**Dora Allegra, psicologa, psicoterapeuta**

**Il transfert, servirlo per servirsene**

 Freud[[1]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftn1)ci ha insegnato che “*se ci si inoltra nella teoria della tecnica analitica si giunge alla conclusione che la traslazione è un requisito necessario*”. Nel tempo si è anche compreso che il transfert, oltre ad essere un presupposto fondamentale, è soprattutto il più potente strumento della pratica analitica.

Il transfert non è una condizione creata dalla psicoanalisi, come si può evincere dall’osservazione di altri tipi di relazione medico-paziente in cui non si applichi un trattamento analitico; da Freud in poi, però, e solo nel trattamento analitico, il transfert ha trovato un posto e realizzato una funzione specifica nella conduzione della cura.

In “*Ricordare, ripetere e rielaborare*”[[2]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftn2) Freud scrive: «*Se il paziente è tanto compiacente da rispettare le condizioni indispensabili per la continuazione stessa del trattamento, ci riesce in genere di dare a tutti i sintomi della malattia un nuovo significato in base alla traslazione, facendo in modo che la normale nevrosi sia sostituita da una “nevrosi di traslazione” dalla quale il paziente può essere guarito mediante il lavoro terapeutico*». Lo sviluppo della nevrosi durante l’analisi costituisce un modello ideale del corso della cura: la nevrosi clinica viene trasformata in una nevrosi di transfert, l’interpretazione della quale conduce alla guarigione.

Così esposto, il percorso appare quasi lineare e immediato, ma lo sviluppo della teoria del transfert non è così semplice: dobbiamo cercare negli scritti di almeno dieci anni prima gli elementi che hanno portato Freud a descrivere il fenomeno della nevrosi di transfert.

Nel 1905, all’interno del poscritto a “*Frammento di un’analisi di isteria*”[[3]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftn3), Freud riconosce di non aver saputo, nel corso della cura, padroneggiare il transfert che la paziente aveva instaurato nei suoi confronti, e che da tale “difetto” è derivato il fallimento del trattamento e la sua fine prematura. A partire da tale incidente inizia la sua elaborazione di questo fenomeno, intuendo che si trattava di qualcosa che, se non attenzionato, avrebbe vanificato qualunque sforzo nella conduzione della cura.

Infatti, in una nota aggiunta nel 1923, egli afferma che “*La traslazione, destinata a divenire il più grave ostacolo per la psicanalisi, diviene il suo migliore alleato se si riesce ogni volta a intuirla e a tradurne il senso al malato*”[[4]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftn4).

Durante il trattamento analitico, afferma Freud nello stesso scritto, il paziente produce nuovi sintomi che possono denominarsi traslazioni. Ma cosa sono le traslazioni?

Freud le descrive[[5]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftn5): “sono riedizioni, copie degli impulsi e delle fantasie che devono essere risvegliati e resi coscienti durante il progresso dell’analisi, in cui però – e questo è il loro carattere peculiare – a una persona della storia precedente viene sostituita la persona del medico”.

Successivamente Freud ci spiega che possiamo trovarci di fronte a delle traslazioni il cui contenuto non viene modificato in nulla, se non nella persona verso cui sono dirette, e possono essere definite come “ristampe o riedizioni invariate”; mentre, ve ne sono altre che subiscono una mitigazione del loro contenuto, come una sublimazione e in questi casi si tratta di “rifacimenti”. La differenza che Freud evidenzia, tra ristampe e i rifacimenti, consiste nella possibilità di questi ultimi di divenire coscienti; notazione particolarmente preziosa per chi si propone di utilizzare la traslazione in maniera funzionale alla conduzione della cura.

Come servirsi di questo prezioso strumento? Nell’insegnamento di Freud individuerei tre grandi indicazioni: l’analista deve essere consapevole dell’attivazione del transfert; l’analista deve porre attenzione all’ostacolo che il transfert può esercitare al progresso della cura; l’analista deve saper gestire lo scioglimento del transfert attraverso la ricostruzione dei nessi associativi tra i vari elementi del materiale inconscio per giungere alla fine dell’analisi.

In “dinamica della traslazione”[[6]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftn6) Freud spiega come si instauri il transfert durante una cura analitica. Viene spiegato che ogni uomo ha acquisito, per l’azione congiunta della propria disposizione congenita e gli influssi esercitati su di lui durante gli anni dell’infanzia, una determinata indole che caratterizza il modo di condurre la vita amorosa, vale a dire le condizioni che egli pone all’amore, le pulsioni che con ciò soddisfa e le mete che si prefigge. Così ne risulta un cliché che, nel corso della sua esistenza, viene costantemente ripetuto, ristampato e che, tuttavia, può in parte modificarsi. Ora, solo una parte degli impulsi che determinano la vita amorosa giunge a completare il processo dell’evoluzione psichica nella sua interezza; questa parte è rivolta verso la realtà, è a disposizione della personalità cosciente e ne costituisce un elemento. Un'altra parte di questi impulsi libidici è stata frenata e ha potuto dispiegarsi solo nella fantasia, oppure è rimasta sepolta nell’inconscio. Dunque il bisogno d’amore inappagato nella realtà si avvicina con rappresentazioni libidiche anticipatorie ad ogni nuova persona che incontra. Sono questi i presupposti basilari per cui si dovrebbe investire l’altro, dunque anche l’analista, in relazione a quella che Jung definì imago paterna[[7]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftn7).

**Il transfert *ostacolo* al processo analitico**

Per quanto riguarda il transfert come ostacolo al processo analitico la questione viene spiegata con il concetto junghiano di “introversione della libido”, cioè una tendenza della libido a mantenere lo stato di cose quando l’indagine analitica urta contro la libido che si era ritirata nei suoi anfratti.

Freud afferma che, all’origine delle psiconevrosi, gran parte della libido subisce un processo di regressione e attiva un forte investimento sulle parti inconsce degli antichi complessi infantili. Proprio su questo punto si instaura la resistenza alla cura, dal momento che la regressione della libido è il risultato del conflitto con la realtà esterna che limita la possibilità di un totale soddisfacimento pulsionale. La pulsione cerca così soddisfacimento nella formazione sintomatica e si oppone strenuamente al trattamento. Freud nota che, comunque, la molla più potente della resistenza è l’opposizione del soggetto al riaffiorare alla coscienza di tutti gli impulsi rimossi nel momento della formazione del complesso edipico. Due fattori dunque sono all’origine della resistenza: regressione e rimozione. La trasposizione dell’investimento sulla persona dell’analista fa sì che la resistenza possa manifestarsi nell’analisi, attraverso gli arresti e gli intoppi nel suo progresso. Nel corso della cura, tanto più il paziente si avvicina al riconoscimento delle proprie pulsioni rimosse, tanto meno la traslazione, come modalità espressiva della resistenza, avrà forza.

Inoltre, ci spiega il padre della psicanalisi nel 1912[[8]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftn8), si chiarisce in relazione all’esistenza di due tipologie di traslazione: positiva e negativa.

La traslazione positiva è, a sua volta, costituita da una corrente in cui prevalgono le componenti amichevoli, affettuose, capaci di pervenire alla coscienza, e quelle erotiche che tendono a permanere inconsce. Solo alla componente affettuosa della traslazione positiva si può attribuire un effetto benefico sulla cura poiché, almeno fino ad un certo punto, costituisce il suo innesco e il suo sostegno. Per quanto riguarda le altre due componenti (positive di tipo erotico e negative) finché il medico rimane l’oggetto di sentimenti ostili o di sentimenti erotici rimossi, prevarranno le resistenze al progresso dell’analisi. In tal senso la traslazione è ambivalente, comprende atteggiamenti positivi e affettuosi, ma anche negativi e ostili nei confronti dell’analista.

Freud si occuperà non solo dell’osservazione la natura del transfert e il suo consolidamento nella forma della nevrosi, ma si servirà di queste importanti scoperte in relazione al progetto di poter fare del transfert un vero e proprio strumento per l’analista a servizio del processo analitico.

Freud preciserà quale atteggiamento debba tenere l’analista che, seppur tentato dalla prospettiva di diventare maestro e modello ideale per le atre persone, non deve dimenticare che non è questo il suo compito nel rapporto analitico;  infatti, se cedesse alla tentazione di foggiare degli esseri umani in base ai propri modelli, non farebbe che ripetere in tal senso l’errore dei genitori installando una nuova dipendenza a posto della precedente.

L’analista deve utilizzare il transfert per indurre il paziente all’elaborazione nella parola dei vissuti inconsci, trovando le connessioni con i propri atti e la storia della propria vita, evitando che il riattivarsi delle pulsioni inconsce rimosse produca passaggi all’atto.

Ancora una volta Freud è chiaro nelle sue indicazioni ma la questione che si viene a porre riguarda la realizzazione delle indicazioni freudiane nella conduzione del singolo caso: come trovare le connessioni con gli atti del paziente e soprattutto come farle emergere?

Già nel 1913 Freud[[9]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftn9) ci avverte che qualsiasi manovra di interpretazione da parte dello psicoanalista che non può attuarsi se non a partire dalla certezza che il transfert è già instaurato.

Ciò che Freud puntualizza e sottolinea è la scoperta che il progresso della cura non dipende, come egli stesso aveva creduto in un primo tempo, dal ricordo di un evento traumatico rimosso. Solo la capacità del paziente di vincere le resistenze e rielaborare il rimosso rendendolo cosciente può eliminare la rimozione e suggerirgli una soluzione.

Nel 1915 Freud[[10]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftn10) sostiene che la psicoanalisi non è una terapia come le altre perché non mira alla risoluzione del sintomo, ma lo riconosce come formazione dell’inconscio del paziente. La posizione dell’analista che Freud ci indica è quella di colui che conosce le coordinate dell’inconscio ma, contemporaneamente, non sa nulla dell’inconscio del paziente, se non ciò che affiora nella parola della seduta analitica, il suo compito è quindi quello di puntualizzare al paziente là dove l’inconscio appare.

Altra indicazione importante della lezione 27 è ciò che Freud definisce un “fatto nuovo” rispetto alle terapie precedenti: l’amore è la molla fondamentale del transfert.

Il paziente si comporta nei confronti dell’analista come se si trovasse di fronte ad un oggetto d’amore. Ha nei suoi confronti una fiducia incondizionata, trasferisce sulla sua persona gli stessi sentimenti di tenerezza che, nell’infanzia,  ha provato nei confronti delle figure parentali, tenerezza che deriva dalla trasformazione, ad opera della rimozione, della pulsione sessuale originaria. L’origine di tale sentimento è simile all’origine della mutazione, durante l’analisi, del transfert da molla del trattamento, a causa dell’investimento sulla persona dell’analista, in un sentimento avverso, ostile, più o meno manifesto, sotto forma di resistenza. Tale  mutamento, che inizialmente abbiamo visto come potenzialmente problematico, deve essere letto come l’espressione dello spostamento del conflitto originario sulla persona dell’analista. Il paziente si trova nuovamente preso nella tensione tra la richiesta di soddisfacimento pulsionale da una parte e la consapevolezza, sul piano di realtà, che tale soddisfacimento è impossibile dall’altra. È questo il momento in cui l’analisi può andare incontro ad una battuta d’arresto o ad una svolta.

Oltre quanto fin qui precisato il transfert può dare importanti indizi diagnostici. Già nel 1915[[11]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftn11) Freud spiega perché, secondo lui, il trattamento analitico non possa essere applicato ai soggetti psicotici a seguito del fatto che per questi non vi sarebbe nessun accesso possibile al transfert.

Dunque il transfert ci permette di chiarire la differenza  tra le “nevrosi di transfert” e le “nevrosi narcisistiche”. Secondo Freud i soggetti affetti da “nevrosi narcisistica” sono coloro che non hanno mai attuato il passaggio dall’investimento primario verso il proprio Io all’investimento oggettuale. Questa condizione fondamentale, che è all’origine della psicosi, escluderebbe per tali pazienti la possibilità del trattamento analitico in quanto non si realizza la condizione primaria per l’installazione del transfert. A tale differenza fondamentale Freud accenna spesso nei testi che riguardano il transfert, considerando la psicosi inaccessibile alla psicoanalisi, nella sua dimensione classica. Se consideriamo, da questa ultima esposizione, che il transfert nella sua ripetizione delle condizioni d’amore entra a buon diritto nella costruzione sintomatica del paziente, dobbiamo concludere, con Freud, che per lo psicotico il sintomo rappresenta di per sé un tentativo di guarigione, si pensi al delirio, e che quindi “noi non possiamo mutare questa situazione in alcun modo” [[12]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftn12).

Anche Melanie Klein intende il transfert analitico come una possibilità di ripetizione speciale attraverso cui il paziente rivive gradualmente il suo passato.  Ma lo specifico della teoria kleiniana ruota attorno al costante riferimento alla funzione delle difese: “il bisogno di trasferire le sue antiche esperienze relazioni oggettuali ed emozioni si fa imperioso e queste vengono concentrate sull’analista; il processo implica che anche i conflitti e le angosce che si sono riattivati siano affrontati dal paziente con gli stessi meccanismi di difesa impiegati nelle situazioni originarie”[[13]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftn13). Ne consegue, che al centro dell’attività terapeutica, così orientata, troviamo proprio l’analisi delle difese.

La Klein fa un passo in avanti rispetto a Freud: “da quando si sono scoperte e comprese alcune delle difese poste in opera nelle relazioni oggettuali primarie sia contro l’amore che contro l’odio ci si è resi perfettamente contro che anche i pazienti schizofrenici sono capaci di traslazione sia positiva che negativa”[[14]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftn14).

In particolar modo viene fatto riferimento alla tesi freudiana sull’esistenza di una pulsione di vita e di morte come intimamente interagenti sin dall’inizio dell’esistenza. Allo stessa stregua, secondo la Klein, interagiscono in maniera primigenia la traslazione positiva e quella negativa.

Così per chi intende avvalersi del transfert come volano per la diagnosi e le indicazioni della cura, si dovrebbe preparare ad una indagine che vada molto lontano nella storia del paziente.

Quest’operazione, già difficile, è resa ancora più gravosa da un'altra caratteristica degli elementi traslati, come la stessa M. Klein suggerisce: “le immagini dei genitori nella psiche del paziente hanno subito in varia misura le deformazioni causate dai processi infantili della proiezione e dell’idealizzazione e perlopiù conservano molto del loro carattere fantastico”[[15]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftn15). In relazione a ciò per l’autrice il transfert acquisisce allora il valore aggiunto di essere lo strumento attraverso cui distinguere ciò che è reale da ciò che è fantastico.

Una notazione riguarda il fatto che sono proprio queste oscillazioni tra fantasia e realtà, tipiche dell’infanzia, a rendere possibili le rapide sostituzioni tra la figura del padre della madre (figura genitoriale combinata)[[16]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftn16) e di oggetti onnipotenti, persecutori interni ed esterni e la persona dell’analista.

Un altro autore post freudiano che, negli stessi anni della Klein, si è occupato dell’operatività del transfert è stato Phyllis Greenacre[[17]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36" \l "_ftn17).

Anch’egli riconduce la traslazione al lungo periodo di cure che l’infante riceve prima di diventare autonomo e che genera nell’adulto il bisogno di un contatto sensoriale. Dunque ancora una volta è fondamentale la matrice specifica data dalla unione fondamentale madre-bambino nei primi mesi di vita che Greenacre denomina “traslazione primaria”[[18]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftn18) o parte dell’istinto sociale primitivo.

Così come nella relazione madre-bambino, anche in quella analitica, vi è uno che chiede e uno che porge aiuto, per cui non vi è una relazione di pari calore reciproco. Si ripropone dunque una situazione di dipendenza che, secondo l’autore, dovrebbe essere gradualmente sciolta. Ciò è raggiungibile attraverso l’atteggiamento specifico da parte dell’analista che non deve porsi in un ruolo di guida, modello o insegnante ma deve lasciare le decisioni al paziente. Chiara, in tal senso, l’indicazione sul procedimento analitico: “l’analista non inserisce la propria vita, il proprio punto di vista - morale, politico, religioso o altro – nelle risposte che da al paziente, il suo scopo è piuttosto di ascoltare, chiarire e comunicare, di volta in volta, una comprensione dei dilemmi attuali del paziente relativamente all’intrusione in essi di inappropriati atteggiamenti emozionali e di tendenze all’azione aventi la loro origine nel passato”[[19]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftn19).

Così, proprio con la neutralità e la costanza della condizione concreta del trattamento, con la sua non contaminazione da parte di contributi esistenziali dell’analista e con l’atteggiamento, da parte di quest’ultimo, essenzialmente di ricerca e non di guida, si neutralizzano molte forze che potrebbero ridurre l’autonomia del paziente.

Più avanti nel medesimo scritto, Greenacre pone l’attenzione su due diversi modi di utilizzare lo strumento del transfert nella conduzione della cura. Una corrente di pensiero sviluppa e utilizza la relazione di traslazione come mezzo di riesperienza e interpretazione; l’altra utilizza solo la traslazione di base, evitando a monte lo sviluppo di una traslazione eccessivamente intensa, poiché si sfocerebbe in una relazione di dipendenza. Tecnicamente, secondo l’autore, la dipendenza così indotta andrebbe sciolta attraverso un esplicita manovra di sganciamento dei sentimenti provati dal paziente nel loro riferimento alla figura dell’analista e riattribuendo tali sentimenti alla loro matrice originaria delle relazioni dell’infanzia. In questo caso si avrebbe una sorta di esperienza correttiva.

Dunque nel primo caso saremmo di fronte ad una elaborazione del transfert, nel secondo si avrebbe una risoluzione del fenomeno.

Greenacre avverte in maniera esplicita che il modello della risoluzione trova propulsione solo in una forte suggestione dell’attaccamento personale e ne sottolinea il paradosso della pretesa di non creare aumento di dipendenza. Inoltre, avverte che bisogna tenere presente un elemento: quella di traslazione è una relazione artificiale organizzata e mantenuta al fine specifico di mettere a fuoco le reazioni nevrotiche e rispecchiarle sull’analista e sulla situazione analitica. A tal fine vengono segnalati diversi espedienti tecnici volti ad intensificare e tutelare il transfert: l’elevata frequenza e la regolarità delle sedute, il segreto professionale anche nei confronti di parenti prossimi, l’eliminazione totale di relazioni con il paziente diverse dall’analisi e soprattutto l’attento esame delle violazioni delle regole suddette.

Nel 1955 anche Donald Winnicott realizza uno scritto sulla traslazione[[20]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftn20) con l’intento di dare un contributo a quello che era l’argomento evidentemente in voga in quegli anni.

Come altri prima di lui, Winnicott spiega il transfert a partire dai fondamenti della propria teoria: in principio l’Io non sarebbe formato e madre-bambino sarebbero in un stato di “identificazione primaria”; successivamente, a partire dai primi contatti con la frustrazione data dalle carenze ambientali materne, si avrà un incontro con una madre sufficientemente buona, o meno; sulla base di ciò il soggetto potrà costruire un io fondato sul vero o sul falso Sé.

Partendo da tali presupposti, secondo l’autore, in assenza di un Io integro, nato da cure materne primarie sufficientemente buone, capace di mantenere le difese contro l’angoscia, non si può avere una nevrosi di traslazione. Per avvalorare questo presupposto, Winnicott parte dall’osservazione dei pazienti su sui Freud aveva riscontrato l’operatività della nevrosi di traslazione: si trattava di casi ben selezionati, dunque venivano scelti quei soggetti nella cui storia personale dei primissimi periodi di vita c’erano state cure infantili sufficientemente buone.

In questo frangente torna alla ribalta il problema che la Klein aveva tentato di superare circa la possibilità per gli psicotici di istaurare una relazione di transfert ed essere in funzione di ciò soggetti analizzabili. Questa questione nata con il padre della psicanalisi accenderà il dibattito psicanalitico fino ai nostri giorni.

Quando Winnicott dà delle indicazioni circa la tecnica psicoterapica valuta di poter intervenire sia nel caso di un soggetto con un Io integro che nel caso di un soggetto meno solido e il cui Io si è appoggiato su un falso sé (quello che potremmo definire psicotico). L’autore distingue due modus operandi sostenendo che quando siamo in presenza di un Io integro l’analista può permettersi allentare il setting; diversamente quando si è in presenza dell’operatività di un falso Sé, il setting va mantenuto più rigidamente e diventa più importante dell’interpretazione.

Winnicott sostiene che la traslazione ha la funzione di permettere al passato del paziente di essere il presente, poiché l’analista, ritrovandosi di fronte al processo primario del paziente, offre un alternativa sufficientemente buona di adattamento producendo lo spostamento nel paziente del nucleo operativo da un falso Sé ad un vero Sé. Vi sarà dunque, per la prima volta nella vita del paziente, la possibilità che si sviluppi un Io che si integri a partire dai propri nuclei.

L’autore precisa che il paziente sviluppa la capacità di usare non solo i successi dell’analista nell’adattamento ma anche e soprattutto i limiti, le carenze di questo nell’adattamento ai bisogni del paziente. Così nel trattamento l’Io non integro del paziente è in grado di cominciare a ricordare le carenze originarie. Queste carenze, che avevano avuto in epoca remota un effetto dirompente, rivissute attraverso il transfert permettono al  paziente di individuare esempi di carenze originarie e di sostituire il sentimento di collera alla sensazione di andare in frantumi provata in origine. La chiave sta nel fatto che le carenze dell’analista devono essere trattate come carenze passate che il paziente può ora percepire e inquadrare e per le quali può ora andare in collera.

Quando l’analista si trova di fronte a delle resistenze da parte del paziente significa che ha commesso qualche errore. Secondo Winnicott di fronte a tale errore, l’analista non dovrà difendersi ma dovrà spiegarlo e utilizzarlo affinché il paziente possa servirsene per andare in collera rispetto ad una mancanza passata. Per tali motivi, specifica l’autore, l’analista deve essere capace di servirsi dei propri errori di adattamento e per far ciò deve approfondire quella che egli chiama “la propria controtraslazione inconscia”.

Va segnalato che secondo la prospettiva winnicottiana esistono due tipi di lavoro analitico: a partire dall’identificazione primaria, l’analista si può trovare a dover lavorare con la traslazione negativa (espressione di un Io non integro e che va trattata come appena descritto); in un secondo momento può trovarsi ad affrontare un altro tipo di lavoro, che l’autore definisce un “lavoro analitico abituale”. Quest’ultimo consiste nell’analisi della posizione depressiva e delle difese nevrotiche di un paziente con un Io ormai integrato, in grado di sperimentare gli impulsi dell’Es e di assumersene le conseguenze. Secondo Winnicott un tipo di analisi non preclude l’altro e con lo stesso paziente si può essere chiamati ad utilizzare alternativamente l’uno o l’altro metodo, in funzione della tendenza inconscia del paziente.

È chiaro che siamo all’interno di una clinica continuista. Come sottolinea Nancy Mc Williams[[21]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftn21), in tale direzione, la struttura di personalità è letta in termini di livelli evolutivi, dai quali, attraverso il lavoro terapeutico, ci si può in qualche modo spostare. Si tratta di micro-spostamenti da un punto ad un altro di un continuum che va da un polo nevrotico ad uno psicotico, attraversando l’organizzazione borderline di personalità.

Per rendere opportunamente l’idea del fervente dibattito sul transfert bisognerebbe riportare i contributi di moltissimi altri autori[[22]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftn22)ma al momento facciamo il punto della situazione: il transfert, pur nell’ampio approfondimento dei post freudiani che confermano l’inquadramento che ne aveva già realizzato Freud a suo tempo, lascia aperte due gradi questioni: la funzione specifica del transfert nella conduzione della cura (su cui gli autori si differenziano) e di quale tipo di transfert si può parlare nel caso di personalità con un Io non integro o nel caso più specifico delle psicosi.

Per tentare di rispondere a queste e ad altre questioni, ma soprattutto per avere indicazioni sull’utilizzo clinico e sul valore terapeutico del transfert sarà utile conoscere il contributo di Jaques Lacan.

Bibliografia

Freud S. 1896 nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa, OF vol II Bollati Boringhieri, Torino (1989);

Freud S. 1905, Frammento di un analisi di isteria in OF vol. IV Bollati Boringhieri, Torino (1989);

Freud S. 1909, osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva (caso clinico del’uomo dei topi), OF vol. VI Bollati Boringhieri, Torino, (1989);

Freud S. 1909, Cinque conferenze sulla psicoanalisi, in OF vol VI Bollati Boringhieri, Torino (1989);

Freud S. 1912, tecnica della psicanalisi , OF vol. VI Bollati Boringhieri, Torino (1989);

Freud S. 1913-1914, nuovi consigli sulla tecnica della psicanalisi OF vol.VII, Bollati Boringhieri, Torino (1989);

Freud S. 1914, introduzione al narcisismo, OF vol VII, Bollati Boringhieri, Torino (1989);

Freud S. 1914, ricordare, ripetere, rielaborare, in OF vol. VII Bollati Boringhieri, Torino (1989);

Freud S. 1915-17, Introduzione alla psicoanalisi FO vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino (1989);

Freud S. 1915-1917 introduzione alla psicanalisi, OF vol. VIII Bollati Boringhieri, Torino (1989);

Freud S. 1920, al di là del principio di piacere , OF vol. IX Bollati Boringhieri, Torino (1989);

Freud S. 1921, psicologia delle masse e analisi dell’io, OF vol. IX Bollati Boringhieri, Torino (1989);

Freud S. 1924, Autobiografia in OF vol X Bollati Boringhieri, Torino (1989);

Freud S. 1926, inibizione sintomo angoscia, OF vol X Bollati Boringhieri, Torino (1989);

Freud S. 1938, Compendio di psicanalisi, OF vol XI  Bollati Boringhieri, Torino (1989);

Greenacre P. The Role of transference. Pratical considerations in relation to psychoanalytic therapy in J. Amer. Psychonal. Assn, 2, 1954;

Heiman P.1950, On Counter- transference  Int. J. Psycho- Anal. 31;

Klein M. 1948-1952, Le origini della traslazione in Scritti, a cura di G. Contri,  Boringhieri, Torino (1978);

M. Klein La psicoanalisi dei bambini in Scritti, Boringhieri, Torino, (1978)

Kouth H. la cura psicanalitica, Boringhieri, Torino (1986);

Mc Williams N. la diagnosi psicanalitica, Astrolabio, Roma (1999);

[[1]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref1) S. Freud, 1905 *Frammento di un analisi di isteria* OSF vol. IV, p. 97.

[[2]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref2) S. Freud, 1914 *Ricordare, ripetere, rielaborare*, OSF vol. VII, Bollati Boringhieri, Torino, p. 360.

[[3]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref3) S. Freud, 1905 *Frammento di un analisi di isteria* , OSF vol. IV, Bollati Boringhieri, Torino.

[[4]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref4) Ivi, p. 398.

[[5]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref5) Ibidem, p. 397.

[[6]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref6) S. Freud, 1912, *Tecnica della psicanalisi*,  “*Dinamica della traslazione*”, OF vol. VI, Bollati Boringhieri Torino.

[[7]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref7) Freud precisa che le imago possono anche attingere ad altre figure parentali (madre, fratelli …).

[[8]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref8) Op. cit. p. 529.

[[9]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref9) S. Freud, 1913 *Nuovi consigli sulla tecnica della psicanalisi* “*Inizio del trattamento*”, OSF vol. VII, Bollati Boringhieri, Torino.

[[10]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref10)S. Freud 1915-17 *Introduzione alla psicoanalisi Lezione 27* “*La traslazione*”, OSF vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino.

[[11]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref11)S. Freud 1915-17 *Introduzione alla psicoanalisi*, Lezione 27 “La traslazione”, OSF vol. VIII, op. cit;

[[12]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref12) Ivi p. 596;

[[13]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref13) Ibidem p. 526;

[[14]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref14) Ibidem p. 532;

[[15]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref15) Ibidem p. 533;

[[16]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref16) M. Klein “*La psicoanalisi dei bambini*” in Scritti, Torino, Boringhieri (1978), p. 533;

[[17]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref17) P. Greenacre, 1954 “*The Role of transference. Pratical considerations in relation to psychoanalytic therapy*” publication in J. Amer. Psychonal. Assn, 2, 1954, pp. 671/684;

[[18]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref18) Ibidem pg.106;

[[19]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref19) Ibidem pg.107;

[[20]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref20) Winnicott D. W. 1955 “*On Transference*” contributo alla “*Discussione sui problemi della traslazione*”, XIX congresso internazionale, Ginevra, 24-28 luglio 1955; pubblicato in Int. J. Psycho Anal. 37, 1956 pp. 386-388; trad. it. “*Le forme cliniche del transfert*” in “*Dalla pediatria alla psicanalisi*” Martinelli Firenze 1975.

[[21]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref21) N. Mc Williams 1994 *La diagnosi psicoanalitica* Astrolabio Roma 1999;

[[22]](http://www.isdsf.it/web/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=36#_ftnref22) Searles H. F. (1949), Macalpine I. (1950), Lagache D. (1952), Racker  (1960).