è costruire preliminarmente le capacità dell'Io, quelle funzioni complesse che permettono di contenere stati interni disturbanti, condizione necessaria all'elaborazione dei contenuti emozionali consci e inconsci. I primi analisti e terapeuti che si sono formati con Davanloo hanno portato avanti la sua eredità scientifica contribuendo enormemente al suo sviluppo, tre su tutti: Allan Abbass, citato spesso nella letteratura scientifica, frequentemente da Nancy Mc Williams, per la validazione delle terapie psicodinamiche, autore del libro "*Reaching through resistance*" (In Italiano tradotto "*Superando la resistenza*"), Jon Frederickson autore di "Co-creating Change", "*Co-Creating Safety*", "*The lies we tell ourselves*", "*Clinical Thinking in psychotherapy*" e altre pubblicazioni, e Patricia Coughlin anche lei autrice prolifica ("*Lives transformed*" un libro scritto assieme a David Malan, psicoanalista della Tavistock).

I principi fondamentali dell'Istdp

Esistono fatti clinici elementari, trans teorici, presenti sia nella psicoanalisi che in altri modelli (CBT, DBT, EFT, terapia strategica, terapia famigliare, costruttivismo etc.) quali: pensiero, emozione, ansia, difesa, schemi di evitamento, impulso. Questi concetti costituiscono la nostra *conoscenza dichiarativa*: ciò che conosciamo. Il concetto base della teoria psicoanalitica, che unisce questi fatti clinici elementari in una prima organizzazione concettuale in grado di spiegare la causalità psichica, è il concetto di *conflitto psichico* che mette insieme una prima organizzazione di elementi e costituisce la nostra *conoscenza concettuale*. Il concetto di conflitto psichico deriva dalla seconda teoria dell'ansia di Freud in cui un trigger (fatti, situazioni, ricordi e anche sogni) mobilita dei sentimenti ambivalenti; l'opposizione di energie è una caratteristica della vita biologica e psichica che muovendosi verso la coscienza produce ansia, uno stato di allarme nel corpo che la persona regola utilizzando le difese. Le difese sono direttamente collegate all'organizzazione del carattere, ai sintomi e alla sofferenza della persona. David Malan ha avuto il merito di aver unito i due triangoli: quello delle persone di Menninger (1958) e quello dell'insight di Erziel (1952) per descrivere il modo in cui il conflitto può manifestarsi ed essere ascoltato dal terapeuta. Il primo triangolo è chiamato "*triangolo del conflitto*": sentimenti e impulsi conflittuali (vertice basso) producono ansia (vertice destro) che viene regolata attraverso l'uso delle difese (vertice sinistro).

DOI 10.53262/caleido.7.2025.54-77

Il secondo triangolo è chiamato "*triangolo delle persone*".



Triangoli di Malan

Nel triangolo delle persone il conflitto psichico può essere osservato nelle relazioni attuali (C), nel transfert (T) e rispetto alle relazioni passate (P). Quindi il lavoro del terapeuta si dirige costantemente, in modo sistematico, ai vertici del triangolo che sono in primo piano, nel qui e ora della relazione. Il risultato del lavoro persistente, porta il paziente altamente resistente a sbloccare sentimenti inconsci rimossi. Questo produce ciò che Davanloo ha chiamato "*breakthrough*": ciò che era sepolto ora può emergere e il paziente da qui inizia a fare spontaneamente collegamenti, nuove associazioni e parallelamente inizia a modificare la propria struttura difensiva: alcune difese non sono più necessarie e vengono sostituite da altre, più adattive, producendo uno stabile cambiamento strutturale.

Un altro contributo centrale di Davanloo è stato individuare le *vie di scarica dell'ansia inconscia*. Lui è stato precursore di quei modelli che integrano il lavoro top-down a un lavoro bottom-up. Ha individuato tre vie principali di scarica che indicano anche la severità dei livelli di ansia.

1) Ansia nel <u>Sistema Nervoso Somatico</u>. L'ansia è scaricata nella muscolatura striata, volontaria: Possiamo osservare il movimento delle mani, delle gambe, una certa tensione muscolare, il paziente sospira, può avere mal di testa da cervicali, dolori mestruali e fibromialgia.

2) Ansia nel Sistema Nervoso Autonomo. L'ansia si sposta nel *ramo simpatico* portando sintomi quali iperventilazione, piloerezióne, pupille dilatate, bocca secca, occhi secchi, mani fredde, la persona arrossisce, ritenzione urinaria e svenimento per iperventilazione. Mentre quando l'ansia si sposta nel *ramo parasimpatico* (più alto livello di ansia) abbiamo sintomi quali la riduzione del battito cardiaco, l'apnea, l'aumento della salivazione, gli occhi diventano lacrimanti, la pressione sanguigna inizia a diminuire, le mani sudano, compaiono nausea, diarrea, vomito, urgenza di urinare, emicrania da vasodilatazione, vertigine, stanchezza fisica e anestesia corporea.
3) Ansia nel sistema cognitivo-percettivo che è causato, tra altre cose, dall'abbassamento della pressione sanguigna porta il sangue a defluire dal cervello producendo l'annebbiamento del pensiero, stati di confusione, la perdita di nessi causali nel discorso, un impoverimento della memoria, la visione diventa offuscata o a tunnel, possono verificarsi casi ci cecità, fischio alle orecchie (acufene). Questo stato mentale crea il terreno in cui si verificano fenomeni quali la dissociazione, la scissione, la proiezione, l'identificazione proiettiva e le allucinazioni.

Quando l'ansia inconscia è scaricata nel Sistema nervoso somatico è autoregolata e contenuta, quando invece viene scaricata nelle altre vie, dal sistema parasimpatico del sistema nervoso autonomo, ha necessità di regolazione e l'intervento terapeutico deve rispondere a questa necessità. Questo è un primo grande spostamento tecnico: quando l'ansia è in primo piano, pertanto, si regola questo stato di inondazione psico-corporea attraverso uno specifico modo di stare in relazione al paziente e una serie di specifici interventi.

Davanloo quindi ha unito la conoscenza della psicoanalisi e del **sistema della resistenza**, che è sovrapponibile a quello della Mc Williams nel libro "La diagnosi psicoanalitica": a) isolamento dell'affetto (difese di ordine superiore); b) rimozione e c) difese regressive (difese di ordine inferiore) al lavoro sulle **vie di scarica dell'ansia**, promuovendo una relazione terapeutica che si adatti alle necessità del paziente, bilanciando un lavoro di decostruzione della resistenza (lavoro sistematico sulle difese prima e sul sistema di resistenza transferale poi) e di sintonizzazione con le necessità relazionali del paziente.

DOI 10.53262/caleido.7.2025.54-77

Questo complesso assetto interiore agevola l'emergere dell'alleanza terapeutica inconscia e via via indebolisce le difese permettendo alle forze interne nel paziente di trovare la strada che produce la guarigione.

UTA: Unconscious Therapeutic Alliance – L'Alleanza terapeutica inconscia

Si riferisce all'attività della parte costruttiva e vitale inconscia del paziente. È una forza che cerca la realizzazione del sé e della guarigione emotiva. Come specie abbiamo una naturale inclinazione alla relazione, alla connessione con l'altro ed anche alla guarigione.
La pulsione di vita per Freud, come dicono La Planche e Pontalis (par. 492 Vol. 2): *"Grande categoria di pulsioni che Freud contrappone, nella sua ultima teoria, alle pulsioni di morte. Esse tendono ad instaurare unità sempre più grandi e ad instaurare la coesione. Le pulsioni di vita, che sono designate con il termine Eros, ricoprono non solo le pulsioni sessuali propriamente dette, ma anche le pulsioni di autoconservazione"*.
Differenti psicoanalisti e psicoterapeuti parlano di questo elemento connaturato all'umano collegato alla vitalità psichica e alla tendenza alla guarigione: Davanloo (2002) parla della "volontà di salute come motore della terapia"; Symington (2002) come di un "principio di ripristino della propria integrità"; Nunberg (1955) "desiderio interno di guarire"; Bion (1970) "essere all'unisono con O, la verità della propria vita"; Rank (1930) "qualsiasi terapia va costruita sulla volontà"; Patricia Coughlin lo ha definito in modo efficace come una forza interna, una specie di sistema immunitario emotivo, Jon Frederickson, vicino alla posizione di Bion e al suo concetto di "O", ne parla come di un desiderio intrinseco del paziente di diventare tutt'uno con la verità della propria esistenza.

Giovanni

In questa fase è stato difficile sostenere momenti di incertezza, tollerare il "non sapere" e il "non capire", sostenere la propria capacità negativa (W. Bion) per uscire dall'enactment e poter continuare a pensare. Giovanni ora non ha più voci disturbanti, nel transfert mostra stati di ansia che gestisce con la compiacenza o con la sua capacità di intellettualizzare. Ora parla del figlio Enrico di 2 anni e del mentore, la persona che l'ha introdotto professionalmente nell'ambiente ortopedico. Nelle sedute precedenti Giovanni ha mostrato stati d'ansia eccessiva (bocca secca, occhi sbarrati e spaventati), proiettava su di me il suo desiderio di esplorare delle cose dolorose e poi temeva che io volessi esplorare qualche contenuto che lui invece non voleva affrontare, percependomi quindi come un oggetto intrusivo dal quale difendersi. Nel transfert veniva rappresentata la relazione con un genitore dominante/intrusivo dal quale avrebbe dovuto difendersi o potuto solo sottomettersi.

<u>Seduta 40</u>

P: (parla molto velocemente) "Comincerò col farti una riflessione, una cosa su cui ho pensato, ehm come ti dicevo, io ho detto a questo mentore che non avrei preso la sua clinica [*mostra una capacità assertiva che non aveva, descrivere ora una sua capacità lo allarma. Il "rapid speech" spesso è espressione di uno stato d'ansia.*] e all'inizio le cose sembrava andassero bene, adesso non dico che sono precipitate ma quasi."

T: "Noti come stai parlando veloce?" [*Portare l'attenzione del paziente sull'ansia ha lo scopo di creare una relazione di co-regolazione in cui dall'attivazione del circuito amigdala-ipotalamo attiviamo le aree corticali attraverso il pensiero, la riflessione e l'auto osservazione sostenendo e sviluppando le sue capacità dell'Io.*]

P: "Sì" (rallenta)

T: "Questo è un segno di ansia, cosa noti che succede dentro di te se rallentiamo? Dove noti quest'ansia nel tuo corpo?" [*Lo invito a continuare ad osservare il corpo per verificare se, oltre a portare l'attenzione su di sè è in grado anche di mantenere l'attenzione su di sé, facendo un assessment delle sue capacità dell'Io del momento*].

P: "Eh più che di ansia forse di tensione" T:

"Dove senti tensione nel tuo corpo?"

P: "Generalmente, come in questo caso, nello stomaco." *[Lo stomaco può essere un sintomo sia del SNA oppure potrebbe essere una descrizione di una contrazione dei muscoli addominali, è necessaria un'ulteriore investigazione per chiarire*]

T: "Mi descrivi cosa senti dentro il tuo stomaco?"

P: "Pesantezza come se avessi qualcosa di pesante nello stomaco"

DOI 10.53262/caleido.7.2025.54-77

T: "In che punto? Che dimensione ha? Proviamo a osservarla con attenzione". *[Continuo a sostenere le capacità dell'Io, la capacità di osservarsi e mantenere l'attenzione su di sé. Questo parallelamente ha lo scopo di costruire una relazione oggettuale di attaccamento sicuro in cui l'esplorazione degli stati interni avviene* ***mentre*** *si costruisce una capacità di contenerli*]

P: "Mi è venuta in mente un'immagine, i piombini che si usano per andare a fondo in apnea" [*La metafora dei piombini coincide con la sua esperienza fisica di questo momento di apnea causata dall'eloquio rapido]*

Giovanni ora è in grado di intellettualizzare, la sua ansia è regolata e racconta un episodio capitatogli al lavoro nella clinica: Il suo mentore, a parole, gli ha detto che non ci sarebbero stati problemi se avesse deciso di non rilevare la clinica al momento del suo pensionamento e che sarebbe stato sempre libero di scegliere cosa fare, ma, dopo essere venuto a conoscenza dell'intenzione di Giovanni di non rilevarla, ha creato un clima teso, parlando segretamente con alcune infermiere che poi lo hanno riferito a lui, in cui minacciava di fargli *"*tabula rasa*"* attorno da un punto di vista professionale.

Giovanni prosegue:

P: "Quando vado lì a lavorare sono molto teso e ho avuto anche un sincero dispiacere per questa persona che si sente delusa nei miei confronti per avergli detto di no [*La corretta causalità psichica sarebbe: il mentore (stimolo) rispondendo negativamente alla mia volontà mi ha deluso e io ho provato presumibilmente rabbia nei suo confronti, questi sentimenti mescolati alla gratitudine per aver investito professionalmente su di me mi hanno reso ansioso*] , allora, è successo mercoledì, no, forse lunedì, di andare in clinica e in tutto il tragitto che ho fatto per arrivare da casa mia a lì, mi sono creato un'immagine nella mia testa [*diniego del comportamento dell'altro attraverso la fantasia e la ruminazione ossessiva*], una storia totalmente inventata in cui io dico a questa persona: "No alla clinica" ma giustificata dal fatto che ho un cancro terminale e quindi immagino lui che capisce la situazione, anzi è dispiaciuto per me e io sto bene nel momento in cui io ho questo film in testa, sono molto sereno a un certo punto mi avvicino alla porta e mi dico vabbè adesso torna alla realtà allora ricomincia l'ansia, entro nello spogliatoio, comincio a cambiarmi e rifletto e dico: ma ti rendi conto che hai trovato più rasserenante una realtà in cui hai un cancro anzi che la realtà che hai adesso che stai bene? [*Riconosce la propria difesa: primo passo per rendere le difese sintoniche, distoniche*] Sei in forma puoi fare tante cose; eppure, ti crea più disagio questo che una realtà in cui devi morire perché hai una malattia seria e pensandoci mi è sembrato molto assurda come cosa!" poi aggiunge "il Piombino è un pochino tornato più pesante". [*Quando osserva la difesa metterla in discussione produce, come prevedibile conseguenza, un aumento dell'ansia. Mostra una buona capacità autoriflessiva e alleanza terapeutica quando descrive questi pensieri*]

T: “Quando dici quello che pensi si muovono dentro di te delle emozioni, queste emozioni ti rendono ansioso e ti creano questo piombo, quest'ansia dentro il corpo che attraverso questa fantasia calmi” [*Descrivo il suo conflitto psichico e aspetto di verificare se condivide questa ricostruzione*]
P: “Esatto”
T: “Esprimere il tuo bisogno ha creato delusione nel mentore che aveva un altro bisogno, il suo bisogno esatto?”
P: “Esatto. Poi vederlo deluso mi produce sentimenti pesanti, sono una zavorra dentro di me, sì questa zavorra in questi giorni è stata molto pesante e angustiante” [*Associa i sentimenti all’ansia ma non ancora alle difese, è in grado quindi di vedere solo parzialmente la successione della causalità psichica: emozioni conflittuali producono ansia che genera difese*].

Poi inizia a descrivere una trasformazione del piombino in una “zavorra”, una trasformazione simbolica che gli dà la sensazione di essere trascinato giù. [*Il termine zavorra è evocativo, metaforico, espressione della UTA ed è possibile ascoltarlo a multipli livelli: contenuto manifesto, contenuto latente e processo: la trasformazione della metafora descrive il lavoro di trasformazione che Giovanni sta facendo ora nella seduta; a livello di processo le sue associazioni approfondiscono e ampliano l’esplorazione piuttosto che inibirla e c’è un’evoluzione della capacità rappresentativa*].

T: “Quali sentimenti hai nei suoi confronti?” [*Invito a descrivere i sentimenti. Questo intervento è stato chiamato da Davanloo “pressure”, pressione, non presuppone un’immediata risposta. La sua funzione è rivolgere una domanda all’inconscio della persona, alla sua pre-concezione e dell’oggetto. Se fosse già in grado di rispondere, riconoscere, sentire i propri sentimenti, riconoscere la direzione degli impulsi e in grado di collegarli alle relazioni attuali e poi comprendere come queste siano intrecciate con il passato rimosso, non sarebbe in terapia. Questa domanda ha multiple funzioni: 1) incoraggiare il paziente ad una relazione di attaccamento sicuro, stimolando la sua alleanza terapeutica inconscia; 2) osservare quali risposte il paziente ha (descrive le emozioni, mostra ansia disregolata nel corpo? Mostra delle difese? Mostra un set di difese che lavora coordinato, la resistenza transferale); 3) valutare l’effetto del nostro intervento e modulare il nostro intervento successivo sulle necessità relazionali consce e inconsce del paziente.*]
P: “Ho un forte senso di colpa, perché penso, Madonna, l'ho messo in difficoltà, l'ho deluso, aveva delle aspettative” [*L’invito a descrivere i sentimenti ha mosso qui delle difese, la ruminazione ossessiva, il rivolgimento della rabbia verso il sé. Questo insieme di difese è compatibile anche con l’identificazione con l’aggressore, lui sta biasimando sé stesso così come è stato biasimato dal mentore*]

DOI 10.53262/caleido.7.2025.54-77

T: “Noti come mi inviti a immaginare lo stato psicologico del mentore che è deluso che aveva delle aspettative? [*Identifico la difesa dello spostamento e indirettamente l’Identificazione con l’aggressore*] e questo ci porta a ignorare il tuo stato interno? [*Mostro il costo della difesa*] cosa ti fa provare per lui che è deluso perché non vuoi esattamente quello che vuole lui?”
P: “Quello che provo a pensare [*difesa dell’intellettualizzazione*] questa cosa sono sensi di colpa, so che non è una cosa razionale”.
T: “Puoi provare a tollerare un po' di colpa per essere una persona diversa? Separata?”
P: “Certo sì, per me dire io voglio questo e tu vuoi quello, mi provoca colpa come se non andasse bene che io desidero qualcosa che non desideri tu, siamo d'accordo su questo” [*Comprende cognitivamente ma non sta ancora elaborando emotivamente questo tema affettivo poiché un argomento centrale della sua organizzazione non sta mobilitando ansia, sospiri, movimenti del corpo, etc.. E’ possibile che stia utilizzando la difesa della compiacenza, coerente con la posizione transferale passiva, sottomessa.*]
T: “e che cosa ti fa provare Il fatto che lui ti induca a sentirti in colpa per avere delle idee e progetti tuoi e non avere i suoi progetti?”
P: “Non ho mai pensato a questa cosa. Cosa mi fa provare Il fatto che lui avesse dei piani diversi? Rabbia, delusione [*Nomina il sentimento inconscio della rabbia che ora è diventato consapevole*]”.
Torna alla colpa per aver deluso il mentore. La colpa qui ha una funzione difensiva. È il prodotto dell’identificazione con l’aggressore che sostituisce il sentimento di rabbia, è diversa dalla colpa depressiva che nasce da sentimenti di amore e dal desiderio di riparare l’oggetto danneggiato. Quindi nel prossimo intervento viene affrontata come una difesa, per la sua funzione, e non come una emozione centrale (*core emotion*).
T: “Quali emozioni ci sono sotto questa colpa?”
P: “Mi viene da provare una sorta di, diciamo, tra virgolette, distacco, della serie ti ripeto, pazienza abbiamo piani diversi le nostre vite andranno comunque avanti, mi sta sulle scatole dover lavorare in un ambiente teso”. [*La sua risposta conferma l’ipotesi che sia una difesa e avendo affrontato questa, Giovanni ne usa un’altra, il distacco, del sistema dell’isolamento dell’affetto e riesce a contenere lo stato emergente “mi sta sulle scatole” attraverso l’uso della difesa della minimizzazione*]

Inizia a parlare di risentimento mostrando un aumento dell’intensità affettiva; gli viene in mente la figura di Smeagol del Signore degli Anelli e dice: “E’ un personaggio che ha una doppia personalità e che nelle persone incute pena e tristezza e allo stesso tempo odio da volerlo ammazzare” (inizia a sorridere). [*Altra associazione espressione dell’alleanza terapeutica inconscia perché consente l’emergere, all’interno della sua frase, dello stato emozionale inconscio odio da volerlo ammazzare.*

Queste parole e il sorriso di disagio indicano che ora questi sentimenti viaggiano più rapidi verso la coscienza, si trovano nel preconscio].
Qualche minuto più avanti…
T: "Questo è il modo in cui tu hai imparato a evitare di entrare in conflitto nelle relazioni che hanno un valore, in questo caso è un valore contestuale professionale"
P: "Esatto"
T: "Il fatto che il mentore rappresenti una persona che ai tuoi occhi ti avrebbe dovuto aiutare a crescere da un punto di vista professionale è una persona che fa più o meno come fa tuo padre, cioè, che dice - ok a oggi basta soldi, non vi do più soldi, se la mettete così, non siete d'accordo con me, io non vi do più soldi, vi arrangiate! -". [*Faccio un collegamento tra il triangolo del conflitto e il triangolo delle persone formulando una prima ipotesi interpretativa collegata ad un'esperienza che lui ha raccontato*]
P: (Sospira) "That's it!" [*il sospiro indica sia che la sua ansia inconscia è regolata poiché si trova nella muscolatura volontaria, striata ed anche che il mio commento ha toccato aspetti emotivi inconsci che lo hanno prodotto. È possibile proseguire l'esplorazione emotiva*]
T: "Hai dei sentimenti pesanti che ti stanno tirando giù, questi sentimenti nei confronti degli altri, ma stai cercando di proteggere gli altri, qui me, il mentore là e tuo padre nel passato dai tuoi sentimenti pesanti. Questo è il modo con cui stai male, cioè, dirigere tutta questa negatività contro te stesso [*interpreto il transfert e metto in parole il suo conflitto perché lui lo veda con chiarezza mostrandogli il prezzo di questo sistema difensivo, questo intervento ha lo scopo di rendere ego distoniche le difese ego sintoniche*] come se tu dicessi : "E' giusto se io non sarò il desiderio che tu vuoi che io compia, allora è giusto che io non esista, come se Enrico (figlio) non farà tutto quello che io voglio [*uso un tono che rappresenta l'oggetto dominante a cui è sottomesso*], sarà una delusione"
P: "No, non metterò mai Enrico in questa condizione (la sua voce trema) perché lo voglio liberare da questa cosa, e tu… (esplode, colpendo con un rapido pugnola propria mano) vaffanculo Imerio! Porca troia!" [*Qui ha accesso alla rabbia nei miei confronti, è coinvolto e riesce a contenere subito la scarica verbale mostrando di riuscire a tollerare un'alta attivazione dei sentimenti nel transfert*]"
T: "Come verrebbe verso di me questa rabbia?" [*Questo invito a mostrare la direzione dei suoi impulsi mira a permettergli un'esperienza emotiva dell'affetto e dell'impulso. Le emozioni (Darwin e Pasksepp) hanno tre elementi: 1) cognizione dell'emozione; 2) esperienza somatica dell'emozione; 3) tendenza all'azione. Quando questi tre elementi sono sperimentati in terapia dal paziente la persona è stata in grado di avere un contatto profondo e pieno con l'affetto inconscio prima scisso o rimosso.*

DOI 10.53262/caleido.7.2025.54-77

Questo intervento inoltre ha un'importante implicazione relazionale: "E' possibile costruire un attaccamento sicuro, tutto quello che è in te ha diritto di esistere e possiamo dargli spazio"]. Mi fa un gesto di aspettare con la mano, un gesto che ascolto, inizia a piangere singhiozzando per cinque minuti, esprimendo un grandissimo dolore all'immagine del figlio e ricordando quello che lui ha vissuto nel passato. Aspetto che l'emozione esca completamente poi dico:
T: "Come ti senti? "
P: "Non ho più peso sullo stomaco".
A questo punto, dopo che Giovanni ha avuto accesso ai sentimenti di rabbia e dolore che erano sepolti sotto le difese, l'interpretazione estesa del suo vissuto e del suo conflitto ha una forza, un auto evidenza e verità, un "insight", che è una presa di coscienza da dentro, piuttosto che un "outsight" in cui condivide l'interpretazione del terapeuta. Adesso vede come il rapporto con il mentore (vertice C del triangolo delle persone) e con me nel transfert (vertice T) fosse collegato ai sentimenti di rabbia che gestiva attraverso la compiacenza (triangolo del conflitto) e l'identificazione col padre (vertice P del triangolo delle persone).

.

Qui sotto uno schema riassuntivo su diversi livelli di strutturazione del Super Io: valutare la gravità della patologia e la riorganizzazione della struttura dopo il lavoro di psicoterapia

Spettro psicodiagnostico

Paziente resistente

---------- ----------*

Bassa Media Alta

Spettro Nevrotico

----------- - - - - - - - - - - - - - -* Paziente fragile

Leggera Moderata Severa

Spettro Depressivo

Spettro Borderline

Spettro Psicotico

DOI 10.53262/caleido.7.2025.54-77

Gradi di patologia del Super Io

Salute - ------- Molto grave	Leggera	Moderata	Grave
Coscienza Etica Senso di responsabilità Identificazione con oggetto equilibrato Capacità di sentire colpa riparatoria Accettazione di sé stessi e compassione Vivere una vita coerente con i propri valori Capacità di mantenere il conflitto intrapsichico	Tratti di perfezionismo Critica e Autocritica Pensieri ossessivi Capacità di tollerare la colpa L'autocritica conduce a sentimenti depressivi	Auto-Attacco Identificazione con l'aggressore tollerabile Identificazione con l'oggetto della propria rabbia tollerabile Critica le proiezioni giudicanti poste sugli altri Le proiezioni producono stati di ansia paranoide	Sentire Voci nella testa Per evitare un grave auto attacco si produce Scissione e Proiezione Identificazione con l'aggressore Identificazione con l'oggetto della propria rabbia Proiezione del Super Io [Esame di realtà non è completamente compromesso]	Proiezione del Super Io [Perdita esame di realtà] Deliri Allucinazioni

<u>Seduta 70 del 5/2/25</u> *(un anno dopo)*
A distanza di un anno è cambiata l'organizzazione caratteriale. Pur mantenendo in questa seduta una posizione transferale passiva in cui mi invita a essere più attivo di lui. L'aumento dell'attività del terapeuta può avere plurime manifestazioni come l'aumento delle domande e dei commenti, la produzione di interpretazioni intelligenti che il paziente ingurgita e in questo caso, contribuisce a creare la resistenza transferale che si struttura nell'enactment. Giovanni mi invita a incarnare il ruolo di un terapeuta onnipotente che *sa già ciò di cui lui ha bisogno*. La sua posizione è edipica, quella del bambino che non "tira fuori" pensieri, bisogni o idee dominato da un'angoscia di castrazione. Sulla base di questa valutazione clinica, per uscire dall'enactment, prendo una posizione contro proiettiva in cui lascio completamente a lui ogni commento, ogni movimento. La comprensione di questo pattern relazionale guiderà il mio ascolto e la direzione dei prossimi interventi terapeutici che riporto qui sotto.

Dopo 10 minuti, dice:
P: "Ho sognato un'altra poesia di cui purtroppo però ricordo sempre solo un pezzo -*…fioriranno rose a luglio e sarà un clamore di…*- e non si sa più cosa c'è dopo. Ho passato tutta la domenica a cercare di capire cosa fosse, cosa volesse dire visto che sono andato a cercare in che mese dell'anno fioriscono le rose; le rose fioriscono a maggio non a luglio, poi il pomeriggio ero con Enrico e mentre stavo con lui mi è venuta l'illuminazione. Enrico è di luglio! E quindi potrebbe essere quello, il significato è fioriranno rose, quindi una cosa bella a luglio, e sarà un clamore di non si sa cosa però insomma una festa una gioia. Tutto questo per dirti che mi sono sentito molto soddisfatto di me stesso [*mostra orgoglio per la sua capacità analitica e riflessiva, sta mostrando anziché nascondendo o proiettando la capacità su di me*]. Cioè o meglio, mi viene da ringraziare il mio inconscio perché è come se mi venisse in aiuto quando dico, non riesco, sono stanco e però sento che c'è qualcosa dentro che vorrei esprimere poi effettivamente quando dormo mi capita diverse volte che i sogni mi vengano in grande aiuto: sarebbe ancora più bello se riuscissi a ricordarli interamente. [*Si ascolta l'interferenza di un'istanza critica che tuttavia non sta impedendo di mostrare la sua soddisfazione*]

Ora nuovamente mi invita a prendere la direzione, essere la persona capace di pensare, di associare e lui, di conseguenza, accodarsi e sottomettersi alla mia presunta superiore conoscenza dei suoi processi interni. Mi accorgo di questo possibile enactment così resto fermo e continuo a rimandare a lui la direzione della terapia, frase dopo frase.

T: "Quali sono le difficoltà che senti che ti sono rimaste?"
P: (Resta in silenzio un minuto) "Allora diciamo che non è che ci sono delle difficoltà, sento che ci sono, cioè in realtà in questo momento non sento un

DOI 10.53262/caleido.7.2025.54-77

cazzo [*La parolaccia indica un rapido aumento dell'ansia e una difficoltà a contenere stati interni disturbanti*], però so, perché l'ho pensato nei giorni scorsi, che ci sono delle cose che voglio esplorare, che voglio capire oppure tu dici che deve esserci per forza una difficoltà?" [*Proietta nuovamente su di me la sua capacità riflessiva*] T:" No [*Blocco la sua proiezione*], però se non c'è una difficoltà non sapremo quale è lo scopo del tuo esplorare."
P:" Ok siamo tornati al punto di partenza possiamo cominciare intanto col cercare di capire perché io abbia questa difficoltà nel cercare di focalizzarmi su sul punto di partenza" [*Mostra consapevolezza del sistema difensivo che lo porta a nascondere le proprie difficoltà*]
T: "Come se ci fosse un meccanismo che ti porta a nascondere quali sono i tuoi bisogni" [*Valido la sua interpretazione*]
P: "La mia risposta istintiva è la pigrizia mentale, nel senso che se che se poi entro all'interno di qualcosa che potenzialmente può farmi stare male o anche solo necessitare di uno sforzo riflessivo mi affatica" [*Consapevolezza della posizione transferale passiva, il timore che qualcosa di doloroso possa emergere fa capolino*]
T: "Affascinante no? Perché è come se stessimo preparandoci a costruire una relazione in cui uno dei due sarà molto coinvolto e attivo, l'altro molto passivo e a traino" [*mostro il suo transfert passivo*]
P: "Spiegati un secondo, molto passivo a traino saresti tu?" [*Non comprende il mio commento. Non ho chiarito sufficientemente la posizione transferale perché possa riconoscerla meglio*]
T: "Sembra un modo che ha a che fare col coinvolgersi o il non coinvolgersi come se tu prendessi una posizione non coinvolta oggi"
P: "Perché può essere così secondo te? [*Proietta passivamente la sua capacità di pensare sul terapeuta*] La stanchezza e la pigrizia di una seduta può essere un fattore? "Cioè può essere una delle ragioni?" [*Difesa dell'intellettualizzazione*]
T: "Può darsi che tu stia invecchiando (ironico, entrambi ridiamo)" [*Mi riferisco a un suo commento di inizio seduta in cui parla della sua stanchezza da invecchiamento. La battuta ha lo scopo di non offrirgli una spiegazione psicologica, riproducendo l'enactment terapeuta saggio/paziente incapace, e creare una tensione interna perché lui risponda alle proprie domande*]
P: "Mi è venuta in mente questa cosa su cui ogni tanto rifletto e che mi sta molto sulle scatole, il fatto che almeno cinque/sei volte al giorno stavo pensando alla nostra relazione [*consapevole del transfert*] quando vedo una persona al lavoro; la prima cosa che mi dice è che mi odia, questa cosa sta cominciando veramente a starmi sulle scatole, quando vedo un paziente mi dice - io ti odio eh? - prima ancora di iniziare, odia la categoria. L'ho sempre presa a ridere però ultimamente mi sta cominciando a stare sulle scatole questa cosa, ogni tanto mi immagino di rispondere anch'io ai pazienti perché sicuramente non è un bel modo di iniziare una seduta, capisco perfettamente quello che vuol dire il paziente, in quel

contesto probabilmente prova paura e quindi odia la categoria diciamo e poi il paziente cosa fa con te? Si lascia fare controvoglia le cose di cui ha bisogno".
T: "E cosa succede oggi?"
P: "Però non ho detto che ti odio"
T: "E' vero non l'hai detto, dici che sei qua come un paziente spaventato di sentire male"
P: "Sì è vero, trasportandolo quello che succede a me la difficoltà forse per te doppia perché come se fossi l'ortopedico e dicessi al paziente - Inizierò a lavorare solo quando tu smetterai di avere paura- Come cazzo fai? E allora potremmo passare tutta la seduta dall'ortopedico a cercare di tranquillizzarti, a dirti che le cose andranno così e cosà ma non cambierà la cosa nella maggior parte dei casi almeno" [*Riconosce il prezzo della posizione transferale passiva e ostinata*].
In questo stralcio di seduta Giovanni mostra nuove capacità dell'Io. La gravità del Super Io si sposta dall'asse borderline della fragilità all'asse della resistenza in cui la persona affronta aspetti della propria esperienza interna senza la necessità di scindere e proiettare perdendo l'esame di realtà. Questo cambiamento ha portato ad una sua maggiore soddisfazione professionale e a un parallelo avanzamento di carriera, a partecipare a un corso di teatro e a scrivere poesie che pubblicherà; la sua vita relazionale adesso gode di un'intimità maggiore e sente nel ruolo di padre amore e protezione per Enrico. Una delle sue ultime considerazioni, in un momento di pieno affetto e dolore, è stata quella di aver realizzato che la sua famiglia di origine ha avuto molti traumi generazionali (suicidi, violenze fisiche e psicologiche) e pensando che ora, attraverso la psicoterapia e il suo impegno, che lo sta portando ad essere un genitore libero emotivamente, lui spezzerà un incantesimo, la ripetizione di un trauma alla generazione successiva.

Conclusioni

In una cornice psicodinamica, il lavoro sulla risposta del paziente attraverso i principi dell'ISTDP ha permesso la ristrutturazione del sistema difensivo e delle capacità dell'Io in un paziente che si presentava con una grave patologia del Super Io, con un livello di sviluppo Borderline che sentiva delle voci nella testa. Mantenere il focus sulla struttura difensiva, mentre parallelamente viene monitorata la capacità di contenimento dell'ansia disregolata, rende possibile vivere un'esperienza terapeutica non ri-traumatizzante ma un'esperienza emotiva correttiva (Sandor Ferenczi, Franz Alexander, Peter Fonagy, Clara Mucci), creando una relazione di attaccamento sicuro in cui si realizza un campo dinamico in cui la guarigione è possibile. Nella situazione descritta è stato necessario costruire

DOI 10.53262/caleido.7.2025.54-77

preliminarmente alcune capacità dell'Io: osservarsi, portare attenzione sugli stati emozionali interni, attenzione al proprio corpo, sviluppare così la capacità di mantenere l'attenzione, di comprendere la differenza tra stati diversi del sé per arrivare a conoscere la corretta causalità psichica. Questo ha promosso la distonia rispetto al sistema di difese e di resistenza transferale agevolando lo sviluppo di un contenitore più solido e flessibile in cui sono presenti funzioni riflessive e accudenti.

Nel mondo l'integrazione tra diversi modelli di psicoterapia è in corso, molti dati scientifici stanno cambiando il nostro modo di lavorare, arricchendo la nostra cassetta degli attrezzi. Il tipo di lavoro mostrato è un'elaborazione personale dei principi dell'ISTDP e del lavoro di Jon Frederickson. Non è ancora possibile conoscere gli sviluppi, le potenzialità che altri terapeuti riusciranno a sviluppare attraverso la propria storia, le proprie competenze e l'importante background psicoanalitico che ci è stato consegnato da chi ci ha preceduto, quali imprevedibili direzioni prenderanno le psicoterapie psicoanalitiche. Aspettiamo con curiosità e fiducia il futuro.

Bibliografia

Abbass A., 2018, *Superando la resistenza, Padova,* Cleup Editore.
Coughlin P., 2017, *Maximizing Effectiveness in Dynamic Psychotherapy, New York,* Routledge.
Davanloo H., 1997, *Il terapeuta instancabile,* Milano, Franco Angeli Editore.
Davanloo H., 1987, *Psicoterapia dinamica a breve termine*, Roma, Armando Editore.
Frederickson J., 1999, *Psychodynamic Psychotherapy,* New York, Routledge.
Frederickson J., 2013, *Co-Creating Change,* New York, Seven Leaves
Frederickson J., 2017, *The lies we tell ourselves*, New York, Seven Leaves.
Frederickson J., 2021, *Co-Creating Safety,* New York, Seven Leaves.
Frederickson J., 2025, *Clinical Thinking in psychotherapy*, New York, Routledge.
Freud S., 1937, *Analisi terminabile e interminabile,* Opere, Volume 11. Milano, Bollati Boringhieri.
Laplanche J. e Pontalis J-B., 1993, *Enciclopedia della psicoanalisi* vol 2, Roma, Editori Laterza.

Kuhn N., 2014, *Intensive short-term dynamic psychotherapy: a reference.*, Experient publications.
Mc Williams N., 1999, *La diagnosi psicoanalitica,* Roma, Casa Editrice Astrolabio.
Migone P., 2021, *La terapia psicodinamica è efficace?* Milano, Franco Angeli Editore.
Schore A.L. , 2022, *Psicoterapia con l'emisfero destro*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Parole chiave

ISTDP, Ansia inconscia, Transfert, Alleanza terapeutica inconscia, Enactment, Resistenza, Accesso ai sentimenti inconsci

Key words

Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy, Unconscious anxiety, Transference, Unconsciuos Therapeutic Alliance, Enactment, Resistence, Breakthrough

Autore

Imerio Tonelli è uno psicologo psicoterapeuta di formazione psicoanalitica (modello Tavistock). È terapeuta, insegnante e supervisore in Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy. Lavora sia privatamente che al Servizio delle dipendenze di Aulla nella provincia di Massa Carrara.
Dottor Imerio Tonelli, via Cerri, 35 Aulla (MS)-www.istdpnordovest.it

Sintesi

In questo articolo viene descritto un percorso parallelo, quello personale come terapeuta che si è avvicinato all'ISTDP (Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy), il lavoro di integrazione tra modelli, attraverso la mia personale formazione psicoanalitica, e quello professionale nel lavoro con un paziente che soffriva di una forma grave di patologia del super Io che, come sintomo, aveva una voce nella testa che gli diceva: "Dovresti essere massacrato di botte!". Il lavoro di psicoterapia inizialmente si è focalizzato sull'elaborazione di memorie traumatiche che ha prodotto la scomparsa dei sintomi proseguendo poi più stabilmente sul lavoro nel transfert; in una seconda parte è affrontato il ruolo della

DOI 10.53262/caleido.7.2025.54-77

compiacenza che il paziente, nel passato, ha dovuto assumere per nascondere e preservare le proprie capacità e vitalità da un ambiente sofferente e disfunzionale per mantenere le relazioni significative, che si è presentata nella relazione terapeutica. Attraverso la sbobinatura delle sedute videoregistrate è stato possibile osservare un cambiamento strutturale: da un iniziale livello borderline di sviluppo in cui predominano tematiche legate all'abbandono e all'intrusione, in una persona traumatizzata che mostra scissioni, proiezioni, dissociazione primaria, identificazione proiettiva e compromissione transitoria dell'esame di realtà, si passa nel corso della psicoterapia a raggiungere un funzionamento all'interno del livello nevrotico dello sviluppo, in cui predominano ora tematiche edipiche e triangolari, con un esame di realtà integro e in cui le varie identificazioni patologiche con i propri oggetti interni sono in corso di elaborazione, sulla via del tramonto, verso la strada del ricordo.

Abstract

This article describes a parallel path, the personal one as a therapist who approached ISTDP (Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy), the work of integration between models, through my personal psychoanalytic training and the work with a patient who suffers from a severe form of superego pathology that, as a symptom, had a voice in his head that told him "you should be beaten to death!". The psychotherapy work initially focused on the processing of traumatic memories that produced the disappearance of the symptoms, then continuing more steadily on the work in the transference; in a second part, the role of compliance that the patient, in the past, had to assume to hide and preserve his own abilities and vitality from a suffering and dysfunctional environment to maintain significant relationships, which was presented in the therapeutic relationship, is addressed. Through the transcription of the videotaped sessions it is possible to observe a structural change: from an initial borderline level of development in which themes related to abandonment and intrusion predominate, in a traumatized person who shows splitting, projections, primary dissociation, projective identification and transitory impairment of reality testing, one passes in the course of psychotherapy to reaching a functioning within the neurotic level of development, in which oedipal and triangular themes now predominate, with an intact reality testing and in which the various pathological identifications with one's internal objects are in the process of being elaborated, on the way to sunset, towards the road of memory.

Il cinema alla ricerca dell'identità: tra psicoanalisi ed ermeneutica

Giuseppe Martini

Come il cinema ha affrontato il problema dell'identità nei diversi periodi storici? Come ha descritto quella frammentazione dell'identità su cui tanto hanno riflettuto la filosofia, la psicoanalisi e la letteratura del XX° e del XXI° secolo? E ancora: la descrizione per immagini della frammentazione dell'identità è per caso esitata anche nella frammentazione del cinema? Detto in altre parole: come essa si è riflessa sulla tecnica cinematografica?

Vorrei far precedere questa riflessione da una breve premessa nel corso della quale illustrare la cornice teorica entro cui si muove la mia riflessione e, in tal modo, giustificarne il sottotitolo. Soprattutto vorrei fare riferimento a due concetti: l'inconscio filmico e il cinema eminente. L'uno è debitore alla psicoanalisi, l'altro all'ermeneutica.

Nel libro che ho appena pubblicato in italiano, dal titolo *L'inconscio filmico* (Martini, 2024), ho cercato di proporre un modo diverso di disporsi alla visione di un film e di apprezzarne il *piacere del testo* che ne può derivare. Punti di partenza sono le nuove concezioni della psicoanalisi, relative all'inconscio non rimosso, al sogno, alla traduzione; gli apporti della filosofia ermeneutica, con particolare riferimento a simbolo, narrazione e traduzione; e infine i contributi di teorici del cinema (i formalisti russi [1971], Barthes [1970], Deleuze [1985], Metz [1968], Pasolini [1965], Tarkowskij [1986]), dell'arte (Henry [1988]) e della letteratura (Ricoeur [1983-1985], alla cui ermeneutica è riservata una attenzione particolare).

Il tema che cerco di sviluppare nel libro è soprattutto relativo alla ricezione del film. Cosa succede allo spettatore (da un punto di vista emotivo e trasformativo) quando guarda un film?

Cominciamo dunque col considerare le posizioni che questi può assumere.

Spesso si va al cinema con l'idea di uno spettacolo di intrattenimento o per lasciarsi trasportare da emozioni intense, che magari finiscono col "mettere a riposo" il pensiero, nella misura in cui attivano piuttosto conflitti psichici, difese e pulsioni che momentaneamente prendono

DOI 10.53262/caleido.7.2025.78-91

possesso dello spettatore grazie ai processi di identificazione. La posizione che prevale è di *reazione emozionale*.

Una visione più distanziata fa a sua volta del film materia di un *lavoro interpretativo* e analitico (operazione che rimane basilare e ineludibile). Ma le interpretazioni, indipendentemente dalla loro raffinatezza, in quanto esercizio intellettuale e spesso pre-testuale, non infrequentemente si rivelano riduttive rispetto alla intraducibilità dell'immagine: l'immagine ha un qualcosa in più che sfugge a ogni definizione: Barthes (1970) lo chiama il *senso ottuso* perché è liscio, sfuggente.

Forse proprio per tal motivo, il grande cinema è anche capace di attivare una terza via: la *trasformazione emozionale*. Questa nasce soprattutto nel dialogo tra l'opera filmica e l'inconscio non rimosso dello spettatore. L'inconscio, quale luogo dell'irrappresentato, presenta infatti un potenziale che consente lo sviluppo di rappresentazioni creative e simboliche, delle quali l'opera cinematografica funge da levatrice.

Ciò accade in quel luogo della mente che ho chiamato *inconscio filmico*. Questo è il primo dei due concetti, la cui esposizione richiede però una premessa relativa a come è cambiato il concetto di inconscio nella psicoanalisi contemporanea. Mi riferisco al passaggio dall'idea di inconscio rimosso, sicuramente prevalente sia nel pensiero di Freud sia nella teoria psicoanalitica fino agli anni '60-'70, a quella di inconscio non rimosso. Come noto, con inconscio rimosso si intende l'insieme di tutte quelle fantasie ben definite e ben rappresentate nella realtà psichica del soggetto che sono state soggette alla censura della coscienza e dunque rimosse, e a ragione di ciò sono diventate inconsce. L'inconscio rimosso lo possiamo agevolmente cogliere nel lavoro del sogno, laddove il tempo non esiste e i processi di pensiero assumono una modalità del tutto particolare che viene chiamata *processo primario*: un pensiero che non è soggetto alle leggi della logica, come già le aveva poste Aristotele. Qui non vige il principio di non contraddizione: ad es., possiamo sognarci una figura che rappresenta contemporaneamente il padre e il figlio oppure che è contemporaneamente maschile e femminile. Insomma *a* è uguale a *non a*, la parte al tutto, etc. A questa idea di inconscio rimosso, che si combina nel testo freudiano con l'idea di preconscio, e che consente di porre una articolazione dinamica tra inconscio,

preconscio e coscienza, la psicoanalisi contemporanea dell'ultimo mezzo secolo e oltre ha affiancato l'idea dell'inconscio non rimosso o, come io preferisco chiamarlo, dell'*inconscio irrappresentabile*, che in non pochi autori ha addirittura prevalso per importanza sul primo. Con inconscio irrappresentabile intendo una dimensione magmatica in cui albergano sensazioni che non hanno ancora raggiunto lo statuto della rappresentazione (Martini, 2007; Busacchi e Martini, 2020). L'inconscio rimosso, pur ponendosi prima della contraddizione, implica fantasie che sono già rappresentazionali, già ben definite, ma che sono state allontanate dalla coscienza. Con inconscio irrappresentabile mi riferisco invece a una dimensione ancor più originaria, in cui la rappresentazione ancora non si è istituita. Non possiamo dire, in tal caso, che un'immagine onirica fonde il maschile e femminile, perché la rappresentazione stessa di maschile e femminile ancora non si è istituita. Pensiamo ad esempio a certe *quasi*-immagini che sorgono nel momento in cui ci addormentiamo: si tratta spesso di sensazioni molto informi che non riusciremmo assolutamente a descrivere, a mettere in rappresentazione. Poi magari, quando dormiamo profondamente, emerge un sogno caratterizzato da rappresentazioni oniriche ben più definite le quali ci consentono, al risveglio, di poterlo raccontare, anche se sempre in modo un po' difforme dall'originale per effetto della funzione narrativa della coscienza. Questo può essere un esempio semplice, di cui quasi tutti abbiamo esperienza, di una situazione in cui si mettono in gioco delle sensazioni che però ancora non riusciamo nemmeno a trasformare in immagini, e tanto meno a tradurre in una *rappresentazione di parola* come invece nel caso del sogno in cui invece è possibile il passaggio da una sensorialità informe, che fa pressione, alla rappresentazione per immagine e di qui alla rappresentazione di parola.

Ciò premesso cerco ora di illustrare cosa intendo per *inconscio filmico*.

L'inconscio filmico si genera a partire da un'*area di contatto* tra il film e i preesistenti vissuti dello spettatore, che ne vengono trasformati. Il film è infatti, al pari di tutte le arti, un generatore emozionale, ma in modo forse più intenso e specifico, nella misura in cui sussiste una indubbia affinità tra la rappresentazione cinematografica e la rappresentazione inconscia, affinità che si basa anzitutto sullo statuto immaginifico di ambedue. Nello spazio-tempo dell'inconscio filmico si

DOI 10.53262/caleido.7.2025.78-91

attivano processi che vedono entrare in gioco non solo la realtà storica, sociale e autobiografica dello spettatore, non solo i suoi conflitti (l'inconscio rimosso), ma anche un potenziale creativo che ancora attende di giungere a espressione (l'inconscio irrappresentabile). Il film può così fungere da stimolo nell'attivare la conversione delle sensazioni ancora informi e magmatiche in rappresentazioni.

Si viene in tal modo a creare un'area intermedia –uno spazio terzo o transizionale (per dirlo con le parole della psicoanalisi) - che favorisce uno scambio a duplice direzionalità tra sensorialità e pensiero. Così facendo consente l'emergere di un pensiero (ma anche, soprattutto, di una emozione, di un vissuto) *senza pensatore*, che sorge nello spazio della visione. Esso non appartiene al testo filmico, e forse inizialmente neppure allo spettatore. Il film presta, per così dire, le sue rappresentazioni a quanto è ancora irrappresentato nell'inconscio dello spettatore. Questi a sua volta trasforma profondamente le rappresentazioni (le immagini) di partenza grazie all'incontro con la sua propria preesistente materia emozionale, consentendo che nel suo spazio psichico emerga il *non ancora*.

Qui entra in gioco il secondo concetto: il *cinema eminente*. Il percorso di generazione e trasformazione emozionale, come sopra prospettato, è consentito soprattutto da quei film che ho chiamato, seguendo Hans Georg Gadamer (1970), *eminenti*, in quanto portatori di valori estetici o di una ricerca linguistica che consentono di collocarli nel campo dell'arte. Parafrasando quanto dice il filosofo con riferimento alla letteratura, potremmo dire: film che vogliono essere visti continuamente, anche se già compresi. Cinema eminente è dunque un modo diverso per definire quelle opere imprescindibili che hanno fatto e continuano a fare la storia della settima arte.

È possibile che cinema eminente e cinema commerciale attivino percorsi diversi nello spettatore: l'inconscio filmico si mette al lavoro in modo diverso. In un caso è sollecitato a una immaginazione creativa senza fine: c'è sempre un "di più", un intraducibile di arrivo che genera nuove interpretazioni e nuove emozioni. Nell'altro caso c'è una induzione di emozioni da parte del film (rabbia, odio, indignazione, commozione) che blocca la simbolizzazione. Ciò non toglie che alcuni film di valore possano ascriversi anche a questo secondo raggruppamento… altrimenti dove collocheremmo Eizenstejn, il

montaggio delle attrazioni e i suoi capolavori, a partire la *La corazzata Potëmkin* (1925)?

Tuttavia penso che un certo tipo di cinema, contraddistinto da una narrazione a carattere aperto, abbia una potenzialità maggiore nel generare nello spettatore una trasformazione emozionale, cioè nell'attivare la sua capacità simbolica. Vorrei allora prospettare un terzo concetto (peraltro ben noto nel campo della teoria del cinema) con cui chiudo questa mia riflessione.

Il cinema eminente è spesso un cinema di poesia. Cosa si intende con ciò? Tra i tanti autori che si potrebbero citare, vorrei riferirmi ad un ben noto regista italiano, Pier Paolo Pasolini (1965), che ne distingue due modalità: la prima è legata, come nella poesia propriamente detta, allo stile (assai diverso da quello del romanzo); la seconda è invece legata alle modalità del racconto (è "interna" al racconto), quand'anche il suo carattere sia propriamente narrativo.

Un altro grande regista (e teorico) del cinema di poesia è Andrej Tarkowskji, di cui propongo una citazione relativa al simbolo: «Il simbolo (io lo chiamo "immagine") è veramente tale solo quando esso è inesauribile e sconfinato nel suo significato, quando esprime […] qualcosa di inesprimibile […] i simboli sono indicibili e inspiegabili» (1986, p.98).

Riprendendo Roland Barthes (1970), potremmo dire, per concludere questa premessa, che è cinema di poesia quello in cui il senso ottuso prevale non solo sul significato denotativo (il senso manifesto), ma anche sul significato connotativo (i simboli e le metafore che il regista nasconde nel film).

Tenendo in conto quanto sopra, veniamo ora a focalizzare la riflessione sul tema dell'identità.

Non sarebbe azzardato affermare che il cinema nel suo complesso abbia da sempre strettamente a che fare con la tematica dell'identità, sì da rendere piuttosto arduo individuare singole opere che specificamente la tematizzino. Ciò non di meno risulta senz'altro vero che alcuni registi l'hanno posta con più evidenza alla base del loro lavoro.

A motivare un po' più in dettaglio il nesso coessenziale cinema-identità, troviamo due ordini di fattori. I primi sono legati senz'altro alla peculiare intensità dei processi di identificazione in gioco nella visione

DOI 10.53262/caleido.7.2025.78-91

del film. Gli altri sono invece d'ordine storico in quanto il cinema nasce, come la psicoanalisi, proprio nel momento in cui sembra affacciarsi con più insistenza quella incertezza identitaria che accompagnerà in svariate forme tutto il secolo XX°, sino a sfociare nel più radicale sfaldamento del post moderno.

Più interessanti ancora sono i fattori di carattere tecnico, che fanno riferimento alla specificità della relazione che si stabilisce tra l'opera e lo spettatore. Il riferimento è naturalmente all'intensità dei processi di identificazione che l'immagine cinematografica riesce ad attivare (spesso in modo palesemente intenzionale) grazie anche alla complicità di un rituale ben definito (l'oscurità e il relativo isolamento che si sperimenta nella sala cinematografica, in primo luogo)

Tuttavia, anche senza la complicità del suo spazio onirico, l'identificazione con un personaggio, o più genericamente l'immersione nella vicenda, riescono a soggiogare lo spettatore, venendone a disperdere (temporaneamente) l'identità quotidiana. Cecilia, il personaggio femminile di *La rosa purpurea del Cairo* (1985) di Woody Allen, lei stessa consumata spettatrice cinematografica, innamorata dell'eroe di cui segue le vicende sullo schermo, lo vede improvvisamente uscire da questo stesso per discendere "sulla terra" accanto a lei, rapirla e portarla nel suo mondo immaginario. In tal modo Cecilia esprime in forma esilarante questo percorso di disidentificazione (lo scollamento dalla realtà) e reidentificazione (illusionale), che mette in gioco un *mélange* di identificazioni proiettive e introiettive. Al tempo stesso, l'occhio dello spettatore introietta il personaggio, così come i fatti narrati, e nel contempo proietta sullo schermo i suoi desideri, così come aspetti parziali del proprio sé, attribuendoli ai protagonisti della pellicola e subito dopo recuperandoli attraverso l'identificazione con essi.

Potremmo iniziare questa nostra rapida escursione volgendoci agli albori della storia del cinema. Nel film *Caligari* (1920), una pellicola tipicamente espressionista, i processi di identificazione e identitari si intrecciano con una riflessione psicologica e nel contempo storico-culturale. E' particolarmente interessante la trasformazione che il film dovette subire, rispetto alla sceneggiatura originale, per mitigare la forte provocazione sociale che si temeva potesse produrre. La storia di *Caligari* è narrata in prima persona da un giovane che, sulle tracce di un illusionista da baraccone di cui ha intuito i crimini, riuscirà a

smascherarlo inseguendolo all'interno dell'ospedale psichiatrico di cui si rivelerà alfine essere il direttore. Il dottor Caligari, sotto la sua veste rispettabile di medico (e sotto l'identità fittizia di personaggio da fiera), ne cela una terza, quella di un malvagio manipolatore che mira, sulle orme di testi antichi, a ridurre in suo potere la mente umana tramite l'induzione di uno stato di sonnambulismo nel corso del quale fa compiere al suo complice-vittima efferati omicidi. Ma a tal punto va ricordata la trasformazione che il film dovette subire, rispetto alla sceneggiatura originaria, al fine di stemperare la forte provocazione sociale che ne sarebbe derivata. Infatti, il colpo di scena finale, non previsto dalla sceneggiatura iniziale, né voluto dal regista, bensì imposto dalla produzione, stravolge ancora le identità dei personaggi. Il giovane protagonista è in realtà un paziente dell'ospedale, affetto evidentemente da delirio persecutorio, mentre Caligari ne è sì il direttore, ma del tutto ignaro dei progetti diabolici che il narratore gli aveva attribuito e che ora con tutta evidenza si rivelano come sue fantasticherie deliranti. Occorre riconoscere come la conclusione del film, sebbene dettata da esigenze di normalizzazione sociale, giovi esteticamente e soprattutto rafforzi l'ambiguità e il gioco delle identità che coinvolge i due protagonisti. Ciò suscita nello spettatore un certo sconcerto che il finale, rassicurante sì da un punto di vista sociale, ma comunque inquietante nell'improvviso emergere della follia, rafforza più che mitigare. Rimane così aperto il dubbio sulla *reale* identità dei protagonisti che ora si rivelano, giusto un attimo prima del *the end*, così difformi da come li avevamo creduti.

Se, dopo l'Espressionismo, con un salto ventennale giungiamo agli anni Quaranta e Cinquanta, ritroviamo la questione dell'identità completamente trasformata. Da una parte, negli U.S.A., è il cinema *noir* che si incarica di tematizzare uno sfaldamento identitario le cui radici sono colte da un punto di vista sociale, culturale e psicologico, ma che finisce col produrre una più radicale (e trans-storica) interrogazione aperta sul baratro del vuoto esistenziale. I personaggi del *noir* per lo più non sono malvagi sino in fondo, bensì tormentati, angosciati, sino a trovare nel male, come demoni dostojevskiani, qualcosa cui aggrapparsi per non cadere nel vuoto e nell'indifferenziato. La dimensione della tragedia classica si coniuga in forma esemplare con la crisi esistenziale di metà Novecento in *Detour* (Ulmer, 1945), film che è «divenuto da tempo uno degli esempi più leggendari di B-movie […] costruito come

DOI 10.53262/caleido.7.2025.78-91

perdita di sé, percorso nel nulla e nell'insensatezza del mondo» (Venturelli, 2007, pp.124-125). In esso ritroviamo nelle forme più radicali la raffigurazione di un cinico connubio tra lo sfaldamento del sé e l'agguato del destino, pronto a insinuarsi in questo vuoto identitario per ghermire Al Roberts, l'inerme protagonista. Nelle ultime scene del film, questi, dopo l'involontario e bizzarro omicidio della donna che lo dominava in forma ricattatoria e tiranneggiante, vaga nella stanza di un motel, che viene descritta attraverso un efficace succedersi di inquadrature a fuoco/fuori fuoco di oggetti e dettagli, in sintonia con il suo vissuto. Come si apprende dalla voce interiore che accompagna il film: «vagavo per la camera sotto l'effetto dello shock. Tutto mi appariva come avvolto in una nebbia». Il monologo, una costruzione retorica tipica del *noir,* rimarca in tal caso la presenza del sé riflessivo del protagonista proprio nell'incombenza della tragedia destinata a frantumarne identità e destino.

Se con un altro salto arriviamo agli anni Sessanta e ci spostiamo in Europa, ci confrontiamo con la questione dell'identità ancora una volta significativamente trasformata. A dominare la scena sono gli interrogativi e la riflessione esistenziale nell'ambito di un cinema molto parlato e insieme filosofico, soprattutto con riferimento alla figura di maggior spicco dell'epoca, Ingmar Bergman. Il suo stile si caratterizza infatti per una costruzione (e soprattutto una decostruzione!) dell'identità attraverso il dialogo. Specie nei film più sperimentali, il regista unisce in uno stretto e inestricabile connubio la riflessione filosofica attraverso la parola narrante e quella sul mezzo cinematografico attraverso l'immagine. Ad es., in *L'ora del lupo* (1966) e in *Persona* (1966) le parole sono come frantumate impietosamente dalla forza delle immagini. La questione del soggetto è affrontata da Bergman in modo più intimo di come era stata posta dall'Espressionismo. Anche la figura del doppio non è esibita, sebbene insistentemente presente. Così in *L'ora del lupo*, il protagonista soffre di una vistosa sintomatologia allucinatoria, che prende man mano corpo all'interno dell'universo concentrazionario dell'isola. I suoi fantasmi vagano al confine tra realtà e irrealtà, in una continua sovrapposizione tra le due sfere, per giungere alfine anche a contaminare l'universo mentale della moglie. Nel corso del doloroso monologo finale, ella confida (al regista e agli spettatori), con lo sguardo rivolto alla

macchina, il timore che, vivendo a lungo con il proprio compagno e compartendo il suo modo di vedere le cose, possa arrivare a condividere anche i suoi fantasmi più terrificanti.

Il cinema a cavallo dei due secoli, in conformità con l'estatica del postmoderno, radicalizzerà ancor più questo percorso, facendo uso di soluzioni stilistiche finalizzate a mostrare l'implosione definitiva dell'identità. Tornano i temi del vuoto e del doppio, ma con una declinazione centrata sulla molteplicità del sé, nelle sue varianti più fluide e indefinite. Così, nel film di fine secolo *ExistenZ* (1998), David Cronenberg esplora i livelli della dissociazione adottando provocatoriamente, in un modo che alla luce della storia potrebbe apparirci ironico e agghiacciante, una tecnica "realista" con prevalenza di piani lunghi e piani americani, evitando invece quanto darebbe all'opera un carattere troppo introspettivo-psicologico (come ad es., focali deformanti, primi o primissimi piani). Il passaggio tra reale e immaginario è contrassegnato da un semplice stacco nel montaggio, quasi a segnalare la loro stretta interconnessione, come sequenze di un'unica storia (che prevede continui passaggi dal piano della realtà a piani virtuali di diverso livello tra loro interconnessi come matrioske). Così si esprime ad es., in un momento di sconforto, il compagno di Alegra, la protagonista principale: «procediamo improvvisando continuamente in questo informe mondo le cui regole e obiettivi sono sconosciuti, apparentemente indecifrabili, per non dire che forse nemmeno esistono, sempre sul punto di essere uccisi da forze di cui ignoriamo il senso». Diverse battute, nel corso del film, sottolineano questa situazione di angosciosa incertezza identitaria: «dove sono i nostri corpi reali: se avessero fame, se fossero in pericolo?»; «comincio a sentirmi scollegato dalla vita reale. Si può mettere in pausa il gioco?»; «non sono sicuro che qui dove siamo sia una situazione reale».

Ancora più esplicitamente connesso col tema della dissociazione psichica e del vuoto identitario è il film di David Lynch *Mulholland Drive* (2001), che torna a utilizzare il sogno con questa finalità. Tutta la prima parte della pellicola, di quasi due ore di durata, misteriosa e sconcertante ma non sprovvista in certo qual modo di una logica interna, risulta improvvisamente essere il risultato dell'attività onirica di una delle due protagoniste. Negli ultimi trenta minuti emerge il livello di realtà (cinematografica, s'intende), peraltro assai più frammentato del primo.

DOI 10.53262/caleido.7.2025.78-91

Il piano della realtà, infatti, è interrotto continuamente da salti temporali in forma di flashbacks, espressione degli angoscianti ricordi della protagonista Betty/Diane. Questi flashbacks assumono una dimensione allucinatoria ogni volta più esplicita, dilatando il breve periodo che intercorre tra il risveglio e il suicidio. A differenza della pellicola di Cronenberg, *Mulholland Drive* è molto introspettiva: la macchina da presa cerca di insinuarsi dentro i personaggi e sono frequentissimi tanto i piani dettaglio che i primissimi piani. La tecnica di ripresa e del montaggio è abbastanza esplicitamente al servizio di un intreccio labirintico delle identificazioni e di un massiccio utilizzo dei meccanismi di identificazione proiettiva.

Il tema dell'identità è anche centrale in due films blockbusters del nuovo secolo che presentano una certa omogeneità tematica di base, ma differiscono nello stile: *Inception* de Cristopher Nolan (2010) e *Shutter Island* (2010) di Martin Scorsese. Qui l'alterità è una condiziona che trapassa le frontiere della semplice dissociazione per convertirsi piuttosto in una estraneità radicale e irresolubile di cui (nel film di Scorsese) la follia viene ad essere metafora. Mentre il primo film rimane indefinito, senza una chiara conclusione, il secondo è coerente con la classica logica del thriller che impone il disvelamento finale; ambedue riprendono in certo senso il tema della dissociazione dei precedenti, ma sembrano testimoniare, in forma forse ancor più radicale, attraverso la dissoluzione della barriera sogno-realtà o tra i differenti stati del sé, quanto sia illusoria ogni possibile riflessione in merito all'identità.

Quel soggetto che in Bergman (come anche in grandi registi degli anni Settanta – Ottanta, quali Antonioni, Bertolucci, Zurlini, Wenders, Tarkowskij) era dolorosamente ripiegato nella constatazione della sua incompiutezza, ma cercava di frenare in ogni modo il proprio naufragio, ora non è più capace di autoriflessione, non trattiene più al suo interno un *cogito spezzato:* si è semplicemente dissolto.

Al tempo stesso, alla completa frammentazione del soggetto si accompagna la frammentazione dell'immagine cinematografica, la perdita di ogni logica lineare nella articolazione del racconto: il montaggio, elemento fondamentale della tecnica cinematografica, non serve più a articolare la narrazione, come nel cinema classico, bensì a smontarla, decostruirla. Non siamo più nel campo della narrazione aperta, bensì dell'antinarrazione.

Bibliografia

Barthes R. (1970), Sul cinema, Il Melangolo, Genova 1994
Busacchi V., Martini G. (2020), *L'identità in questione*, Jaca Book, Milano.
Deleuze G. (1985), *L'immagine-tempo*, Ubulibri, Milano 1989.
Gadamer H.G. (1960, 1972), *Verità e metodo*, Bompiani, Milano 1983.
Henry M. (1988), *Vedere l'invisibile. Saggio su Kandisky*, Johan & Levi editore, Cremona 2017.
Kraiski G. (a cura di) (1971), *I formalisti russi nel cinema*, Garzanti, Milano.
Martini G. (2007), *La sfida dell'irrappresentabile*, FrancoAngeli, Milano.
Martini G. (2024), *L'inconscio filmico*, Jaca Book, Milano.
Metz C. (1968), *Semiologia del cinema*, Garzanti, Milano 1968.
Pasolini P. P. (1965), Il «cinema di poesia», in Id., *Empirismo eretico*, Garzanti, Milano 1991.
Ricoeur P. (1983-85), *Tempo e racconto,* Jaca Book, Milano 1986-88.
Tarkovskij A. (1986), *Scolpire il tempo*, Ubulibri, Milano 2005.
Venturelli R. (2007), *L'età del noir*, Einaudi, Torino.

Filmografia

Allen W. (1985), *La rosa purpurea del Cairo*
Bergman I. (1966), *L'ora del lupo*
Bergman I. (1966), *Persona*
Cronenberg D. (1998), *EXistenz*

Eiz'enstejn S. (1925), *La corazzata Potëmkin*
Lynch D. (2001), *Mulholland Drive*
Nolan C. (2010), *Inception*
Scorsese M. (2010), *Shutter Island*
Ulmer E. (1945), *Detour*
Wiene R. (1920), *Il gabinetto del dottor Caligari*

DOI 10.53262/caleido.7.2025.78-91

Parole chiave

inconscio filmico, film eminente; identità

Keywords

filmic unconscious, eminent film; identity

Autore

Giuseppe Martini è psicoanalista della Società Psicoanalitica Italiana; è stato primario psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale Roma 1 ed ha insegnato presso le Scuole di specializzazione in Psichiatria di diverse Università italiane. Tra i suoi campi di interesse: i rapporti tra psicoanalisi e filosofia ermeneutica; psicoanalisi e cinema; psichiatria, psicoanalisi e narrazione; l'integrazione tra trattamento farmacologico e psicoterapico. Autore di circa 200 lavori, ha pubblicato diversi volumi, di cui si segnalano i più recenti: Le storie infrante (Roma, 2016), L'identità in questione (Milano, 2020) [in collaborazione con Vinicio Busacchi]; L'inconscio filmico. Il cinema tra ermeneutica e narrazione (Milano, 2024); Las trasformaciones de la identidad (Barcelona, 2025) [in coll. con V. Busacchi].
E-mail: giusmart1111@gmail.com

Sintesi

Come il cinema ha affrontato dalla sua nascita ad oggi la questione dell'identità? L'autore premette a questo interrogativo due concetti intorno ai quali ha focalizzato recentemente la sua riflessione: l'*inconscio filmico*, concepito come un'area di contatto tra il film e le emozioni dello spettatore, dotata della capacità di favorire la conversione di sensazioni ancora informi in rappresentazioni e il *film eminente*, inteso come un testo di alto valore estetico particolarmente capace di favorire una trasformazione emozionale. Successivamente, vengono presi in considerazione alcuni periodi della storia del cinema in cui il problema dell'identità si è posto con particolare rilievo: l'Espressionismo, il cinema europeo degli anni Cinquanta e Sessanta, il noir americano, il cinema post moderno. Emerge così un percorso che procede dalla messa in scena della incompiutezza del soggetto sino alla sua completa frammentazione; tale processo si traduce anche in una frammentazione dell'immagine cinematografica e in uno stravolgimento delle tecniche narrative.

DOI 10.53262/caleido.7.2025.78-91

Abstract

How has cinema addressed the question of identity from its birth to the present? The author prefaces this question with two concepts that he has recently focused on: *the filmic unconscious*, conceived as a point of contact between the film and the viewer's emotions, suitable for promoting the conversion of still-informed sensations into representations; and *the eminent film*, understood as a text of high aesthetic value particularly suitable for promoting emotional transformation. Subsequently, the author considers several periods in film history in which the question of identity has been particularly prominent: Expressionism, European cinema of the 1950s and 1960s, American noir, and postmodern cinema. Thus, a process emerges that proceeds from the representation of the person's incompleteness to its complete fragmentation; this process also produces a fragmentation of the film image and a disruption of narrative techniques.

DIALOGO CON IL DOTTOR IMERIO TONELLI

La Redazione di 'Caleidoscopio': buongiorno Imerio, vorremmo porti alcune domande in merito al tuo articolo che pubblichiamo su questo fascicolo 2025 di Caleidoscopio. Il tuo lavoro ci è sembrato molto interessante e completo anche da un punto di vista clinico. Alcune domande hanno a che fare soprattutto con la parte di elaborazione teorica. Vorremmo anche complimentarci con te per il coraggio che hai dimostrato nel portare avanti una tua linea di pensiero frutto delle numerose esperienze che hai fatto come ' training ' presso diverse scuole e con specialisti diversi nel loro approccio.

Passiamo dunque direttamente alle domande che ciascuno di noi ha posto:

Prima domanda. Hai esposto molto bene la tecnica di Davanloo: attacco alla resistenza del pz → attivazione interna → ansia → difese specifiche → analisi delle difese.
Giunti a questo punto mi chiedo se *l'attacco alla resistenza consenta al paziente di accedere ad una esperienza di transfert gratificante con il terapeuta o se egli abbia una possibilità di accesso al proprio conflitto realizzando una sorta di ' insight ' per proprio conto, mentre il terapeuta si limita ad osservarne la reazione cercando di comprendere ciò di cui il paziente ha bisogno.*

Risposta: Grazie per questa domanda che mi consente di fare una considerazione preliminare che riguarda il termine "attacco alla resistenza". Permettetemi una precisazione su questo termine. Attaccare implica un'azione forte del terapeuta sul paziente; quando parliamo di "resistenza" o "difese" ci riferiamo a costrutti e non a entità fisiche, pertanto, non possiamo attaccare o togliere qualcosa che non c'è. Forse questo termine spesso associato all'istdp cela l'idea di un terapeuta onnipotente in grado di smantellare il sistema difensivo, questo non è possibile. Il lavoro sulla resistenza transferale è piuttosto un lavoro di descrizione di ciò che attivamente il paziente fa o dice all'interno della relazione di transfert, nel tentativo di tenere lontana la relazione, che ha la potenzialità di evocare vecchie ferite e sentimenti ancora vivi. Questa descrizione della resistenza ha lo scopo di rendere consapevole il paziente di qualcosa che è al principio, per definizione, inconscio e quindi muovere quel sistema di difese che si organizza ora in un insieme organico, che definiamo resistenza di transfert.

Mentre descriviamo "i comportamenti osservabili o le parole del paziente" contemporaneamente invitiamo all'esplorazione di ciò che accade emotivamente nei confronti del terapeuta. Questo è ciò che Davanloo e Coughlin chiamavano "twins factors", la resistenza terapeutica da una parte e l'alleanza terapeutica inconscia dall'altra. Il lavoro combinato di questi elementi porta all'accesso dei sentimenti repressi e rimossi. È importante ricordare che questo tipo di lavoro si adatta ai pazienti resistenti e non ai pazienti fragili, in quanto i primi hanno la capacità appunto di resistere all'emergere dei propri stati interni, mentre i secondi, non avendo una struttura capace di contenere, sono costretti a scindere, proiettare, dissociare, avere deliri, allucinazioni, usare massivamente l'identificazione proiettiva etc.
Rispetto alla domanda se il lavoro sulla resistenza consenta di accedere ad un transfert gratificante la risposta è no. Il lavoro sulla resistenza produce inevitabilmente un transfert ambivalente: da un lato c'è un caldo apprezzamento per ciò che il terapeuta sta facendo e dall'altra nasce un disagio, un'irritazione che è prodotta dalla vicinanza. È come se il paziente dicesse (questo mi è stato detto 2 giorni fa da un paziente) "Come osi avvicinarti a me dopo tutto quello che ho sofferto?!".
Rispetto agli insight, questi sono sempre processi interni che nascono per proprio conto, se fossero il prodotto dei collegamenti del terapeuta forse sarebbe meglio chiamarli "outsight". Durante il processo il paziente ha molti insight. Per esempio: mentre il terapeuta descrive al paziente la resistenza della passività è molto comune che il paziente dica "Cavolo, realizzo ora che questo è proprio quello che mi dice mia moglie! Che resto in silenzio e lascio decidere tutto a lei! E poi lei si scoccia e non mi chiede più niente". Questi sono micro-collegamenti molto importanti. Il lavoro sulla resistenza non mira solo a questo, per quanto sia importante, ma mira all'accesso dei sentimenti rimossi, perché sono quelli che aprono l'inconscio dinamico. In questo caso dopo aver contattato emotivamente ciò che non era cosciente il paziente avrà altri e più significativi insight. Questo stesso paziente può collegare la passività all'esperienza con una figura di accudimento o alla sua identificazione con essa.
L'ultimo punto è assolutamente esatto. Una volta che il paziente ha un "insight" poi osserviamo il processo. Questo ha a che fare con la nostra capacità di ascoltare a multipli livelli di ascolto: 1) Contenuto manifesto; 2) Contenuto Latente; 3) Transfert; 4) Processo; 5) Enactment; 6) Controtransfert. In questo caso stiamo ascoltando il processo: cosa succede dopo un insight? La persona

può continuare ad esperire ciò che ha toccato o avviene un processo inibitorio? Associa liberamente e nascono altri collegamenti significativi o compare una resistenza? Quindi nasce una nuova difesa che dobbiamo affrontare immediatamente per agevolare l'elaborazione oppure l'aver avuto accesso al proprio mondo interiore ha creato uno stato d'ansia eccessivo che va regolato? Etc… Come si può capire, concettualmente le cose possono sembrare semplici, ma clinicamente è necessaria una solida formazione ed esercitazione per mantenersi liberi di ascoltare i messaggi inconsci che sono nascosti nelle risposte che il paziente offre.

Seconda domanda. Nel punto in cui ti riferisci alla teoria dell'Attaccamento, poni in rilievo la necessità di contenimento di Stati interni traumatici nel rapporto Care-giver/bambino. Il bambino, altrimenti, rischierebbe di "poggiare" la crescita della sua struttura di personalità su un sistema difensivo distorto o addirittura azzerato: *cogliere questo aspetto relativo al bisogno espresso dal bambino in che modo è correlabile ad attività piuttosto complesse da un punto di vista relazionale con il Care-giver, quali sono state interpretate da Winnicott e dall' 'Infant observation' ad esempio da Stern?*
...mi riferisco qui alla risposta materna di contenimento e di modulazione dell'onnipotenza del desiderio del bambino (Winnicott) e all'esistenza delle RIG secondo Stern. In ambedue i casi la posizione del bambino rispetto al Care-giver non esprimerebbe soltanto un bisogno ma anche una posizione attiva nelle aspettative riferite ad esso.

Risposta: Se comprendo correttamente la vostra domanda, mi verrebbe da dire che il bisogno del bambino non è espresso, lo deduciamo implicitamente dalle sue difese. Se un bambino evita di mostrare il proprio affetto possiamo vedere in questa sua difesa di evitamento e chiusura la sua storia relazionale: "Mostrare i miei sentimenti è stato rischioso, ho imparato che se nascondo il mio affetto non perderò le relazioni, la mia mamma e il mio babbo non si allarmeranno, non diventeranno ansiosi o si arrabbieranno per i miei bisogni emotivi". In questo caso, quando mi riferisco al cogliere il bisogno del paziente, mi riferisco al bisogno "del momento". Nell'esempio di sopra, il bisogno del momento del paziente è di renderlo consapevole della difesa dell'evitamento. Il contenimento del terapeuta si manifesta nella sua accettazione di ciò che via via il paziente porta e in una fiducia nella capacità potenziale del paziente di crescere e superare le sue difficoltà.

Rispetto alle RIG di Stern sono d'accordo, queste si possono manifestare come fenomeni transferali o come identificazioni della persona con queste esperienze interiorizzate. A seconda del contesto e della struttura della persona che abbiamo davanti avremo approcci e stili diversi, che tengano conto delle capacità di contenere e integrare.

Terza domanda. L'osservazione dettagliata degli stati emotivi così come l'hai proposta attraverso l'utilizzo delle vie di scarica dell'ansia (sistema nervoso somatico, SNA ecc.) non comporta nel terapeuta una scissione tipo ' scissione terapeutica dell'Io ', quale è stata teorizzata da Sterba, tra osservazione e partecipazione o esperienza? Le considerazioni di metodo sull'utilizzo di un ' modello graduato ' che comporti una particolare attenzione alla costruzione di una capacità dell'Io di sviluppare funzioni complesse che consentano di contenere stati interni disturbanti; ebbene *non credi che questo modello sia mutuato dalla Psicologia dell'Io e che in definitiva il modello che proponi sia ascrivibile a tale corrente della psicoanalisi?*

Risposta: Si, la funzione dell'Io del terapeuta è parte di ciò che ha descritto Sterba. Questa domanda è molto interessante perché come terapeuti transitiamo da momenti in cui la nostra capacità dell'Io e di osservare è funzionante ed è quella che ci permette di esprimere ciò che comprendiamo del paziente e del processo e altri momenti in cui il contatto tra inconsci passa prima dall'esperienza, a volte anche fisica, del terapeuta e solo dopo dalla capacità di osservarsi. Questo sarebbe l'uso del controtransfert una volta usciti da un enactment e dall'identificazione proiettiva.

Non ho una conoscenza approfondita della psicoanalisi dell'Io ma senza dubbio l'ISTDP ha una derivazione sia classica che della psicologia dell'Io, il lavoro sul conflitto psichico, il concetto di ansia e difese. Credo che si differenzi da quest'ultima rispetto al lavoro con i pazienti fragili e al lavoro somatico sull'ansia che è peculiare di questo modello psicodinamico.

Quarta domanda. *Ritieni possibile prendere in considerazione un ' desiderio inconscio di guarire ' da parte del paziente?* E se è così, *si tratterebbe secondo te di un desiderio strettamente legato e suscitato dall'Alleanza terapeutica, o potrebbe sussistere come desiderio autoctono nell'inconscio, nel senso teorizzato da Nunberg (1955)?*

Risposta: Questo è il tema che ho più caro in questo momento. La risposta è si, sono completamente d'accordo con quanto avete scritto. Esiste un desiderio del paziente di guarire e realizzarsi che insieme al lavoro con il terapeuta è il più grande alleato che abbiamo. Davanloo diceva "Will is the engine of therapy" riferendosi alla volontà del paziente, ma anche ad un suo sacro desiderio interno di autocura. Ogni intervento che facciamo su una difesa alimenta questo desiderio di guarire nel paziente che Davanloo ha chiamato UTA (Unconscious Therapeutic Alliance – Alleanza Terapeutica Inconscia). Non è strettamente legato alla costruzione dell'alleanza terapeutica perché lo precede ma ne è fortemente rafforzato perché nella fase di costruzione dell'alleanza terapeutica, generalmente le prime sedute, il lavoro focalizzato stimola questa forza innata che porta alla guarigione. Due considerazioni: 1- Le ricerche mostrano che se non si hanno miglioramenti nei primi 7 colloqui è molto probabile che non si avranno dopo anni di psicoterapia. Questo dà una misura di quanto sia importante costruire una solida alleanza terapeutica conscia. 2- Esiste ciò che aveva teorizzato la psicoanalisi, la pre-concezione dell'oggetto. Le ricerche, quelle di Trevarthen, Stern e poi il lavoro di Liotti hanno ulteriormente sottolineato un aspetto: come esseri umani siamo pre cablati alla relazione, alla connessione. Abbiamo un'organizzazione interna che ci predispone all'incontro e alla relazione con l'altro, dimostrando che abbiamo una conoscenza relazionale implicita che predispone all'attaccamento. Come dice Liotti, l'umano è primariamente intersoggettivo. Questo cambia la psicoterapia perché alla luce delle ricerche è difficile credere che esista un mondo intrapsichico isolato.

Un'altra componente della Redazione ha proposto le seguenti riflessioni e domande:

Quinta domanda. L'ISTDP si caratterizza come terapia originale con solide basi nella teoria dell'Attaccamento e nella Psicoanalisi stessa, a cui si affida per i concetti sostanziali. Si discosta però dal modello psicoanalitico classico proponendone uno in cui l'analista prende una posizione più attiva facendo pressione sul paziente. La componente psicoanalitica comunque c'è ed è manifesta nel lavoro sul transfert-controtransfert e anche nella citazione di concetti come " esperienza emotiva correttiva" e " campo dinamico ". Sembra però assente la riflessione sulla presenza del cosiddetto "setting deviante "

(Langs, 1986) costituito, in questo caso, nella sua componente materiale dall'introduzione dell'uso della videoregistrazione e nell'atteggiamento analitico decisamente attivo. Nel corso del tempo molte cose sono state osservate riguardo al setting, fino al punto di sottolineare come esso sia il principale agente terapeutico rispetto all'interpretazione, soprattutto nella patologia grave (Winnicott, Bion, i teorici del campo analitico etc.).

Come si comportano i terapeuti dell'ISTDP al riguardo? Nel tuo articolo, in effetti, appare chiaro che il paziente viene continuamente monitorato per valutare il suo grado di capacità contenitiva e ci si premura di costruire preliminarmente questa capacità dell'Io.

Risposta: Questa domanda è molto importante perché permette di guardare da diverse prospettive la questione del setting e dell'introduzione della telecamera. Nella mia esperienza ho sempre incontrato maggiore resistenza da parte dei colleghi di formazione psicoanalitica all'uso della telecamera rispetto ai colleghi che provengono da altri modelli proprio perché estraneo alla tradizione e al setting classico. Prima di entrare nell'argomentazione posso dire che la mia esperienza è che la telecamera sia più un problema per i colleghi che per i pazienti. Generalmente i pazienti accolgono di buon grado uno strumento che potrebbe aiutarli, portando una maggiore attenzione ed eventuali accorgimenti da parte del terapeuta. Quando si inizia una psicoterapia con la telecamera si spiega al paziente a cosa serve la telecamera (a rivedere i video per poter capire cosa è andato bene e cosa non ha funzionato per poter poi lavorare meglio), in che modo verrà usato il video (per la visione personale e per la supervisione e quando un paziente non accetta l'uso per la supervisione naturalmente viene rispettata questa sua volontà) e come vengono custoditi i dati personali (Hard disk criptati). Per i terapeuti invece è diverso, più complesso. Diciamo che inizialmente è uno shock vedersi nel video, ricordo la prima volta che ho visto il mio lavoro ho pensato "che disastro! Quante cose ho sbagliato! Questo paziente è molto sfortunato ad avere me se solo avesse il dottor X, Y, Z!". Questa non è un'esperienza solo mia, è l'effetto che ha rivedersi. Il nostro Super Io si prepara a un banchetto prelibato inizialmente. Nel tempo, questo invece ci permette di vedere come il nostro Super Io interferisce con il lavoro di psicoterapia, e questo avviene in una maniera incisiva e auto evidente. Questa riflessione mi porta a un pensiero che riguarda l'apprendimento del modello: essendo l'"Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy" una psicoterapia psicodinamica esperienziale anche il processo di apprendimento è esperienziale, non potrebbe essere altrimenti; si

alternano fasi di apprendimento teorico e della tecnica a momenti strettamente esperienziali in cui si fanno "skill building exercise" per costruire capacità, "role-playing", "deliberate practice", lavoro sui video e rielaborazione del processo di gruppo che hanno lo scopo di "incarnare" e "integrare" a livello emotivo e non solo cognitivo ciò che viene appreso.

Tornando alla domanda. La telecamera è una variazione del setting, una deviazione, si. Dal mio punto di vista questo non ha un'accezione negativa così come non ha un'accezione negativa la maggiore attività del terapeuta. Rispetto al ruolo prioritario del setting nel trattamento dei pazienti fragili le ricerche (Weinberg 1996) dicono che i fattori terapeutici più importanti sono:
1) Alleanza Terapeutica; 2) Terapia che permette di affrontare ciò che il paziente cerca di evitare; 3) Ridare speranza; 4)Aiutare il paziente a riconoscere il successo come il prodotto del proprio lavoro (Agency).
Non sono d'accordo con l'idea che un setting non deviante sia di per sé terapeutico. Questa domanda mi offre anche la possibilità di parlare del modo in cui il paziente vive la presenza della telecamera e di come questo ci aiuti sia nella diagnosi che nella cura; proprio grazie alla nostra formazione psicodinamica sappiamo che nell'inconscio del paziente la telecamera rappresenta il terapeuta, la diffidenza verso la telecamera è uno spostamento sulla telecamera della sfiducia e della paura del terapeuta. Una volta che abbiamo chiaro questo processo difensivo possiamo aiutare il paziente a esplorare preoccupazioni, rischi, dubbi e a creare un ambiente più sicuro e un setting più solido in cui è possibile accedere al proprio mondo interno. L'assenza della telecamera non previene o impedisce il transfert paranoide. L'anno scorso una collega mi ha detto: "Parlavo con un'amica psicoanalista e mi ha detto che la telecamera è un oggetto intrusivo che si installa nell'inconscio del paziente danneggiando il legame terapeutico e il trattamento". Questa della collega è un'ipotesi, ogni ipotesi è degna di essere considerata ma poi va messa alla prova della realtà, verificata. Nella mia esperienza e quella di altri colleghi i pazienti migliorano. Scherzosamente ho risposto alla collega che presentava questo dubbio "Per fortuna l'inconscio del paziente non se ne accorge e la persona guarisce lo stesso!"

Sesta domanda. *Come si tiene presente la raccomandazione di Eissler di analizzare il più precocemente possibile l'introduzione dei parametri?* Nel testo questi fattori caratterizzanti l'approccio ISTDP sembrano dati per scontati, ma in che modo potrebbero indurre una reazione di opposizione e/o

di sottomissione del paziente contrastando in tal modo l'azione terapeutica?

Risposta: L'indicazione di Eissler è valida quando avviene un cambiamento di setting in una psicoterapia in corso. Analizzare le reazioni del paziente è fondamentale per accompagnare nel processo di cambiamento di setting. Per esempio, quando sono passato dall'uso del lettino al " vis a vis" è stato necessario un tempo per elaborare questa variazione. Generalmente il contenuto latente del materiale del paziente aiuta enormemente a comprendere ciò che succede e a trovare modi per parlarne all'interno del setting. Rispetto ai nuovi pazienti questo problema non si pone perché nel contratto terapeutico è già proposto il setting con queste caratteristiche. L'osservazione del/della collega sugli effetti delle variazioni di setting sul paziente è importante, la risposta del paziente è un'informazione importante sulla sua organizzazione psichica. Se si sottomette, questo non avverrebbe senza telecamera? Se diventasse oppositivo non ci sarebbe oppositività in psicoterapia? Più materiale emerge più informazioni abbiamo e più strade abbiamo per aiutarlo. Facciamo un esempio: Il paziente diventa oppositivo o compiacente, inizialmente accetta e poi rifiuta tutto o accetta, sottomettendosi, ciò che il terapeuta propone? Potremmo portare questo elemento al centro dell'attenzione e lavorare su alcuni aspetti: il paziente si sente libero di esprimere la propria opinione? Questo è un "pattern" nella sua vita? Come possiamo verificare che questo è proprio ciò che vuole e non una posizione difensiva? A pensarci una psicoterapia di qualunque modello non può evitare questi temi, l'Istdp ha una strada su come lavorarci.

Un'altra questione è stata posta da una componente della redazione:

Settima domanda. *In definitiva, in ISTDP, quale ruolo occupa la regressione terapeutica?*

Risposta: Se pensiamo alla regressione come terapeutica ci stiamo riferendo a pazienti dell'area nevrotica e nell'Istdp occupa un ruolo fisiologico, la dimensione transferale produce un aspetto regressivo in quanto il terapeuta rappresenta altro al quale il paziente si relaziona senza mai perdere l'esame di realtà. Quando invece la regressione ha a che fare con l'area della fragilità l'approccio è quello di scoraggiare qualsiasi tipo di regressione, perché questo impedirebbe agli stati emotivi e corporei di essere elaborati e integrati.