

Walter F. Burke, Michael J. Tansey

Ricerca Psicoanalitica, 2001, Anno XII, n. 3, pp. 247-276.

La *disclosure* controtransferale nei vari modelli terapeutici¹

Traduzione dall'americano di Elena Patrizi

SOMMARIO

L'articolo si propone di chiarire il problema della *self-disclosure*, divenuto centrale nella psicoanalisi nord-americana sulla base dell'acceso dibattito, sorto intorno al 1950, sull'utilità del controtransfert come strumento di comprensione del paziente. Partendo dall'esposizione di un episodio clinico, gli Autori esaminano l'argomento alla luce del significato che acquista in relazione ai tre modelli concettuali più diffusi (Mitchell, 1988): il modello del conflitto pulsionale, dell'arresto evolutivo e del conflitto relazionale.

SUMMARY

Countertransference disclosure and models of therapeutic action

This paper aims to enlighten the problem of self-disclosure which arises from a heated debate, begun in the fifties, concerning the potential usefulness of countertransference as a tool for understanding the patient. After referring a clinical vignette, the Authors examine this issue and its degree of compatibility with the three conceptual perspectives as outlined by Mitchell (1988): the drive-conflict model, the developmental-arrest model and the relational-conflict model.

A partire dal 1950, si è aperto un acceso dibattito sull'utilità del controtransfert come strumento di comprensione del paziente. Gli analisti classici, prima fra tutti Annie Reich (1951; 1960), sostenevano che il termine controtransfert dovesse avere un significato ristretto ed essere usato soltanto per indicare le risposte patologiche del terapeuta, dovute ai suoi conflitti irrisolti.

Kernberg (1965) si è decisamente contrapposto a questo punto di vista proponendo ciò che ha definito una "prospettiva globale" (*totalist perspective*). Con Heimann (1950) e Racker (1957) la definizione di controtransfert si è ampliata fino a comprendere la risposta complessiva del terapeuta. Anche le risposte emotive intense e profonde sono state prese in considerazione come possibili fonti di comprensione. Negli ultimi quarant'anni poi, gli analisti classici si sono andati schierando sempre più per una posizione globale. A testimonianza, le osservazioni di Abend (1989), un noto analista classico, sull'accezione da dare al controtransfert: il suo significato, inteso in senso strettamente patologico, si è irreversibilmente volto a favore di una definizione più ampia. E ancora: il riferimento al controtransfert nella presentazione dei casi clinici è diventato oggi un "segno distintivo di professionalità psicoanalitica", mentre prima era un marchio negativo.

Nonostante la diffusa accettazione di ciò che Sandler (1976) chiama la nostra *role-responsiveness* nei confronti del paziente, la questione della *disclosure* controtransferale resta segnata da "vero terrore fobico" (Bollas, 1983). Gli articoli sul controtransfert e sui problemi di tecnica psicoanalitica (Abend, 1989)

¹ Questo articolo è stato pubblicato, in una versione più estesa, in Contemporary Psychoanalysis, vol. 27, n. 2, 1991, pp. 241-271 con il titolo *Countertransference disclosure and models of therapeutic action*.

Si ringrazia l'Editore per averne gentilmente concesso la pubblicazione.

sorvolano decisamente il tema della *disclosure*. Sembrerebbe che il concetto di Feiner (1979) di “ansia da influenza” (*anxiety of influence*) del paziente sull’analista, sia stato soppiantato da un’ansia da esposizione all’influenza (*anxiety over the exposure of influence*). Siamo del parere che questo timore fobico di esporsi, quando esiste, rappresenti una persistenza dell’ideale dello “schermo opaco”. Nonostante l’analista possa avvertire dentro di sé di essere emotivamente coinvolto dal paziente, può continuare a credere che sia nell’interesse di tutti mantenere un’immagine di impassibilità.

In una precedente pubblicazione (Tansey e Burke, 1989, pp. 133-150), abbiamo tentato di fornire delle linee guida per la ideazione, realizzazione e valutazione delle *disclosure* controtransferali. Per questo potremmo giustamente essere tacciati di mettere il carro davanti i buoi, se, nonostante i suggerimenti che vengono dalla clinica siano importanti, cerchiamo di riempire il vuoto concettuale.

Il tema della *disclosure* si presta ad illustrare un aspetto della tecnica che può essere utilmente affrontato solo facendo riferimento a un determinato modello teorico dello sviluppo e dell’intervento terapeutico.

Mitchell (1988) ha delineato tre modelli che hanno storicamente dominato il pensiero psicoanalitico: il modello del conflitto pulsionale, il modello dell’arresto evolutivo e il modello del conflitto relazionale, pur asserendo che la maggior parte di noi concepisce di fatto il proprio lavoro come combinazione di questi modelli. Una prospettiva fatta propria anche da Hoffman (1987).

Esamineremo, quindi, la *disclosure* controtransferale e il suo rapporto con ciascuna delle tre prospettive evidenziate da Mitchell (1988), anche se uno solo di questi tre modelli è alla base delle nostre posizioni. Cominceremo con l’esposizione di un breve caso clinico nel quale appare con evidenza il problema della *disclosure* controtransferale. Seguirà un esame di ciascuna delle tre posizioni concettuali e della loro applicazione clinica in relazione al caso presentato.

Chiariamo comunque il taglio con cui ci accingiamo a mettere a confronto i tre modelli. Avendo selezionato alcuni autori rappresentativi di ciascuna prospettiva teorica, ci troviamo a dovere fare i conti con un problema: l’esame di un orientamento attraverso gli occhi dei suoi sostenitori comporta il rischio di rinunciare a delinearne lo sviluppo storico e di creare un’apparente uniformità tra teorici le cui posizioni possono invece diversificarsi per alcuni aspetti significativi. La necessità di sintesi rende il confronto tra i vari indirizzi veramente difficile. È ovvio che ciascun autore si basa su contributi di autori precedenti, ma, mentre si può tranquillamente affermare che molti autori condividono le stesse ipotesi generali, le loro posizioni non sono però intercambiabili e, all’interno di un’unica fisionomia, esistono molti punti di contrasto.

Caso clinico

John è un uomo di 28 anni, omosessuale, da tre anni in trattamento a tre volte la settimana con il lettino. È molto brillante, colto e bene educato, avendo compiuto studi in legge in scuole prestigiose. I suoi interessi personali comprendono letteratura, arte e storia. Inoltre, si dedica al *body building*, partecipando a tre o quattro competizioni ogni anno. All’inizio, aveva chiesto il trattamento a causa di sensazioni pervasive di insicurezza e sradicamento, che si riflettevano sia nella carriera professionale che nell’incapacità di sostenere delle relazioni intime di lunga durata. Dopo essere stato coinvolto in numerose relazioni eterosessuali durante le scuole superiori, aveva apertamente perseguito relazioni omosessuali nella prima età adulta. Per diversi anni, aveva vissuto una specie di doppia vita: morigerato avvocato di successo, di giorno, nascondendo accuratamente la sua omosessualità; apertamente promiscuo nei “più scadenti bar omosessuali”, di notte.

Un venerdì John è arrivato in seduta dopo aver passato una settimana in Arizona a prepararsi ad un concorso di *body building* che includeva una completa abbronzatura. Contrariamente al solito

abbigliamento in giacca e cravatta dei giorni lavorativi, il terapeuta lo vide in sala d'attesa vestito in jeans e camicia di flanella. Entrando in studio, prima che il terapeuta si sedesse, John si girò verso di lui e disse "Ecco, adesso le faccio vedere", e si tolse la camicia. Dopodiché iniziò una rapida sequenza di quattro o cinque pose muscolari classiche, con un'espressione di piacere ed eccitazione sul viso. L'immediata reazione dell'analista fu di sentirsi sbalordito e molto allarmato. Nonostante fosse abituato a comunicazioni agite, avendo lavorato per diversi anni con gli adolescenti, con questa persona non era mai accaduto niente del genere. Appena ebbe compreso ciò che stava accadendo, si rese conto di sentirsi in trappola: da un lato, non voleva umiliare il paziente nel tentativo di "porre limiti", dall'altra non voleva incoraggiarlo a comportarsi in quel modo. Si era accorto che gli occhi di John stavano seguendo la traiettoria dei suoi e che, se non avesse guardato il corpo del paziente, gli avrebbe inferto una cocente umiliazione. Rischiando di sbagliare nell'incoraggiarlo, il terapeuta volse velocemente lo sguardo alle braccia e al busto ben definiti del paziente, annuì col capo e sorrise leggermente. Tutto ciò richiese non più di quindici o venti secondi. Dopodiché John riprese la sua camicia e, rassicurato del fatto che l'esibizione fosse finita, il terapeuta commentò: "Deve essere molto fiero. So quanto duramente ha lavorato". Poi il paziente si sdraiò sul lettino e l'analista prese posto sulla sua sedia.

Immediatamente John iniziò a parlare di dettagli legati alla sua assenza, ma dopo poco, divenne silenzioso. Il terapeuta allora commentò: "Mi sembra che potrebbe essere utile cercare di capire cosa ha significato per lei togliersi la camicia". John disse: "Volevo mostrarle come appaio, renderlo reale per lei. Non volevo che questo fosse qualcosa di cui avremmo dovuto parlare. Mentre venivo qui, mi sono chiesto: 'Dovrei farlo?'. Ma poi ho pensato: 'Sì, è una cosa che può gestire. È abituato a trattare con ogni genere di cose'".

Allora cominciarono ad esplorare quanto il terapeuta fosse diventato importante per lui e quanto sentisse il bisogno di credere che egli lo approvasse, rispettasse, ammirasse. Poi, dopo una pausa, John disse: "Mi rendo conto di sentirmi eccitato... (pausa). Nel guardare le nuvole come si fa quando si è bambini, vedo un ragazzo mentre succhia il pene di un altro ragazzo. Penso di avere il sesso in mente".

Il terapeuta rispose con naturalezza: "Caspita, suona come una scoperta!" Entrambi risero e la tensione calò. Il tema episodico delle sensazioni di attrazione sessuale verso il terapeuta era già emerso in diverse occasioni. John poi parlò del sollievo che provava nel poter parlare apertamente della sua attrazione verso il terapeuta, col timore sempre minore che questi potesse sentire repulsione. Dopo una pausa, John disse che recentemente aveva sospettato che il terapeuta potesse sentire attrazione sessuale verso di lui. Accorgendosi di non sentirsi a disagio nell'affrontare l'argomento, il terapeuta chiese che cosa gli avesse dato quella sensazione. John rispose che il terapeuta non si era mai dichiarato omosessuale. Era ben consapevole che, nonostante sapesse che fosse sposato e con figli, ciò non costituiva una garanzia del suo orientamento sessuale. Poi citò un ricordo della seduta precedente la sua assenza su cui non erano d'accordo.

In quella seduta, aveva riportato un sogno nel quale lui e suo padre erano in una località tropicale, una bellissima spiaggia, con l'acqua in lontananza. Insieme, stavano ammirando un enorme albero esotico con grandi frutti rotondi che crescevano in abbondanza. La sensazione era di calore e vicinanza, vissuti che non aveva mai provato con il padre nella vita reale. Avevano esaminato il sogno sia come espressione della vicinanza con suo padre, che era aumentata da quando aveva cominciato il trattamento, sia come manifestazione di un suo possibile significato simbolico riguardante la sua esperienza di vicinanza col terapeuta.

Quando il paziente si era detto d'accordo sul possibile significato fallico dell'albero, il terapeuta aveva fatto un commento sulle differenze tra il sogno attuale e uno che il paziente aveva fatto circa un anno prima, nel quale sentimenti di tenerezza nei confronti del padre erano stati rivestiti con un esplicito desiderio sessuale. In quel sogno, egli si vedeva mentre camminava verso suo padre. Entrambi avevano le

braccia allargate e stavano per abbracciarsi. Il terapeuta poi ricordava che il paziente guardava in basso, vedeva che suo padre non indossava slips e aveva un'erezione. John ricordava, invece, di avere guardato in basso e di avere visto che era lui a non indossare slips e ad avere una erezione. John commentò: "Sono sicuro che lei ricorda il sogno in modo diverso da come io realmente l'ho raccontato. Poiché entrambi eravamo d'accordo che nel sogno mio padre potesse essere lei, io vedo in questa differenza un probabile segnale della sua attrazione sessuale per me. Ci ho pensato molto mentre ero via".

Nonostante non fosse ancora convinto di ricordare il sogno in modo inesatto, il terapeuta rispose che, partendo dalla convinzione di John che fosse l'analista a sbagliare, capiva la sua linea di ragionamento. Gli chiese allora come lo facesse sentire il fatto che il terapeuta si sentisse attratto da lui. John replicò che si sentiva molto confuso. Nonostante la sua eccitazione al pensiero, era preoccupato che potesse succedere qualcosa che avrebbe distrutto il trattamento se avessero agito quei sentimenti. Aveva paura che avrebbe potuto sentirsi rifiutato se si fosse sbagliato o che avrebbe potuto perdere il terapeuta, in quanto tale, se avesse avuto ragione. In entrambi i casi, sentiva che avrebbe perso.

A questo punto, rimanevano ancora un minuto o due alla fine, John diventò stranamente silenzioso. Con tono scoraggiato, fece poi un commento su tutto il tempo e le energie che aveva messo nelle sue esibizioni di *body-building* e si chiese se ne era valsa la pena. Il terapeuta suggerì che forse si sentiva scoraggiato per la reazione del terapeuta al suo essersi tolto la camicia e per come la seduta era proseguita. John si disse d'accordo e la seduta finì. Uscì sembrando un po' triste e un po' agitato. Il terapeuta avvertì di sentirsi male anche lui e di essere preoccupato per il paziente. Si chiese se avrebbe potuto condurre la seduta in modo diverso.

Il lunedì mattina, John telefonò e chiese che, se fosse stato possibile, avrebbe desiderato poter venire quel giorno, piuttosto che aspettare il suo consueto appuntamento del martedì. Il terapeuta vide che aveva uno spazio e, senza indagare oltre, glielo propose, sentendosi sicuro che la richiesta era collegata ai sentimenti della seduta precedente. Il paziente arrivò alla seduta con un paio di minuti di ritardo. Sentendo il rumore della porta d'ingresso, il terapeuta si affacciò alla porta dello studio; John disse che sarebbe entrato subito, ma che prima aveva bisogno di usare il bagno vicino alla sala d'attesa.

Mentre aspettava, il terapeuta si accorse improvvisamente di sentirsi invaso da un ansioso senso di presagio che qualcosa di minaccioso stava per accadere. Nello sforzo di sondare il significato dell'ansia, emerse in lui una vivida fantasia nella quale il paziente faceva una vigorosa *avance* sessuale, tentando di stringerlo e baciarlo. A questo punto, John entrò. Nonostante la convinzione razionale che non sarebbe successo niente, il terapeuta era consapevole di provare una certa trepidazione all'idea che la fantasia si realizzasse. Ma John andò dritto sul lettino, sembrando triste e scombussolato. Cominciò immediatamente a dire di sentirsi colpevole e pieno di vergogna per essersi tolto la camicia nella precedente seduta.

Nel frattempo il terapeuta stava ancora cercando di definire e comprendere il significato dell'ansia, che aveva appena provato, e della fantasia successiva. Le sensazioni di pericolo avevano dato luogo ad una profonda curiosità e alla consapevolezza che stava emergendo qualcosa di molto significativo. Dopo una pausa, il paziente disse: "Sentivo di avere proprio bisogno di sapere che cosa lei stesse provando e pensando mentre io mi toglievo la camicia".

Con la speranza di aver chiarito al lettore ciò che il terapeuta poteva avere sperimentato e i problemi tecnici che doveva fronteggiare, procederemo ora ad illustrare i tre modelli teorici di intervento, dando una particolare attenzione al modo con cui ogni modello potrebbe indirizzare l'intervento del terapeuta.

Il modello pulsionale

Il modello pulsionale ritiene l'uomo motivato da spinte biologiche, libidiche e aggressive, che premono per la gratificazione. Secondo questa prospettiva teorica è inevitabile che le tendenze infantili siano frustrate dando luogo a rimozione e alla conseguente formazione di sintomi nevrotici di compromesso.

È all'interno di questo modello che i termini "psicopatologia", come deviazione da una norma ritenuta tale, e "distorsione", come caratteristica predominante della psicopatologia, sono più di casa.

Nella situazione psicoanalitica il paziente è considerato operare all'interno "di un sistema di energia chiuso fatto di pulsioni e difese" (Mitchell, 1988, p. 283), inestricabilmente preso nel conflitto tra un Es "bestiale" e un Io che si sforza di essere civilizzato. L'intervento terapeutico in questo modello è volto al recupero dei ricordi rimasti a lungo sepolti. Attraverso "oggettività e distacco", l'analista astinente stimola un'esperienza transferale nella quale i desideri infantili repressi e gli impulsi istintuali vengono fortemente attivati in relazione alla percezione distorta che il paziente ha dell'analista.

È questa una visione, che Hoffman (1983, p. 390-391) definisce la concezione asociale del paziente in psicoterapia, in cui si verifica un flusso di esperienza indipendente dalla presenza reale del terapeuta. È compito dell'analista mantenersi lontano da questo flusso di esperienza così da poter cogliere un "momento quasi organico" ed essere libero di seguire un certo "corso naturale".

Attraverso una puntuale interpretazione di resistenza e difesa, l'analista come schermo opaco è in grado di illuminare l'esperienza di transfert per ciò che è: un insieme di distorsioni che vengono trasferite dal passato nel tentativo di negoziare la realtà presente. Attraverso l'interpretazione genetica, le distorsioni transferali forniscono la chiave che apre e recupera i ricordi e gli impulsi rimossi. L'*insight* che l'accompagna conduce a una riduzione dei sintomi nevrotici, un aumento delle capacità dell'esame di realtà e la rinuncia una volta per tutte ai desideri infantili.

La teoria classica contemporanea (cfr. Abend, 1989) ritiene che il controtransfert sia un fenomeno inevitabile che può dare informazioni sulle caratteristiche psicologiche del terapeuta e contemporaneamente essere utile a comprendere i desideri infantili del paziente che premono per manifestarsi. Secondo questa più recente accezione di controtransfert, possiamo chiederci ora come venga vista la *disclosure* nel modello del conflitto pulsionale.

Tra i vari autori, Sugarman (1989) si distingue come acceso sostenitore del modello classico del conflitto pulsionale. Egli ammette che la *disclosure* possa essere resa necessaria nel trattamento di "pazienti gravi" e dei bambini, ma l'uso che si fa del controtransfert o della propria esperienza dipende da che cosa si sta praticando: una psicoterapia o una "vera psicoanalisi" (p. 7).

Nella "vera psicoanalisi", l'analista fa uso del lettino, dell'anonimato, del silenzio, della neutralità e di molteplici sedute settimanali per "promuovere una regressione controllata e l'emersione della nevrosi di transfert attraverso cui "i principali conflitti infantili e le formazioni di compromesso alla base dei problemi di carattere nevrotico del paziente vengono rivissuti ed elaborati" (p. 8). Nel descrivere la pericolosa trappola della *disclosure* controtransferale, Sugarman esprime così la sua visione del conflitto pulsionale: "Ma più il paziente impara su di noi e sulle nostre reazioni emotive nei suoi confronti, più difficile sarà fare emergere e analizzare i suoi conflitti intrapsichici e il loro ruolo nel determinare la percezione che ha di noi. E certamente più noi ci sveliamo, più interferiamo con la regressione e con la formazione della nevrosi di transfert. Nonostante ci possa essere del vero nella percezione che il paziente ha di noi, è terapeutico minimizzarla in modo da permettere la formazione di una nevrosi di transfert il più possibile vicina alla nevrosi infantile" (pp. 9-10).

Dal punto di vista della teoria del conflitto pulsionale, ci si aspetta che l'analista si faccia il più possibile da parte in modo che i conflitti del paziente possano emergere sotto forma di una nevrosi di transfert che comporta distorsioni espressive. Chiaramente, un'*unadisclosure* di ciò che il terapeuta sta sperimentando con

il paziente può solo rappresentare una drammatica interruzione di questo processo, precludendo al paziente l'opportunità di vederci come ha bisogno di vederci, in accordo con le caratteristiche dei suoi oggetti arcaici.

Un dibattito stimolante tra i sostenitori del modello tradizionale del conflitto pulsionale è stato suscitato dall'accettazione dell'inevitabilità del controtransfert, quale risposta globale del terapeuta al paziente.

Pur rimanendo all'interno del conflitto pulsionale si sono sviluppati punti di vista molto differenti sul concetto di neutralità e sul bisogno di identità. Schafer, come Sugarman, non si può dire rientri completamente nel modello del conflitto pulsionale, anche se può essere collocato all'interno di questo modello più che in altri. Ma, diversamente da Sugarman per il quale la neutralità sembra rappresentare un insieme di comportamenti obbligati (anonimato, silenzio, ecc.), Schafer (1983, pp. 167-168) sostiene che nello stabilire la necessaria "atmosfera di sicurezza", l'atteggiamento analitico neutrale richiede che l'analista non "prenda parte" ai conflitti del paziente. L'analista neutrale non "cerca di fare che succeda qualcosa... perché... pensa che sia bene per l'analizzando"; deve essere attento a non imporre i suoi giudizi di valore; deve avvicinarsi alle resistenze del paziente in modo affermativo, non antagonista.

Che tipo di prospettiva e quali indicazioni potrebbe dare al terapeuta il modello del conflitto pulsionale nel nostro caso clinico? Di importanza centrale è la comprensione dei desideri infantili del paziente che si sono cristallizzati nel transfert e che inducono una reazione dirompente anche nel controtransfert. Il paziente sperimenta un desiderio di vicinanza, di approvazione e ammirazione da parte del terapeuta che prende la forma erotizzata di desiderio sessuale. Le vicende pre-edipiche irrisolte, centrate su desideri di gratificazione orale, si sono unite ai problemi di identificazione maschile e di esibizione fallica relativi a stadi successivi e spingono il desiderio del paziente verso oggetti maschili che possano fornire cure femminili. Nasce nel paziente un profondo conflitto rispetto all'espressione dei suoi impulsi nella relazione: o verrà rifiutato dal terapeuta come indegno o persino disgustoso, o il terapeuta risponderà davvero alle sue proposte sessuali e la sicurezza della interazione terapeutica verrà sopraffatta dai desideri del terapeuta. La pressione verso la gratificazione dei suoi desideri libidici si accresce nella nevrosi di transfert al punto da essere agita nelle flessioni che esegue dopo essersi tolto la camicia, dimostrando una debolezza dell'io nell'area della regolazione degli impulsi.

Il terapeuta è in una posizione difficile, dovuta all'intensità dell'impulso del paziente e alla sua impazienza di "renderlo reale" per il terapeuta. La tensione che il terapeuta sente circa i desideri del paziente proviene dalle sue difficoltà controtransferali nel trattenersi dal gratificare le richieste del paziente.

La difficoltà del terapeuta nel tollerare lo scoraggiamento del paziente alla fine della seduta del venerdì e l'offerta di una seduta supplementare, può essere vista come una chiara prova di una reazione controtransferale che prende il posto di una rigorosa esplorazione interpretativa della vita intrapsichica del paziente. Il terapeuta ha bisogno di riconoscere e di dominare il proprio desiderio di gratificare il paziente per poter ripristinare un'atmosfera più neutrale in cui i desideri del paziente possano essere visti come desideri infantili irrealistici, geneticamente determinati. Il modello del conflitto pulsionale suggerisce che l'astinenza del terapeuta ponga più chiaramente in luce queste distorsioni della relazione terapeutica. Se la consapevolezza e l'autocontrollo del terapeuta non emergono dopo un periodo di autoriflessione, si dovrebbe richiedere una consultazione per impedire che il controtransfert continui ad agire, come impedimento all'obiettivo terapeutico dell'*insight* da raggiungere attraverso l'interpretazione.

Le considerazioni tecniche per gestire la situazione, nella prospettiva del conflitto pulsionale, sono molteplici. In risposta alla richiesta del paziente di conoscere i pensieri e i sentimenti del terapeuta nel momento in cui si è tolto la camicia, il terapeuta potrebbe indagare sull'importanza della sua domanda e sulle sue fantasie sulle reazioni del terapeuta, con l'obiettivo di interpretare il desiderio che sta dietro la domanda stessa. Questo genere di interpretazione potrebbe prendere la formulazione seguente: "Ritengo

che sia nel togliersi la camicia che nel fare questa domanda, lei di nuovo stia cercando da me l'approvazione che non ha mai sentito provenire da suo padre, avvertendo nello stesso tempo la preoccupazione di sentirsi rifiutato da me come in passato si è sentito rifiutato da lui".

Poiché nella teoria del conflitto pulsionale la *disclosure* controtransferale è in antitesi all'intervento terapeutico, lo svelamento dei pensieri e delle esperienze emotive del terapeuta servirebbe solo a gratificare i desideri patologici del paziente, più che ad analizzare il desiderio di sapere, con tutte le concomitanti ansietà, paure, piaceri, ecc.. In questa ottica, la *disclosure* è come una preclusione dell'opportunità di analizzare la nevrosi di transfert. Il fatto che il terapeuta dica che ha sentito questo o quello in reazione alla camicia tolta sarebbe visto come un tentativo di fornire una visione "reale" del terapeuta che interferirebbe con gli oggetti interni proiettati del paziente.

Questo tipo di *disclosure* condurrebbe ad un deragliamento del bisogno del paziente di proiettare nel terapeuta la sua visione interna dell'oggetto ed impedirebbe lo sviluppo della nevrosi di transfert. La *disclosure* controtransferale deriverebbe dalla incapacità del terapeuta di essere visto come un oggetto frustrante e dal desiderio di gratificare il paziente. Inoltre servirebbe ad impedire l'analisi della colpa e della vergogna che il paziente ha cominciato a descrivere all'inizio della seduta aggiuntiva. L'esperienza del paziente, non quella del terapeuta, dovrebbe costituire l'unico centro di attenzione di cui parlare. All'interno del modello del conflitto pulsionale, la *disclosure* controtransferale serve solo ad impedire questo obiettivo.

Il modello dell'arresto evolutivo

Secondo Mitchell (1988), Winnicott e Kohut sono stati i rappresentanti più influenti di questo punto di vista. Più recentemente, Stolorow e colleghi hanno dato contributi importanti. Come il nome stesso suggerisce, in questo modello la psicopatologia è vista come risultato dello sforzo basilare di coesione del sé cui si oppongono le figure parentali significative. A causa della mancanza di un sé consolidato, i genitori sono incapaci di rispondere alle normali richieste dei figli svolgendo la funzione di oggetto-sé rispecchiante e idealizzante appropriata allo stadio evolutivo. Le conseguenze di questo continuo fallimento da parte delle figure parentali pone il bambino nella posizione di cancellare o sospendere il bisogno di conferma del sé adattandosi al contesto emotivamente deficitario e adeguando la formazione della struttura del sé all'inadeguatezza dell'ambiente. Il bambino effettua un compromesso nel quale il "vero sé" (Winnicott) non riconosciuto, che anela all'accudimento, verrà nascosto dietro a un "falso sé" per conservare quel minimo di conferma del sé che i genitori forniscono nonostante il loro deficit.

Da questo tipo di ambiente il bambino viene spinto a cercare continuamente e disperatamente qualcuno da cui dipendere per supportare il suo fragile senso del sé. L'individuo non è in grado di sostenere un senso di auto-soddisfazione indipendentemente dalle risorse di oggetto-sé fornite dagli altri. Le relazioni stabilite su queste basi essenzialmente narcisistiche sono spesso turbolente, insoddisfacenti e di breve durata. Da questo punto di vista la patologia del sé è primaria. Le pulsioni sono viste come fenomeni secondari mentre i principi guida dell'organizzazione del sé hanno la prevalenza. L'aggressività, per esempio, è vista come "conseguente alla frustrazione o a una ferita della stima di sé" (Lachmann, 1986).

Il terapeuta che segue questa corrente vede il paziente come teso a stabilire, all'interno della sicurezza della interazione terapeutica, quel tipo di relazione che consente di sbloccare i bisogni evolutivi congelati e rimettere in moto la crescita del sé. La ricerca del paziente di "necessità evolutive" (Atwood et al., 1989) prende la forma di un transfert di oggetto-sé verso il terapeuta, che è quindi visto sia come qualcuno che può rispecchiare gli aspetti unitari del sé del paziente oppure, attraverso l'idealizzazione del terapeuta, come qualcuno che può contribuire ad un arricchimento e ad una graduale crescita del sé.

In breve, si vede il paziente come qualcuno che, nello sviluppo del sé, è alla ricerca di una riapertura di ciò che si era pensato fosse definitivamente chiuso. A differenza del modello archeologico freudiano (Stolorow et al., 1987), non si pensa che il paziente getti la luce della consapevolezza sui suoi desideri per poter poi rinunciarvi. Si deve pensare, invece, che i desideri richiedono accettazione, comprensione e una adeguata capacità di risposta (*responsiveness*). Nonostante tutte le inevitabili imperfezioni del terapeuta e le conseguenti frustrazioni per il paziente, lo sforzo del terapeuta di essere responsivo condurrà al graduale spiegamento di un'unitaria e stabile organizzazione del sé. Mentre il terapeuta appartenente alla corrente del conflitto pulsionale sostiene che si debba perseguire, con l'interpretazione, l'*insight* come fattore terapeutico prioritario, il terapeuta dell'arresto evolutivo ha come obiettivo principale una nuova esperienza, essendo guidato dal principio della comprensione della realtà soggettiva del paziente. L'applicazione coerente di un'"indagine empaticamente sostenuta" (Kohut, 1959; Stolorow et al., 1987) comunica al paziente un impegno a comprendere come appare il mondo ai suoi occhi. Si avvia così un processo in cui il terapeuta si presenta come una figura che, con i suoi limiti, si sintonizza con le esigenze di crescita del sé del paziente. Il paziente guiderà il terapeuta verso ciò che serve. L'atteggiamento del terapeuta è finalizzato alla comprensione del significato dell'esperienza del paziente dall'"interno" piuttosto che dall'"esterno" della realtà soggettiva del paziente. Questo atteggiamento "fa sì che l'analista divenga lentamente una presenza sensibile e con lui si possano rivivere i primi bisogni insoddisfatti e re-integrare le spinte evolutive abortite" (Stolorow, et al., 1987, p. 11)

L'intervento terapeutico è visto dai teorici dell'arresto evolutivo come il risultato di una "concezione bipolare del transfert" (Stolorow, et al., 1987, p. 101) e come la capacità di mantenere una "posizione di coinvolgimento e di distacco sintonizzato" (Lachmann, 1986, p. 347), dal momento che il terapeuta distingue quale posizione, di primo piano o di sfondo, caratterizzi il transfert (nei suoi due poli di oggetto-sé o oggetto idealizzato) che il paziente vive in quel momento. L'esperienza di transfert del paziente può essere innescata da un complesso interscambio di conflitti legati alla relazione idealizzata così come ai desideri di oggetto-sé. Quando tutto sta procedendo bene, gli interventi del terapeuta saranno in risonanza con entrambi gli aspetti dell'esperienza transferale: "L'efficacia terapeutica delle interpretazioni dell'analista non sta solo nell'*insight* cui conducono, ma anche nel fatto che dimostrano la sintonizzazione del terapeuta con gli stati emotivi e i bisogni evolutivi del paziente" (Stolorow, et al., 1987, p. 101). Il determinare quale esperienza sia predominante per il paziente influenzerà il contenuto e i tempi delle interpretazioni di transfert (Stolorow e Lachmann, 1980), così come la sua capacità di gestire un delicato equilibrio tra "fasi di comprensione e di spiegazione" (Kohut, 1984) del processo terapeutico.

Gli inevitabili fallimenti nel raggiungere o mantenere questa sintonizzazione attiva le paure e le aspettative di ritraumatizzazione del paziente. A causa della sua attività organizzante inconscia, il paziente si aspetterà non solo che il terapeuta fallisca per le stesse ragioni per cui altri hanno fallito nel passato, ma anche che le conseguenze saranno identiche. È proprio qui che l'analista ha l'opportunità di gettare luce su "significati e temi invariati preformati evolutivamente" del passato del paziente. Egli cerca, infatti, di "analizzare approfonditamente l'esperienza di fallimento dell'oggetto-sé vissuta dal paziente, dimostrando la propria sintonizzazione con i suoi stati affettivi reattivi e riparando così il legame interrotto" (Stolorow, et al., 1987, p. 102). Grazie al suo sforzo di rendersi conto del motivo per cui non è riuscito a comprendere l'esperienza del paziente, diventa possibile sviluppare l'*insight* che riguarda i *pattern* di relazione ripetitivi del passato all'interno dei quali l'analista è stato assimilato. La nuova esperienza di accomodamento alle inevitabili frustrazioni per costruire una relazione diventa stimolo per il processo terapeutico.

Riassumendo, quando il terapeuta fallisce nel suo ruolo di nuovo oggetto gratificante, è percepito come il vecchio oggetto frustrante. Attraverso la sensibilità empatica che gli permette di comprendere il suo fallimento, il terapeuta ha la possibilità di riguadagnare lo *status* di nuovo oggetto. Questa sequenza è in netto contrasto con il modello del conflitto pulsionale per il quale il terapeuta è all'inizio percepito come il

vecchio oggetto e solo gradualmente, attraverso l'elaborazione della nevrosi di transfert, raggiunge un nuovo *status* oggettuale.

In relazione agli assunti sottostanti, è comprensibile come il controtransfert, nel modello dell'arresto evolutivo, sia visto come impedimento alla sintonizzazione con l'esperienza soggettiva del paziente. Le reazioni controtransferali sono la prova dei fallimenti del terapeuta nel sintonizzarsi e sono prevedibili alla luce delle difficoltà che tutti i terapeuti inevitabilmente hanno nei vari momenti "di congiunzione e di disgiunzione" nel rendersi oggetto-sé per il paziente (Atwood, et al., 1989; Stolorow, et al., 1987). Il terapeuta inevitabilmente sperimenterà dei momenti in cui si sente troppo vicino (congiunzione), oppure troppo distante (disgiunzione) dall'esperienza del paziente per mantenere l'obiettivo della sintonizzazione empatica alla prospettiva soggettiva del paziente.

Nonostante i teorici più recenti di questo modello (Stolorow, Brandchaft e Atwood, 1983; Stolorow e Lachmann, 1980) abbiano affermato che il processo terapeutico è una "matrice intersoggettiva", il controtransfert continua ad essere definito come un inevitabile rischio del quale il terapeuta deve diventare consapevole. Egli deve perciò lavorare per rimuovere questo blocco all'ascolto così che possa di nuovo dedicarsi con cura allo stato soggettivo del paziente. In questo contesto, il controtransfert non è visto come possibile fonte emotiva di informazioni sul paziente, ma piuttosto come prodotto dei problemi irrisolti del terapeuta che, emergendo, lo rendono incapace di essere quella figura sensibile di cui il paziente ha bisogno. Le reazioni di controtransfert sono considerate importanti fonti di informazione riguardo al deragliamento del terapeuta nel seguire e rispondere ai bisogni delle funzioni di oggetto-sé e ad un insufficiente *holding* da parte del terapeuta/madre. I momenti di *impasse* nei quali il terapeuta si sente alle strette con il paziente possono essere la "strada maestra" per comprendere come il proprio patologico controtransfert abbia portato a fallimenti empatici nel percepire e valutare il punto di vista soggettivo del paziente (Atwood et al., 1989). Non si attribuisce mai al paziente l'interesse inconscio di esprimere aggressività nei confronti del terapeuta, ma anzi si ritiene che desideri ardentemente l'opposto.

Il credito da dare alla *disclosure* in questo modello deriva dall'idea che il controtransfert sia una inevitabile usurpazione che il terapeuta, come persona separata, opera sull'identità del paziente: serve, quindi, solo a diminuire la differenza tra paziente e analista e rappresenta un ulteriore abuso da parte dell'individualità del terapeuta. Tuttavia, nonostante la *disclosure* sembri violare l'atteggiamento terapeutico di base raccomandato dagli psicologi del sé, ci sono alcune interessanti eccezioni notate dai fautori di questo modello. Kohut (1984) sostiene nei suoi ultimi scritti che "gli psicologi del sé usano gli stessi strumenti degli analisti tradizionali (interpretazione seguita da elaborazione in una atmosfera di astinenza)" (p. 75). Eppure, discutendo il tema della confrontazione e il suo uso analiticamente appropriato, racconta un caso clinico in cui la tendenza di un giovane a recarsi in auto ad alta velocità alle sedute provocò Kohut a dirgli: "Lei è completamente idiota". Kohut aggiunge anche: "Poi gli ho parlato per un paio di minuti esprimendo le mie opinioni su certi aspetti del suo comportamento..." (p. 74).

Si pone, quindi, il problema di individuare i criteri per valutare la *disclosure* del terapeuta, dal momento che la diversità del terapeuta è a prima vista controindicata.

Che tipo di influenza e quali indicazioni potrebbe dare al terapeuta il modello dell'arresto nel caso clinico riportato all'inizio? Come prima cosa si dovrebbero accertare e ratificare i bisogni evolutivi del paziente che emergono in quel momento. Sembra che il paziente citato lotti con le conseguenze di un fallimento nella sintonizzazione empatica del terapeuta. Nella seduta del venerdì, esprime l'intenso bisogno di una risposta che rispecchi empaticamente la contentezza e l'orgoglio per le sue doti: attraverso la sua esibizione, vuole renderle "reali" per il terapeuta. Sembra che la mancanza di una risposta sufficientemente positiva da parte del terapeuta sia stata sperimentata dal paziente come una delusione dolorosa, che dà luogo ad una rottura empatica.

A causa del fallimento nella sintonizzazione empatica del terapeuta, il disperato desiderio di affermazione del paziente acquista caratteristiche più arcaiche, associato a materiale che attribuisce al terapeuta lo stesso desiderio che il paziente ha verso di lui: un uomo che succhia il pene di un altro, la possibilità che l'attrazione sessuale del terapeuta per il paziente sia "trapelata". Il paziente probabilmente sperimenta il terapeuta come qualcuno che lo ha deluso per le stesse ragioni per cui altri lo hanno deluso nel passato; cioè, i loro bisogni hanno impedito loro di essere appropriati oggetti-sé per lui. La rottura empatica col terapeuta si coglie nello stato d'animo "triste e agitato" alla fine della seduta del venerdì, in un crescendo di ansia al punto che chiede una seduta aggiuntiva per riparare la rottura. Senza l'appropriata risposta del terapeuta di rispecchiamento per le sue doti, il paziente si chiede se "esista qualcosa degno di interesse", un capovolgimento totale dell'esperienza di grande orgoglio che trapela dall'esibire i suoi muscoli.

Il controtransfert del terapeuta, quindi, viene visto principalmente come conseguenza della configurazione della sua personalità che non gli permette di fornire al paziente funzioni appropriate di oggetto-sé.

Il terapeuta avrebbe potuto mostrare un entusiasmo maggiore in risposta all'esibizione fisica del paziente, ma forse non si è sentito libero di farlo perché colto di sorpresa, messo sotto pressione ed anche un po' minacciato da un omosessuale in cerca di questo tipo di attenzione. Tutte le preoccupazioni del terapeuta sono evidenti nelle sue fantasie nell'inizio della seduta aggiuntiva. Probabilmente la risposta reale del terapeuta è stata sperimentata dal paziente come risposta verbale vuota, o tutt'al più deludente in quanto è piuttosto ragionevole inferire che il viso del terapeuta e i suoi gesti comunicassero un certo grado di incipiente disagio. Il terapeuta sembra essere sintonizzato con l'umore depresso del paziente alla fine della seduta del venerdì, riconoscendo che poteva essere data una risposta diversa al paziente. Forse, riconoscendo inconsciamente il suo fallimento empatico, il terapeuta offre la seduta aggiuntiva "senza indagare oltre", nello sforzo di riparare il legame empatico.

Una volta che la rottura empatica è avvenuta, il terapeuta deve innanzitutto superare il suo controtransfert distruttivo e rimettere a fuoco i bisogni del paziente. A questo punto dovrebbe essere nella posizione di rielaborare ed analizzare le esperienze passate di fallimento empatico del paziente, un processo questo di grande potere curativo. Riparando la rottura empatica tra il paziente e se stesso e giungendo a vedere le connessioni con i fallimenti empatici del passato, diventa possibile dare un nuovo esito ad un problema antico.

Si possono dare numerose raccomandazioni tecniche. Innanzitutto il terapeuta ha bisogno di riflettere sui motivi per cui non si è lasciato andare ad affermazioni più entusiastiche e non ha fatto i conti con la sua generica sensazione di disagio alla manifestazione del paziente. Se non è capace di raggiungere questo risultato, dopo un periodo di autoriflessione, si renderà necessaria una supervisione per eliminare l'impedimento controtransferale. Il terapeuta dovrebbe anche chiedersi se il bisogno del paziente di ricorrere ad agiti piuttosto che a parole per comunicare il suo desiderio di affermazione non fosse una reazione all'aver vissuto da tempo il terapeuta come persona che non rispondeva ai suoi bisogni evolutivi. Di conseguenza, gli sforzi del terapeuta dovrebbero essere tesi verso la ricostituzione di una atmosfera di sintonizzazione empatica centrata sulla comprensibile esperienza di disappunto del paziente.

Nella prospettiva dell'arresto evolutivo la domanda del paziente sulla reazione del terapeuta al suo essersi tolto la camicia rappresenta un'altra richiesta che il terapeuta riconosca e accetti il suo bisogno di una reazione positiva al suo comportamento. La domanda rappresenta anche un'opportunità per cominciare a riparare la rottura empatica attraverso un franco riconoscimento del suo fallimento. Grazie a queste considerazioni, il terapeuta potrebbe rispondere nel seguente modo: "Quando Lei si è tolto la camicia, la mia prima reazione è stata di sorpresa, specialmente perché non aveva mai fatto niente del genere prima. Non avendo realmente capito ciò che stava succedendo, sono stato piuttosto cauto riguardo

a che cosa fare. Ripensandoci, adesso mi rendo conto che tutto ciò non è stato positivo, perché mi ha impedito di risponderle con spontaneità ed entusiasmo. Dal momento che mi rendo conto della grande importanza che Lei attribuisce alla mia opinione, penso che si sia esposto a un grosso rischio e credo di averla veramente delusa”.

Anche se avviene a posteriori, la teoria dell'arresto evolutivo suggerisce che questo tipo di aperto riconoscimento, rappresenta un'importante riparazione del paziente, favorendo la possibilità di restaurare una atmosfera di indagine empaticamente sostenuta. Riparando il danno causato dalla rottura della corrente empatica, si gettano anche le basi per la guarigione delle vecchie ferite.

Modello del conflitto relazionale

Basandosi su un lavoro precedente (Greenberg e Mitchell, 1983), Mitchell (1988) ha esposto con chiarezza un terzo importante punto di vista sulla motivazione umana e sulle sue manifestazioni interazionali. Per Mitchell, il modello del conflitto relazionale rappresenta l'integrazione delle teorie interpersonali, delle relazioni oggettuali e della psicologia del sé. Poiché Mitchell si ispira a concettualizzazioni tanto diverse, c'è il rischio di non rendere giustizia alla ricchezza e alla particolarità di ciascuna di loro. Tuttavia, nonostante questa difficoltà, il tentativo di integrazione di Mitchell è stato possibile grazie ai numerosi elementi teorici comuni: il ruolo del terapeuta, la visione del paziente, la natura dello sviluppo psicologico, la psicopatologia e l'intervento terapeutico. Mitchell si basa sulla ricca tradizione storica che include Ferenczi, Rank, Fromm, Sullivan, Searles, Tauber e Levenson, solo per citare alcuni fra i teorici più importanti. Una ulteriore elaborazione di questo indirizzo incentrata sul controtrasfert oltrepassa lo scopo di questo scritto, ma è stata effettuata altrove (Epstein e Feiner, 1979; Tansey e Burke, 1989).

Secondo questo terzo modello, lo sviluppo umano avviene all'interno, ed è determinato dalla “matrice relazionale” che ogni individuo costruisce nel tempo tramite le esperienze costanti di organizzazione del sé, i legami oggettuali e i *pattern* transazionali. La matrice include sia le strutture intrapsichiche acquisite attraverso la storia delle esperienze interpersonali, sia le configurazioni relazionali ripetitive che l'individuo usa per affrontare il mondo interpersonale.

L'individuo è un organizzatore attivo del processo evolutivo e uno sperimentatore assiduo di possibili modalità di relazione. In rapporto alla costellazione delle figure di accudimento, giunge alla fine a *pattern* di relazione stabili che traggono dagli altri il sostegno emotivo necessario per mantenere l'equilibrio ottimale. L'individuo porta queste configurazioni nei nuovi contesti e coinvolge gli altri nell'unico modo che conosce; è inconsciamente determinato a ricreare il suo ambiente passato, interagendo con loro come se fossero parti del suo vecchio contesto. Wachtel (1982, p. 264) afferma che “il risultato del nostro continuo ripetere certe modalità di relazione - essere fiduciosi o sospettosi o sexy o in qualsiasi altro modo - mira in fin dei conti a condurre le altre persone ad agire secondo modalità che provino che noi siamo nel giusto”.

Questa pressione a rimettere in atto paradigmi relazionali predeterminati è fonte di conflitto per l'individuo. Vecchi *pattern* di relazione sono fonti di piacere, guida, predicibilità e coesione del sé. L'invischiamento dell'individuo in questi *pattern* può essere accompagnato da dolorose frustrazioni e delusioni simili a quelle del passato. La psicopatologia diventa sinonimo della matrice relazionale dell'individuo, secondo che sia un sistema chiuso o aperto (Fairbairn, 1958, p. 285), quale fattore determinante la capacità della persona di creare connessioni vere con nuovi individui in nuove circostanze interpersonali.

Il paziente è visto “alla ricerca di qualcosa di nuovo e di qualcosa di vecchio” (Mitchell, 1988, p. 292). La sua vita è fonte di dolore, si dà inconsciamente da fare per creare e mantenere circostanze angosciose, ma familiari. Inconsciamente cerca di assimilare l'interazione terapeutica agli stessi *pattern* transazionali di cui ha fatto un'esperienza tanto spiacevole ma anche tanto predicibile. Come Wachtel (1986, p. 62) afferma, “il paziente ha bisogno di ‘complici’ per mantenere la sua nevrosi”. In modi sottili e palesi, fa leva sul

terapeuta, per ricreare lo scenario dei suoi personaggi familiari. Desidera e teme la complicità dell'analista (da qui il conflitto), manifestando nell'interazione terapeutica entrambe le tendenze.

Il paziente non è visto come la vittima passiva di precoci deficit ambientali, ma come chi è stato influenzato dalle carenze esterne e, in quanto agente attivo, a sua volta influenza gli altri perché lo aiutino a mantenere il suo ben consolidato stile di adattamento a quegli stessi deficit. Gill (1982) nota che questa visione del paziente crea un ponte tra l'ambito intrapsichico e quello interpersonale: "Le strutture intrapsichiche non solo determinano un'attenzione selettiva agli aspetti del mondo esterno ad esse conformi, ma l'individuo si comporta in maniera tale da accrescere la probabilità che le risposte che ottiene confermino la visione che si è costruito...queste determinanti diventano astrazioni artificiali se vengono trattate isolatamente dal contesto interpersonale nel quale esse trovano espressione" (p. 92).

Coerentemente con le caratteristiche interpersonali del modello, il paziente è considerato come fonte vitale di informazioni su come il terapeuta sperimenta l'interazione (Wolstein, 1959; Searls, 1975; Hoffman, 1983). Poiché il terapeuta è "dentro" l'interazione e, consapevole o inconsapevole, è legato alla lettura soggettiva che egli dà della relazione, l'esperienza che il paziente ha del terapeuta è considerata fonte importante di informazione sul terapeuta e guida nella comprensione dell'interazione. In quanto agente attivo, il paziente è visto come partecipe e partner nel guidare e interpretare un processo che viene definito dalle due parti: "...è anche vero che un analista non dovrebbe essere così narcisista da credere che non possa essere analizzato dal paziente" (Wolstein, 1959, p. 112).

Il modello del conflitto relazionale ritiene che anche il terapeuta abbia un ruolo attivo nell'evolversi del processo analitico. Come abbiamo detto sopra, egli viene ingaggiato a giocare una miriade di ruoli nella matrice relazionale specifica che il paziente riattiva nella relazione terapeutica. In definitiva, non è possibile evitare il coinvolgimento nell'assegnamento dei ruoli al paziente: "La sua partecipazione non è una scelta; la tecnica consiste nello specificare come dovrebbe partecipare" (Greenberg, 1986).

Il terapeuta è incoraggiato a subire qualsiasi "trasformazione" (Levenson, 1972, 1983) sperimenti nel suo ruolo di "osservatore partecipe" (Sullivan, 1953) e ad usare la conoscenza emotiva da ciò derivante come possibile fonte di informazione su se stesso, sul paziente e sull'interazione.

L'esperienza dell'interazione è considerata come ingrediente centrale poiché "qualsiasi cosa nel campo terapeutico deve essere trattato come dato analitico" (Ehrenberg, 1982). La sua capacità di coinvolgimento nel processo terapeutico e di trasformazione della propria percezione, indotta dall'interazione con il paziente, sono fattori determinanti nel cogliere la vitalità, la profondità e lo scopo del trattamento stesso.

Il ruolo del terapeuta nel modello del conflitto relazionale costituisce la principale differenza tra questo e i due modelli precedenti. L'ambito di osservazione nel modello del conflitto relazionale non è limitato al paziente e alle sue operazioni intrapsichiche, ma si allarga con uguale importanza all'interazione terapeutica e ad entrambi i suoi partecipanti. Il terapeuta riveste un ruolo centrale in ciò che viene creato e non è più un mero osservatore del fenomeno da studiare. Il paziente in definitiva non si fa scoprire solo attraverso i canali standard della comunicazione verbale e non verbale, ma anche *attraverso* l'esperienza del terapeuta.

Nel modello del conflitto relazionale, l'intervento terapeutico tiene in considerazione l'esperienza e la partecipazione sia del paziente che del terapeuta. Il paziente è visto come un agente attivo che è costretto inconsciamente sia a ricreare che a modificare i suoi *pattern* storici di relazione nella relazione col terapeuta. Il terapeuta è visto sia come un partecipante sia come un osservatore, che sottopone le proprie inclinazioni, che determinano la natura della sua recettività, alla pressione emotiva del paziente. Wolstein (1959), notando l'evoluzione storica dei modelli dell'intervento terapeutico, evidenzia quanto sia radicale il cambiamento teorico contenuto nel paradigma interpersonale: "L'intera esperienza del paziente, in quanto converge con l'esperienza dell'analista, è considerata, per la prima volta, materiale d'esplorazione. Il campo esperienziale nella sua totalità è ora l'ambito dell'investigazione psicoanalitica" (p. 118-119). La spinta

determinante per questa riconcettualizzazione del campo terapeutico è data dal fatto che il processo analitico diventa una “ricerca collaborativa” (Chrzanowski, 1980), in cui l’informazione sul processo stesso può emergere attraverso l’esperienza di entrambi i partecipanti; entrambi i membri contribuiscono a “scambiare e documentare mutue impressioni, emozioni e osservazioni” (p. 354).

Fino a che punto l’*insight* e la nuova esperienza contribuiscono all’intervento terapeutico del modello del conflitto relazionale? Due fattori vengono ridefiniti. L’autoconsapevolezza è fatta dipendere dalla ricerca e dalla comprensione dell’intero *contesto* in cui l’individuo opera psicologicamente: “L’autoconsapevolezza, in una prospettiva interpersonale, è consapevolezza non solo dei propri desideri, pensieri e sentimenti respinti, ma anche delle situazioni interpersonali che suscitano questi eventi psicologici. Essa include la comprensione dell’effetto che particolari interazioni hanno sul proprio stato psicologico e dell’effetto che ciascuno suscita sugli altri (effetto che a sua volta ritorna, attraverso il comportamento degli altri, a rinforzare il proprio senso del sé, di solito in modo da mantenere l’intero *pattern*)” (Wachtel, 1986, p. 63).

All’*insight* viene attribuito lo stesso valore della nuova esperienza e deve sempre accompagnarla se si vogliono raggiungere cambiamenti duraturi. L’uso dell’interpretazione fornisce informazioni cognitive circa i significati sottostanti ai sentimenti e ai comportamenti del paziente. Ma questi interventi devono essere considerati anche “complessi eventi relazionali” e possono essere capiti solo nel contesto interpersonale nel quale sorgono (Mitchell, 1988).

Un certo grado di partecipazione allo sforzo del paziente di rimettere in atto i *pattern* di relazione del passato è inevitabile. Al contrario del modello del conflitto pulsionale, in cui il paziente effettua una semplice distorsione della realtà conformemente ai suoi *pattern* di relazione passati, nella prospettiva del conflitto relazionale ciò di cui il paziente sta parlando è considerato come se davvero avvenisse in quel momento “nei suoi vari aspetti” (Gill, 1983, p. 226). Levenson (1972) applica il concetto di strutturalismo allo scambio dinamico e afferma che i significati del contenuto storico sono isomorfici ai significati dei comportamenti reali nell’interazione. L’asse centrale, intorno al quale ruota l’azione terapeutica del trattamento, è costituito dal modo in cui il terapeuta partecipa a quella antica forma di relazione e cerca di trasformarla in una diversa e meno problematica. L’*insight* e la nuova esperienza sono legate inestricabilmente.

La partecipazione del terapeuta conduce all’osservazione per suscitare il cambiamento. L’interazione analitica deve sia ripetere le relazioni significative del passato che discostarsi da esse; nonostante “sia proprio nell’atto del partecipare che l’analista impara quello che è più importante sapere sul paziente”, questa partecipazione congiunta alla rimessa in atto deve essere caratterizzata dalla possibilità di riflessione che la rende diversa (Wachtel, 1986). L’azione terapeutica scaturisce dall’essere catturati ciclicamente nelle vecchie forme di relazione e dal poter subito dopo comprendere ed elaborare questi momenti. Greenberg (1986, p. 96) mira a un’atmosfera analitica caratterizzata dalla ri-creazione senza rimozione, un’atmosfera nella quale le “rotture di sicurezza” causate dall’esperienza della rimessa in atto possa essere elaborata, se non vengono ripetute le condizioni che avevano provocato la rimozione. In breve, il terapeuta ha la possibilità di essere sperimentato dal paziente come un nuovo oggetto, attraverso il processo del suo tollerare ed analizzare insieme la partecipazione congiunta alla vecchia esperienza oggettuale.

Proprio il fatto che il terapeuta venga coinvolto nella matrice relazionale del paziente, contribuisce alla sua incidenza terapeutica. L’esperienza di essere all’interno della relazione di ruolo gli dà la possibilità di capire il paziente e di “trovare una voce” (Mitchell, 1988, p. 295) con cui coinvolgerlo in una collaborazione proficua.

Il controtransfert, che viene generalmente definito come la risposta globale del terapeuta, gioca un ruolo centrale nella visione dell’intervento terapeutico del modello del conflitto relazionale.

La *disclosure* controtransferale, che trova una fondamentale incompatibilità all'interno del modello del conflitto pulsionale e solo una piccola accettazione nel modello dell'arresto evolutivo, trova piena accoglienza teorica nel modello del conflitto relazionale. Gli studiosi che seguono questo modello non discutono la possibilità che il controtransfert dia informazioni al terapeuta circa il paziente e l'interazione, ma piuttosto se, quando e quanto di ciò che il controtransfert suscita debba essere introdotto nello scambio diretto col paziente.

Considerando il terapeuta come co-partecipante al processo mutuamente definito, la discussione volge ai possibili meriti e trappole della *disclosure*. Tra i teorici del conflitto relazionale, anche se c'è un essenziale accordo sul ruolo partecipe dell'analista, esiste un'ampia gamma di opinioni sull'opportunità della *disclosure*. I più vedono uno spazio per la *disclosure* solo in circostanze rare e chiaramente definite. Altri concordano con Wachtel (1986, p. 67) nel pensare che "le reazioni del terapeuta non possono essere eliminate o tenute nascoste. Possono solo essere rimosse". Come Russel (1990, p. 3) sostiene, la *disclosure* implicita avviene continuamente ed "è un atto di colossale narcisismo teorico pensare che possiamo dare prescrizioni a favore o contro una cosa di questo genere."

Molte domande sono state rivolte a coloro che, all'interno del modello del conflitto relazionale, invocano *disclosure* giudiziose. La *disclosure* facilita o limita la capacità del paziente di sperimentare ed esaminare il transfert? In che modo la *disclosure* del terapeuta influenza l'informazione tratta dal paziente? La *disclosure* promuove od ostacola la capacità del terapeuta a mantenere una posizione di relativa neutralità? Qual è il grado di comprensione che il terapeuta dovrebbe avere riguardo al paradigma transfert-controtransfert prima che egli effettui una *disclosure*?

Per quanto non vi sia consenso di opinioni su queste questioni, è illuminante riflettere sulle diverse posizioni.

Bollas (1983) ritiene la *disclosure* centrale nello stabilire un "discorso intersoggettivo" col paziente. La capacità del paziente di sperimentare il transfert viene accresciuta piuttosto che limitata dal fatto che il terapeuta scopra e sveli, in un preciso momento da lui scelto, i significati della sua esperienza soggettiva dell'interazione con il paziente. La *disclosure* permette una eventuale scoperta di aspetti negati del paziente con i quali il terapeuta si è identificato. In tali circostanze, una *disclosure* esplicita aiuta a illuminare ciò che è avvenuto, "mettendo il paziente in contatto con qualcosa che aveva perso e rendendolo capace di un coinvolgimento più autentico con il processo associativo" (p. 6). Una volta integrati questi aspetti del sé, il paziente raggiunge una posizione emotiva migliore per rivedere ed elaborare aspetti del transfert precedentemente inafferrabili. In breve, si pensa che una maggiore apertura ed espressività emotiva da parte del terapeuta in relazione al controtransfert, se ha successo, possa promuovere le stesse qualità nell'esperienza di transfert del paziente.

Wachtel (1982, 1986) approfondisce un aspetto relativamente inesplorato della *disclosure*, se sia possibile ottenere dal paziente con la *disclosure* un tipo di informazione qualitativamente diversa da quella che si otterrebbe senza far ricorso alla *disclosure*. Egli inquadra il concetto di neutralità con l'affermazione, oggi familiare, che tutti i comportamenti del terapeuta comunicano qualcosa al paziente: "Se rimaniamo in silenzio, vediamo un aspetto del paziente e se criticiamo, lodiamo, diamo consigli, ridiamo ad una battuta (o no), vediamo altri aspetti, ugualmente significativi" (p. 61). Così, può essere che la *disclosure* non solo abbia la potenzialità di approfondire l'esperienza che il paziente ha del transfert, ma che possa anche influenzare gli sviluppi di certi aspetti del paradigma transferale-controtransferale a scapito di altri.

Greenberg (1986) definisce la neutralità come il mantenimento da parte del terapeuta di una posizione in grado di promuovere una tensione ottimale tra l'essere visto come un nuovo e come un vecchio oggetto. Egli sostiene anche che le rivelazioni personali "possono contribuire allo stabilirsi, consolidarsi oppure restaurarsi di una atmosfera neutrale" (p. 83), una posizione questa diametralmente opposta al modello del conflitto pulsionale. La *disclosure* in questo contesto può aiutare il terapeuta a incoraggiare una "atmosfera

di sicurezza" (Schafer, 1983), permettendo al paziente di vedere dove il terapeuta si collochi, nel vecchio oppure nel nuovo aspetto del paradigma transfert-controtransfert. La neutralità diventa così una posizione che il terapeuta tenta di raggiungere e la *disclosure* è semplicemente un importante strumento tecnico che può facilitare i suoi sforzi.

È oggi in atto un ampio dibattito sul grado di comprensione che il terapeuta dovrebbe avere degli aspetti nascosti del paradigma transfert-controtransfert prima di decidere di effettuare una *disclosure*. L'opera di Ehrenberg (1974, 1982, 1984) si pone come un chiaro esempio dell'impiego della *disclosure*: una modalità per ottenere comprensione piuttosto che l'esito di un rigoroso autoesame. L'autrice non si sente obbligata alla *disclosure* se ha una forte intuizione sul significato delle sue reazioni controtransferali. La sua strategia consiste nell'elaborare la propria esperienza dell'interazione nello sforzo di promuovere il "limite intimo" (*intimate edge*) (1974) del coinvolgimento affettivo tra paziente e terapeuta. Quando il terapeuta sente di potersi permettere di introdurre con naturalezza nella relazione la sua esperienza come materiale adatto ad essere indagato, il processo di ricerca di maggiore chiarezza sul transfert e sul controtransfert, secondo Ehrenberg, si accresce: "La chiarezza è il risultato, non una preconditione per questo tipo di interventi" (p. 595). Così, la *disclosure* può servire sia come mezzo sia come conseguenza degli sforzi del terapeuta di comprendere i significati dell'interazione.

Ciascun sostenitore della *disclosure* controtransferale sembra consapevole delle possibili limitazioni e violazioni inflitte al paziente a causa di una *disclosure* eccessiva o non rispettosa dei tempi. La relazione tra il paziente e il terapeuta resta asimmetrica (Wachtel, 1986), nonostante la co-partecipazione del terapeuta in un processo mutualmente definito.

Benché si sia tentato di fornire delle linee-guida cliniche per stabilire un "giudizioso equilibrio" (Tansey e Burke, 1989, pp. 133-150), la *disclosure* si colloca in un'area della tecnica che resta necessariamente ambigua ed incerta. Mentre è vero che il modello del conflitto relazionale fornisce una cornice concettuale che consente la più ampia apertura alla *disclosure* quale aspetto del repertorio del terapeuta, manca tuttavia una base adeguata per un giudizio clinico solido.

Come potrebbe essere guidato dal modello del conflitto relazionale il terapeuta del nostro esempio clinico? Innanzitutto, sarebbe incoraggiato a considerare i modi in cui qualcosa di molto significativo emerge nell'interazione terapeutica. Togliendosi la camicia, il paziente ha inconsciamente selezionato una modalità di comunicazione che non permette al terapeuta di scegliere se rivelare una reazione o no; le sue opzioni sono limitate a quanto rivela e come lo rivela.

La reazione controtransferale obbligata del terapeuta dovrebbe essere considerata una possibile fonte di informazione sul paziente e sulle sue difficoltà di relazione. Per usufruire al meglio della sua esperienza controtransferale, il terapeuta dovrebbe determinare in che misura la sua reazione sia una conseguenza dell'influenza del paziente. Sembra chiaro dall'interazione che, anche se le inclinazioni del terapeuta devono aver influenzato in una certa misura la sua reazione, il paziente sta esercitando una forte pressione interazionale.

La seduta del venerdì comincia con la provocatoria esibizione dei muscoli e il terapeuta si sente intrappolato tra il pericolo di umiliare con il rifiuto il paziente e ciò che sembra una collusione seduttiva. Sono queste le sue uniche possibilità? Il terapeuta è a disagio e cerca delle alternative. Può negoziare una forma di relazione meno restrittiva che sia accettabile per entrambi e mantenga la relazione? Il fastidio del terapeuta è simile a quello del paziente: non si è forse sentito incapace di negoziarlo senza infierire sul paziente?

Considerando seriamente questi problemi e volendo stabilire un legame tra la propria esperienza e quella del paziente, la *disclosure* controtransferale rappresenterebbe certamente un'opzione nella prospettiva del modello del conflitto relazionale. Nella interazione terapeutica viene rivissuta una dinamica di vitale importanza per il paziente e questo crea per il terapeuta l'opportunità di arricchire l'analisi

del *pattern* interazionale introducendo alcuni aspetti della propria esperienza. Nel rispetto dei tempi e col tatto necessario, l'iniziale posizione di disagio e di confusione può diventare l'occasione di commentare dall'"interno" uno dei paradigmi relazionali del paziente. In questa luce, la domanda del paziente riguardo la reazione del terapeuta può essere vista come una richiesta di accedere al punto di vista del terapeuta su questa difficile situazione interpersonale.

Il controllo e la consapevolezza delle proprie reazioni diventano per il terapeuta i prerequisiti emotivi per il senso di sicurezza necessario a introdurre una *disclosure* che non produca uno *shock* o sia gravosa per il paziente, ma che conduca invece verso l'obiettivo di promuovere un'indagine utile e collaborativa. Data l'impossibilità di sapere il risultato in anticipo, il terapeuta può solo essere attento, procedere cautamente e stare all'erta su come, momento per momento, sia lui che il paziente fanno esperienza l'uno dell'altro.

Come esempio di ciò che è possibile all'interno del modello del conflitto relazionale, vediamo come il terapeuta ha gestito realmente il resto della seduta. Inserendo alcune considerazioni sulle conseguenze e l'utilità di questo approccio, non intendiamo affermare che gli interventi proposti dagli altri modelli avrebbero potuto essere meno efficaci. Abbiamo sotto mano solo alcune note cliniche e, piuttosto che inventare un intervento prototipico, lasciamo che la "cosa reale" resti com'è.

Per capire ciò che stava succedendo, prima di decidere se e come svelare alcuni aspetti di ciò che stava sperimentando, il terapeuta chiese al paziente come pensava che egli avrebbe potuto rispondere quando si era tolto la camicia. John rispose che sentiva di aver procurato disagio al terapeuta, come se avesse forzato qualcosa. Il terapeuta immediatamente stabilì una connessione tra la percezione del paziente e il contenuto della sua fantasia riguardo alla *avance* sessuale del paziente. Ora comprendeva che la sua fantasia era un segnale inconscio dell'aver sperimentato l'esibizione del paziente come molto più coercitiva di quanto precedentemente si fosse permesso di portare a coscienza. Vista la confluenza della percezione del paziente con la sua esperienza, egli cautamente offrì la seguente *disclosure*: "Mi sono sentito molto sorpreso quando si è tolto la camicia, specialmente perché non aveva mai fatto prima una cosa del genere. Mi sono scoperto a reagire simultaneamente in due modi molto diversi. Da un lato, mi sono reso conto che lei voleva condividere con me una cosa che rappresenta molta dedizione e un duro lavoro. Come ha detto, lei desiderava rendere questi suoi vissuti reali per noi, non solo dirmelo a parole. Riguardo a ciò mi sono sentito a mio agio. Dall'altro lato, credo di essere stato a disagio per il fatto che non avevo potuto prendere parte alla decisione."

Pur non escludendo altro materiale, era convinzione del terapeuta che questo intervento potesse suscitare l'emersione di pensieri e sentimenti forti in cui il paziente avrebbe connesso spontaneamente la sequenza degli eventi con i suoi comportamenti passati di promiscuità. Si sarebbe scoperto ad ammirare qualcuno da lontano nei bar o nelle palestre. Si sarebbe ricordato di aver mostrato il suo corpo, sperando di suscitare un interesse cui erano seguiti sensazioni di rifiuto o legami sessuali anonimi, che avevano portato a inevitabili sentimenti di disgusto di sé, di vuoto e di solitudine.

Dopo questa seduta e le successive, il paziente e il terapeuta furono in grado di esplorare questo materiale da varie angolature, inclusa la tendenza del paziente a sessualizzare il suo disperato desiderio di attenzione, ammirazione e approvazione che sentiva di non avere mai ottenuto da suo padre.

Conclusioni

Abbiamo tentato di trattare l'argomento della *disclosure* controtransferale e della sua compatibilità con i tre modelli (Mitchell, 1988) di intervento psicoanalitico più diffusi. I modelli stessi non sono puri, ma costituiti da insiemi concettuali accomunati da posizioni simili riguardo il processo evolutivo, la natura della psicopatologia (quando questo termine viene usato), il ruolo del terapeuta, il modo di vedere il paziente e di leggere l'intervento terapeutico. Le differenze tra e all'interno dei tre modelli sono state chiarite

attraverso l'esame del controtransfert e specialmente della *disclosure* controtransferale. Non è possibile per un clinico o un teorico discutere utilmente della *disclosure* senza considerare la cornice teorica in cui è inserita. Speriamo di avere aggiunto un po' di chiarezza al dibattito riguardo alla *disclosure*, attraverso la presentazione che abbiamo fatto del materiale clinico e del modo in cui sarebbe stato valutato ed utilizzato da ciascuna delle tre prospettive.

BIBLIOGRAFIA

- Abend S. (1989) *Countertransference and psychoanalytic technique* Psychoanal. Q., n. 58, pp. 374-395.
- Atwood G. E., Stolorow R. D. e Tropic J. L. (1989) *Impasses in psychoanalytic therapy: a royal road* Contemp. Psychoanal., n. 25, pp. 554-573.
- Bollas C. (1983) *Expressive uses of countertransference* Contemp. Psychoanal., n. 19, pp. 1-34.
- Chrzanowski G. (1980) *Collaborative inquiry, affirmation and neutrality in the psychoanalytic situation* Contemp. Psychoanal., n.16, pp. 348-366.
- Ehrenberg D. B. (1974) *The intimate edge in therapeutic relatedness* Contemp. Psychoanal. n. 10, pp. 423-437.
- Ehrenberg D. B. (1982) *Psychoanalytic engagement: the transaction as primary data* Contemp. Psychoanal., n. 18, pp. 535-555.
- Ehrenberg D. B. (1984) *Psychoanalytic engagement II: affective considerations* Contemp. Psychoanal., n. 20, pp. 560-599.
- Fairbairn W. R. D. (1958) *On the nature and aim of psycho-analytical treatment* Internat. J. Psycho-Analysis, n. 39, pp. 374-385.
- Feiner A. (1979) *Countertransference and the anxiety of influence* in L. Epstein, A. H. Feiner (a cura di) *Countertransference: the therapist's contribution to the therapeutic situation* Jason Aronson, Inc, New York.
- Fromm E. (1964) *The heart of man* Harper & Row, New York.
- Gill M. M. (1982) *Analysis of transference* International Universities Press, New York.
- Gill M. M. (1983) *The interpersonal paradigm and the degree of the therapist's involvement* Contemp. Psychoanal., n. 19, pp. 200-237.
- Greenberg J. R., Mitchell S. A. (1983) *Object relations in psychoanalysis* Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Greenberg J. R. (1986) *The problem of analytic neutrality* Contemp. Psychoanal., n. 22, pp. 76-106.
- Heimann P. (1950) *On countertransference* Intern. J. of Psycho-Analysis, n. 31, pp. 81-84.
- Hirsch I. (1987) *Varying modes of analytic participation* J. of the American Academy of Psychoanalysis, n. 15, pp. 205-222.
- Hoffmann I. Z. (1983) *Il paziente come interprete dell'esperienza dell'analista* trad. it., Psicoterapia e Scienze Umane, 1995, n. 1, pp. 5-39.
- Hoffman I. (1987) *The value of uncertainty in psychoanalytic practice*. Contemp. Psychoanal., n. 23, pp. 205-215.
- Kernberg O. (1965) *Notes on countertransference* J. Amer. Psychoan. Assn, n. 13, pp. 38-56.
- Kohut H. (1959) *Introspection, empathy, and psychoanalysis: an examination of the relationship between mode of observation and theory* J. Amer. Psychoan. Assn, n. 7, pp. 459-483.
- Kohut H. (1984) *How does analysis cure?* University of Chicago Press, Chicago.
- Lachmann F. M. (1986) *Interpretation of psychic conflict and adversarial relationships: a self-psychological perspective* Psychoanal. Psychology, n. 3, pp. 341-355.
- Levenson E. (1972) *The fallacy of understanding* Basic Books Inc., New York.
- Mitchell S. A. (1988) *Relational concepts in psychoanalysis* Harvard University Press, Cambridge MA.
- Racker H. (1957) *The meanings and uses of countertransference* Psychoanal. Q., n. 26, pp. 303-357.
- Reich A. (1951) *On counter-transference* Int.. J. Psycho-Analysis, n. 32, pp. 25-31.
- Reich A. (1960) *Further remarks on countertransference* Intern.. J. Psycho-Analysis, n. 41, pp. 389-395.
- Russell P. L. (1990) *Discussion of paper: countertransference disclosure and the therapeutic action of psychoanalysis* Annual Meeting of the Massachusetts Association for Psychoanalytic Psychology, May 2, 1990.
- Sandler J. (1976) *Countertransference and role-responsiveness* Int.. Review of Psycho-Analysis, n. 3, pp. 43-47.
- Searles H. F. (1965) *Collected papers on schizophrenia and related topics* International Universities Press, New York
- Searles H. F. (1975) *The patient as therapist to his analyst* in *Tactics and techniques of psychoanalytic therapy* Vol. II, (a cura di P. Giovacchini), Jason Aronson, Inc., New York.
- Schafer R. (1983) *The analytic attitude* Basic Books, Inc., New York.
- Singer E. (1977) *The fiction of analytic anonymity* in K. A. Frank (a cura di) *The human dimension in psychoanalytic practice* Grune & Stratton, New York.

- Stolorow R. D., Brandchaft B., Atwood G. E. (1983) *Intersubjectivity in psychoanalytic treatment* Bulletin of the Menninger Clinic, n. 47, pp.117-128.
- Stolorow R. D., Lachmann F. (1980) *Psychoanalysis of developmental arrests: theory and treatment* International Universities Press, New York.
- Stolorow R. D., Brandchaft B., Atwood G.E. (1987) *Psychoanalytic treatment: an intersubjective approach* The Analytic Press, New Jersey.
- Sugarman A. (1989) *Countertransference: a classical critique* Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Division 39: Psychoanalysis. Symposium: Countertransference: validation and disclosure in the therapeutic interaction, August 1989, New Orleans.
- Sullivan H. S. (1953) *The interpersonal theory of psychiatry* W. W. Morton and Co., New York.
- Tansey M. J., Burke W. F. (1989) *Understanding countertransference: from projective identification to empathy* Analytic Press, New Jersey.
- Wachtel P. L. (1982) *Vicious circles: the self and the rhetoric of emerging and unfolding* Contemp. Psychoanal., n.18, pp. 273-295.
- Wachtel P. L. (1986) *On the limits of therapeutic neutrality* Contemp. Psychoanal., n. 22, pp. 60-70.
- Winnicott D. W. (1949) *L'odio nel controtransfert* in *Dalla pediatria alla psicoanalisi* trad. it., Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D. W. (1960) *La distorsione dell'io in rapporto al vero e al falso Sé* in *Sviluppo affettivo e ambiente* trad. it., Armando, Roma, 1970.
- Wolstein B. (1959) *Countertransference* Grune & Stratton, New York.