

143

Paul Parin

## **Il contro-transfert rispetto ai diversi meccanismi di difesa<sup>1)</sup>**

Per fornire un contributo alla teoria della tecnica psicoanalitica, partiamo dalla difesa a cui ricorre il paziente e dalla risposta che adotta il suo medico. HOFFER (24) descrisse il processo difensivo nel modo seguente: «Nel reciproco rapporto di transfert sul quale poggia la situazione analitica, ha luogo una specie di continuo adattamento tra i partners. Molto probabilmente si giunge ad un adattamento dell'organizzazione di difesa del paziente alla situazione analitica e ad accettare l'idea di essere analizzato. L'analista partecipa volentieri a questo processo, dato che è ansioso di vedere, non solo la difesa del paziente in una prospettiva storica, ma anche come la difesa si svolga quando è in atto.»

Il metodo logico per studiare la difesa del paziente quando è in atto consiste nel tener presente la nostra risposta a questa difesa, che immancabilmente si rivolge, quale resistenza dell'Io, verso di noi. ANNA FREUD (9) disse nel 1953: «Nelle vicissitudini dell'agire degli analisti, nel loro procedere tecnico, possiamo trovare nuove chiavi per lo studio sistematico di strutture di carattere e di personalità. Tali fatiche giovano piuttosto ad approfondire il nostro lavoro che non ad ampliare solamente il nostro campo di attività». Naturalmente queste parole non valgono solo per nuovi empirici tentativi di «procedimento psicoanalitico», ma anche per il comportamento del singolo analista nell'ambito delle regole tecniche attualmente in uso.

L'Io, mentre resta temporaneamente eliminato nella tecnica della esplorazione ipnotica, non tacerà a lungo nella nostra. Non appena, dopo l'accordo, sulla regola analitica fondamentale, i derivati dell'Es premono verso la coscienza, l'Io si difende, per usare le parole di ANNA FREUD (8), «contro la tolleranza – illecita – che gli viene imposta e si frappone con qualcuno dei

1) Traduzione dal testo originale apparso nel Fascicolo I, 1960, del Jahrbuch der Psychoanalyse edito dal Dr. G. Scheunert in Amburgo.

144

suoi usuali meccanismi di difesa, disturbando il corso delle associazioni. L'analista asseconda le pulsioni che urgono dall'Es. L'Io è attivo nell'analisi in quelle situazioni nelle quali vorrebbe impedire, mediante delle reazioni, l'avanzata dell'Es »... « Poiché l'analista, con la sua personale influenza, interviene perché siano rispettate le regole fondamentali dell'analisi, l'impulso difensivo dell'Io contro gli istinti si rivolge anche, come difesa diretta, contro la persona

dell'analista». Noi sappiamo come si manifesta la resistenza da rimozione che parte dall'Io, e che FREUD (14) ha indicato quale la prima delle cinque resistenze. Ricordiamoci che con il trattamento ci rivolgiamo all'Io del paziente, o per lo meno alla parte sana e critica del suo Io che è rivolta alla realtà esterna: È questa che lo ha condotto nel nostro studio, è questa che prende coscienza delle nostre dichiarazioni e delle nostre interpretazioni, che critica anche ciò che gli diciamo e in genere, nonostante le nostre sollecitazioni di escludere la censura dalle idee che gli vengono in mente, critica anche ciò che ci dovrebbe dire.

È così comprensibile che il paziente, prima ancora dei suoi inconsci desideri infantili, trasferisca su di noi la difesa che ha costruito contro la realizzazione di tali desideri. Per ANNA FREUD (8) «il paziente, in realtà, è sincero quando manifesta l'impulso o l'atfetto nell'unica forma che gli è ancora accessibile, cioè, nella distorta forma della difesa».

Il paziente è come un regista che vuole mettere in scena un pezzo; la sua nevrosi di transfert. Le parti sono preordinate nel suo inconscio. Egli stesso ve ne ha una importante da recitare e vuole contemporaneamente ingaggiare l'analista per diversi ruoli. Per trattare con l'analista, prima di ogni scena, manda però avanti la censura, che ha rielaborato e mutato il testo e che pensa di vagliare e controllare ostilmente ognuna delle frasi che gli attori devono pronunciare.

Anzi, si può andare oltre, ed arrivare a dire, come fra gli altri fa SPITZ, (42), che l'analista presta al paziente per l'analisi una specie di funzione esteriore dell'Io. Oppure come LOEWENSTEIN (28), che dice: «L'analista costituisce per il paziente un Io ausiliario autonomo, che è capace di resistere meglio del suo agli influssi laceranti dei meccanismi di difesa e delle esigenze istintive. L'analista lavora con le sue funzioni autonome relativamente intatte, se si presuppone che queste non siano disturbate dal contro-transfert».

Il concetto di contro-transfert, che qui viene indicato come qualcosa che potrebbe disturbare il funzionamento dell'Io dell'analista, può essere diversamente e variamente definito. SOLMS (41) asserisce: «Il controtransfert è un fenomeno nevrotico e quindi nocivo in ogni caso». Con ciò egli si rifà alla circonlocuzione di FREUD (12) – 1910 –, che suona così: «Siamo diventati consapevoli del contro-transfert che si genera nel medico attraverso l'influenza del paziente sul sentire inconscio del medico stesso, e siamo inclini a pretendere che il medico sia in grado di riconoscere e dominare questo

145

contro-transfert. Abbiamo notato che ogni psicoanalista può giungere solo laddove i suoi propri complessi e le sue resistenze interiori gli concedono di arrivare.» Da ciò Freud deduce l'esigenza di una costante e continua autoanalisi da parte dell'analista.

Contro questi concetti altri Autori danno al fenomeno un significato molto più ampio: così PAULA HEIMANN (22) definisce contro-transfert tutti «i sentimenti che l'analista prova verso il suo paziente». Esistono comunque nel contro-transfert sentimenti positivi, quando l'inconscio dell'analista comprende l'inconscio dell'analizzando, e sentimenti negativi, quando nell'analista stesso si creano misure di difesa. Tra queste opinioni si hanno tutte le varianti. WINNICOTT (48) ritiene che bisognerebbe distinguere le reazioni nevrotiche dell'analista non sufficientemente analizzato dal «vero e obiettivo contro-transfert», costituito da amore o odio, che si forma nell'analista quale risposta alla reale personalità e al comportamento del soggetto. Il che, perciò, sarebbe esattamente il contrario della prima definizione di Freud e di quella di Solms. Similmente anche NILS HAAK (19) chiama «transfert» il comportamento nevrotico dell'analista verso il suo paziente, e comprende nel concetto di contro-transfert solo la reazione emotiva non distorta dell'analista di fronte al comportamento del paziente, al materiale analitico che va manifestando e soprattutto al suo transfert. ANNIE REICH (36) parla di un contro-transfert cronico e di uno acuto, il quale ultimo può essere considerato la specifica reazione contro-transferale di emergenza di un analista. Ciò conduce ad un punto di vista, forse dei più attuali, che è addirittura opposto a quello di Winnicott e di Haak, ma si avvicina di nuovo alla concezione originaria di Freud. GITELSON (17) sottolinea come l'analista debba stare, secondo l'espressione di TH. REIK (38), costantemente in ascolto di se stesso col «terzo orecchio», debba cioè continuare ad analizzarsi. L'atteggiamento globale verso il paziente dovrebbe corrispondere al rivivere di antiche possibilità transferali dell'analista. E queste vanno indicate come transfert, mentre le reazioni di difesa di emergenza dell'analista – in fin dei conti nessuna analisi è perfetta – devono essere indicate come contro-transfert. Egli porta come esempio l'esageratamente benevolo interesse che l'analista manifesta quando un paziente difficile, che complessivamente procede bene, si trova di fronte ad una difficoltà esterna. A questa sistemazione aderisce HOFFER (24) le cui parole voglio ripetere perché mi sembra tornino molto utili alle nostre considerazioni: «Devo confessare che mi troverei nell'imbarazzo se dovessi definire con esattezza la differenza che passa tra il transfert dell'analista e quel che oggi vien chiamato controtransfert... Io l'ho capito così: il contro-transfert ha a che fare con la reazione intrapsichica dell'analista al materiale prodotto dal paziente, e tale reazione pregiudica la capacità d'intendere dell'analista, e ne influenza le risposte, come pure, in ultima analisi, le interpretazioni. Ritengo giusto distinguere transfert dell'analista da contro-transfert. Quest'ultimo riguarda le sue tenden-

ze, compresa la sua difficoltà a capire il materiale inconscio del paziente, mentre il transfert si riferisce alla valutazione umana del paziente, alla sua risposta ai reali bisogni di lui durante le diverse fasi del trattamento psicoanalitico».

Credo che noi analisti dovremmo tentare d'individuare tutte le nostre reazioni nei confronti del paziente: tra esse sono particolarmente importanti i sentimenti, anche quando non disturbano o danneggiano l'andamento dell'analisi. Quando possiamo intuire *di avere* verso i nostri pazienti *dei sentimenti*, senza essere in grado di capire di *quali sentimenti* si tratti, dovremmo cercare di continuare la nostra autoanalisi. Prendiamo come esempio il caso di un analista che ritenga di dover proibire al paziente di parlare dell'analisi con un amico. Noi potremmo darci una motivazione poco chiara del nostro modo di procedere, del nostro agire quali analisti. Dovremmo quindi accettare l'idea che la nostra decisione sia prodotta da un sentimento a noi ignoto.

L'autoanalisi potrebbe dimostrare che proviamo una gelosia omosessuale verso quell'amico al quale non vorremmo che il nostro paziente rivolgesse i propri sentimenti: in tal caso non pronunceremo il nostro divieto. Oppure dall'autoanalisi potrebbe risultare che ci auguriamo e favoriamo interiormente quell'amicizia, nella speranza che il nostro paziente si lagni di noi con l'amico e resti perciò con noi gentile e docile come prima: l'autoanalisi ci fornisce allora un altro, ragionevole, motivo per rafforzarci nell'idea di mantenere un eventuale divieto.

A bella posta ho scelto come esempio un'evidente, sebbene non impossibile, eccezione dal comune atteggiamento analitico. Volevo far intendere che i nostri sentimenti inconsci sono responsabili con maggior frequenza di queste decisioni non comuni che delle interpretazioni che siamo soliti fornire.

Voi, forse, troverete questo esempio mal scelto o mal svolto. Mi potreste obiettare che l'analista ha, in ogni caso, disturbato col suo divieto il transfert del suo paziente. Questi si attendeva che l'analista vietasse le sue confidenze all'amico, come già usaava fare, il padre nell'infanzia.

L'analista ha mancato alla «regola dell'astinenza» e, abbandonando il suo atteggiamento neutrale, ha agito col paziente e ne ha soddisfatto l'aspettativa infantile. Avrebbe fatto meglio ad attendere, e a permettere alla fantasia del paziente di trasferirgli completamente il ruolo di padre. Solo allora avrebbe dovuto interpretare questo transfert. Devo dar ragione a questa obiezione. Il transfert di desideri infantili rimossi sulla persona dell'analista è un processo necessario e costante fin dall'inizio dell'analisi. Noi dobbiamo accettare il ruolo, che ci viene attribuito, di oggetti di pulsioni infantili e facilitare per mezzo della nostra interpretazione una rielaborazione diversa e più tollerante di questi impulsi istintivi.

Ricordiamo con quali parole FREUD (13) ha sottolineato la necessità di uno sviluppo del transfert del paziente sul medico: «Colui il cui bisogno di amore non sia stato completamente soddisfatto dalla realtà deve rivolgersi

147

con rappresentazioni di attesa libidica ad ogni nuova persona che si presenti all'orizzonte, ed è estremamente probabile che ambedue, le porzioni della sua libido, sia quella capace di divenire cosciente, che quella inconscia, partecipino a questa disposizione emotiva.»

In tempi più recenti sono stati messi in evidenza il ruolo dell'analista e quello della situazione analitica nella formazione della piena nevrosi da transfert nel suo complesso – meno chiaramente nei singoli fenomeni da transfert. Per MALCAPINE (30), SPITZ (42) e WAELDER (44) il transfert è un fenomeno che la situazione analitica crea, o di cui, almeno, favorisce lo sviluppo. Freud, invece, considera il transfert un fenomeno ubiquitario che insorge spontaneamente e la cui formazione viene rivelata solo dall'analisi.

L'accettazione del ruolo di oggetto e la capacità di sopportare i violenti sentimenti del paziente legati a questa situazione richiederanno un grande sforzo alla nostra elasticità psichica. Per essere in grado di riconoscere e riordinare del materiale proveniente dalle zone rimosse della personalità del paziente, dove vigono pulsioni aggressive e sessuali perverse della prima infanzia, non dobbiamo permettere che si formino scotomi sulla nostra personalità. Entrambe le azioni (del riconoscere e del riordinare) possono venire facilmente disturbate dalle emozioni del contro-transfert. Proprio l'interpretazione dei nostri ruoli nella nevrosi di transfert c'imporrà, oltre alla chiarezza ed alla tolleranza, il compito di saper deporre al momento opportuno i travestimenti fantastici coi quali il paziente ci ha coperto. I sentimenti di contro-transfert potrebbero facilmente turbare la nostra sicurezza nell'adempiere questo compito.

Il transfert sull'analista di bisogni istintivi pregenitali narcisistici del paziente è spesso, come tra gli altri ha rilevato anche GITELSON (17), la fonte d'interferenze contro-transferali.

Evidentemente, nonostante un'accurata e profonda elaborazione del nostro complesso di Edipo, non sempre siamo così ben corazzati da affrontare questi desideri, derivati da precoci stadi di sviluppo della libido, senza partecipare, agendo a nostra volta, all'agire del paziente. E le misure e le tecniche non molto ben giustificate di cui incontriamo numerosi esempi, danno l'impressione di servire più a proteggere l'analista da tali richieste o tentazioni, che non a portare alla luce inconsce tendenze del paziente.

Sembra che io abbia anticipato il nostro tema, in quanto ho parlato delle reazioni dell'analista al ruolo transferale che gli è stato attribuito, e in quanto ho seguito per un pezzo di strada l'obiezione che, con quel divieto rivolto al paziente di parlare dell'analisi con il suo amico, siano stati disturbati lo sviluppo e l'interpretazione d'una parte della nevrosi da transfert.

L'ho fatto perché nel corso della cura il nostro tema – da un punto di vista teorico – si è presentato prima. Il transfert della difesa si presenterà *prima* del transfert relativo ai desideri infantili rimossi; la resistenza relativa

148

alla rimozione, prima della resistenza al transfert. Naturalmente, durante una analisi tale processo può capovolgersi: esigenze di natura libidica possono apparire nel transfert senza apparente difesa da parte dell'Io del paziente, per esempio allo scopo d'impedire altri e «più pericolosi» transfert. Mi pare giustificato volgere la nostra attenzione a quel passo di HOFFER (24) in cui è detto: «In verità la situazione analitica pone l'analista, quando il paziente lo rende testimone o ascoltatore, ma non ancora oggetto dei suoi bisogni, in molte situazioni che lo stimolano a rivivere esperienze significative della sua remota infanzia». BERGLER (4) è dell'opinione che ogni paziente dapprima, si attenda che l'analisi ristabilisca il suo equilibrio nevrotico, «mi gliori la sua nevrosi»: egli desidera ridurre ed eliminare i suoi sentimenti di colpa, e rafforzare i suoi meccanismi interni di difesa. Ciò ci mette duramente alla prova. La difesa del paziente, la resistenza (che come tale si manifesta la sua difesa), usa impegnare più la nostra pazienza e il nostro equilibrio, che non i desideri infantili di lui. Il nostro narcisismo si farà valere. FERENCZI (7), RANK (35), GLOVER (18) e FENICHEL (5) hanno già messo in evidenza che i bisogni narcisistici e le difese narcisistiche dell'analista contro le proprie angosce di regola, disturbano molto di più dei suoi bisogni libidici. E GLOVER (18) osserva con una certa amarezza: «Niente è più facile, per l'Io cosciente dell'analista, del reprimere la rivalità suscitata dalla difesa del paziente, e per il suo Io inconscio, del rimuovere questa rivalità». A ciò aggiunge ANNA FREUD (8): «Questi meritevoli tentativi d'interpretazione comportano però le maggiori difficoltà tecniche che possono insorgere fra analista e paziente. Il paziente non vive le reazioni di transfert della seconda specie, cioè di difesa, come corpi estranei. Di questo non ci si deve meravigliare, data la grande importanza che ha l'Io – anche se è l'Io dei primi anni – nel loro insorgere. È molto difficile convincere il paziente del carattere iterativo di queste manifestazioni: la forma con cui compaiono nella sua coscienza è Io-sintonica».

Vorrei illustrare le considerazioni a cui siamo giunti con un esempio. Immaginiamo che abbia iniziato la cura da un analista una paziente, che soffre per forma isterica da quando provò una delusione amorosa. Ella ben presto confesserà all'analista di essersi innamorata di lui, e anche se l'analista si rende conto di quanto questo innamoramento abbia giovato a nascondere altri elementi, relativi a sentimenti di delusione e di odio, la paziente sosterrà d'ignorare tutto ciò: ella lo ama e solo il possesso della sua persona può guarirla, la sofferenza è scomparsa, egli può

renderla felice acconsentendo a stabilire una relazione amorosa. Se ci è relativamente facile riconoscere che la

paziente ci ha preso come sostituto dell'infedele amato, che trova in noi delle qualità, che ha nei nostri riguardi esigenze di amore e paura di delusioni, e che di conseguenza scarica contro di noi il rancore che a suo tempo, al culmine del conflitto edipico, aveva scaricato sul padre, ciononostante avremo ancora delle difficoltà da superare. La paziente si attende che, analogamente a lei,

149

noi si abbia degli scotomi, si eserciti delle rimozioni in questi settori della personalità. Noi interpretiamo, e lei non ci capisce. Facciamo di tutto per dimostrarle quanto poca considerazione ci dimostri, se rifiuta ai nostri premurosi sforzi ogni possibilità di successo, e alle nostre parole ogni seria attenzione. E lei ci assicura che la dedizione assoluta della sua persona è la migliore dimostrazione per attestare, contro le riserve che avanziamo, i suoi inequivocabili sentimenti. Le dimostriamo come ci costringa a deluderla, ancora, allo stesso modo del padre e dell'amante. E lei trova che non è affatto detto che la si debba deludere e dubita solo del nostro ardire. Ce la sentiamo di sopportare oltre la nostra impotenza? Non sarebbe facile partecipare alle rimozioni della paziente e mantenere in piedi la difesa? Oppure, dubitando dell'intelligenza della nostra paziente, ci esprimeremo in modo aggressivo? In breve: la forma più semplice per superare le difficoltà che ella ci presenta è quella di partecipare alla sua resistenza, di rimuovere anche noi. In tal caso il nostro scotoma ci difende da lei, ma difende anche la sua nevrosi dall'analisi.. Noi ribadiamo che il transfert dei desideri di tipo libidico, o di quelli aggressivi ed essi collegati, non è stato perciò impedito.

Anziché fare un'enumerazione necessariamente incompleta, voglio ricordare solo alcuni esempi tipici. Il contro-transfert si può manifestare come elemento di disturbo in ogni forma di difesa. La rimozione della affettività, l'intellettualizzazione, produce come ben si sa analisi sfortunate, nelle quali l'analista, il cui Io teme di essere scosso dai propri affetti, indulge: in un procedimento anaffettivo, intellettualizzato, identificandosi con le difese del paziente.

Oppure, nel trattamento di un paziente, la cui grande amabilità e la cui gentilezza si rivelino come una formazione reattiva contro la temuta aggressività, se l'analista riconosce la vera natura di questa gentilezza e interpreta la difesa, può succedere che i primi attacchi, spesso indiretti, si rivolgano contro la sua persona. Se l'analista non ha coscienza di questo meccanismo, si desterà, quale risposta, la sua propria aggressività. Se, a questo punto, diventerà anche lui oltremodo amabile e gentile, si avranno due importanti conseguenze: il paziente dovrà rafforzare le sue formazioni reattive, perché contro un avversario tanto mite non potrà dimostrarsi cattivo, e l'analista si renderà conto sempre più difficilmente della sua propria controaggressione, che

integra e copre con correnti emotive opposte. Apparentemente fanno tutti e due la stessa cosa. Ma questa volta l'analista non è già che s'identifichi con la difesa del suo paziente. I sentimenti gentili del paziente saranno sempre più ambivalenti e si presenteranno, in definitiva, violentemente commisti con l'aggressività. L'analista, perciò, prenderà atto delle proprie contro-aggressioni, che cercherà di affrontare con i meccanismi di difesa a disposizione del suo Io.

Un altro paziente si difende in modo tale dal suo odio crudele e mortale per il padre, da pretendere avidamente «nutrimento emotivo» - «emotional food» - dall'analista. Lasciato solo, si sente miserabile e stremato,

150

ma durante la seduta è pieno d'ingordigia. Sdraiato sulla pancia, succhia il mio sguardo con gli occhi. Ogni parola, ogni interpretazione che gli do, se la gusta e se la ripete sottovoce voluttuosamente; si sdraia sul dorso e ripete stanco e felice quel che dico, quasi insaliva le sue associazioni e, infine, digerisce tutto. Naturalmente, gli devo sempre concedere qualcosa. Se non lo faccio, sarà profondamente infelice, si sentirà malato e disperato. Prima della seduta successiva potrà poi consultare da due a tre medici, lamentarsi con loro di come, io, suo medico, lo lasci senza aiuto, per poi un'ora dopo far intendere, fra pianti e autoaccuse, che io sono impotente di fronte alla sua malattia, che ho le mani legate nonostante i sacrifici e la bontà che dimostro, dato che egli conosce le severe regole dell'arte psicoanalitica. È una grande tentazione quella di continuare a dare, cedendo ad una compassione cosciente, il consolante «nutrimento di parole» a uno che si mostra così disperato; le parole sono infatti, per chi si accontenta, il lenimento di tutti i mali. Si può attribuire ad un tentativo di preservarmi dal giudizio annientante di numerosi colleghi e dal mortificante smascheramento della mia scarsa potenza, il fatto che io prenda parte alla difesa e agisca nel contro-transfert fino a quando possa osare di dare, ora per ora, sempre meno. Quando da ultimo mi comporto così, un progetto di omicidio, seriamente inteso, che il paziente ha ordito contro di me, mi dimostra che nel contro-transfert io mi sono difeso, mediante la mia compassione oblativa, da paure relative alla mia persona, e che ho seguito inconsce componenti del mio istinto di conservazione. Solo ora sono in grado di comprendere anche un ulteriore e più esatto significato di quel bisogno orale: una difesa dall'odio per il padre. Il meccanismo di difesa del paziente mi ha aiutato a preservare il mio equilibrio narcisistico. Il contro-transfert di modalità di oblazione orale sublimata, corrispose effettivamente alla profondità della regressione, al meccanismo di difesa del paziente, ma in nessun caso alla natura dell'istinto parziale da cui si difendeva.

Una paziente dal «carattere coatto», la cui inconscia speranza di poter ancora, in definitiva, ottenere un pene aveva avuto un effetto patogeno, pareva aver abbandonato tale desiderio quando,



verso la fine dell'analisi, accettò l'interpretazione che sperava di ottenere il pene nell'analisi stessa. Comparvero tuttavia, alcuni sintomi poco appariscenti che resistevano a qualsiasi interpretazione, la cui guarigione, in considerazione di quanto era stato raggiunto fino ad allora, sia la paziente che l'analista attendevano come sicura. Solo dopo molto tempo e dopo molti sforzi infruttuosi ho notato che m'ero attribuito l'onnipotenza magica di guarire completamente la paziente, di rifarla «intera». A causa del trauma, cioè per la mortificazione narcisistica seguita all'interpretazione del suo desiderio del pene, ella è tegredita a una forma di pensiero magico e ha mobilitato la seguente difesa: io rinuncio a quanto desideravo, attribuisco però il potere di darmi ciò che desideravo al medico, che è addirittura più potente della natura, ed evito così, in ultima analisi, quella morti-

151

ficazione. Tale onnipotenza, attribuitami da una paziente che coscientemente mi dimostrava la sua fiducia e che si sottoponeva senza lamentarsi alla rinuncia, aveva mobilitato la mia infantile megalomania e aveva fatto sì che io continuassi a lungo nei miei tentativi, in realtà impotenti. Solo quando confessai che *io* non potevo curare i suoi. sintomi e che doveva farlo da sola, e lei diedi l'interpretazione che mi attribuiva troppo potere, apparvero alla coscienza fantasie nelle quali ella aveva la meglio su di me e sulla sua propria natura. I sintomi residui guarirono. La sensazione di vuoto e di delusione, che coinvolgeva ormai sia me che lei, fece riconoscere quanto il meccanismo di difesa della regressione a livello prelogico possa influire, come seduzione, sul contro-transfert. Nel processo primario noi ci sentiamo in realtà più potenti che non nell'analisi meglio riuscita.

Voglio ribadire il significato degli esempi anzidetti. La prima isterica descritta, rimuovere la parte meno ambivalente dei suoi desideri istintivi e nel contro-transfert, si manifesta la rimozione riprodotta per identificazione. Il paziente che intellettualizza, rimuove i suoi affetti; l'analista, reagisce in modo fobico; egli, ritirandosi, evita il mobilizzarsi di questi affetti. Quello dal carattere coatto, troppo mite, si difende dall'aggressione con una formazione reattiva; l'analista ricorre allo stesso meccanismo per impedire una scoperta irruzione della sua contro-aggressione, mobilitata dal comportamento ambivalente del paziente. La regressione ad una condizione di dipendenza orale del paziente successivo serve da difesa dall'odio contro il padre; mentre l'analista, regredendo ad un livello orale, tenta di difendersi da un attacco esterno. La coatta, infine, regredisce verso un'onnipotenza magica, per realizzare ancora il suo desiderio o per annullare l'esperienza (Erlebnis) di castrazione, e proietta questa onnipotenza sull'analista; costui introietta questa proiezione per negare la propria impotenza da castrazione a livello magico.

La difesa che abbiamo incontrato durante l'analisi dell'Io dei vari pazienti, può essere rivolta verso «affetti», verso «moti istintivi», o verso le «pretese» del Super-Io. L'elencazione che abbiamo fatto ci può dimostrare solo a grandi linee verso quale tipo di contro-transfert noi possiamo essere inclini in ogni singolo caso. Noi ci associamo volentieri alla difesa contro gli affetti scoperti, contro questi perturbatori del nostro tranquillo studio d'analisi e della nostra chiarezza intellettuale. Una difesa deficiente contro i moti istintivi, che si manifestano come resistenze di rimozione o secondo altre forme ben note, produrrà in noi stessi pericoli istintivi, contro i quali possiamo reagire secondo le leggi della nostra nevrosi personale; ma una difesa non deficiente minaccerà la nostra fermezza e la nostra sopportazione col pericolo d'una mortificazione narcisistica, che noi potremo cercar di eliminare secondo modalità che ci sono peculiari. La difesa contro singole richieste o contro parti del Super-Io, che s'incontra nelle gravi nevrosi del carattere e nelle cosiddette personalità psicopatiche, e si manifesta come isolamento negli os-

152

sessivi, richiederà una tolleranza ed un'elasticità particolari: dovremo infatti evitare di rimettere in sesto con la nostra morale quella da cui si difende il paziente, e dovremo invece aver la pazienza d'interpretargli come si difenda da quelle esigenze morali.

Hanno sottolineato, soprattutto HARTMANN (20) e ANNA FREUD (10), che l'organizzazione globale dell'Io non va identificata con la difesa. D'altra parte non dobbiamo considerare, e qui sto citando HOFFER (23), «i processi di difesa come formazioni spontanee improvvisate, come rimedi di emergenza a cui ricorre l'Io. Essi hanno una determinata direzione verso l'interno e un determinato scopo: evitare il dolore psichico». Si tratta di formazioni precostituite, che funzionano automaticamente e coattivamente. In questo senso appare giustificato il termine: meccanismo. La parola «difesa» indica il processo, la funzione. La definizione «meccanismo di difesa» si riferisce ad un sistema funzionale apprestato. FREUD (11) lo paragona addirittura ai riflessi del sistema nervoso. Lo cito: «I processi di difesa sono i correlati psichici del riflesso di fuga e tendono ad evitare l'insorgenza del dispiacere da cause interne: nell'adempimento di questo compito essi giovano all'accadimento psichico funzionando come una regolazione automatica, che in ultima analisi, però, si rivela dannosa». I tratti di carattere vanno interpretati come una difesa irrigiditaliti meccanismo di difesa che funziona in permanenza. Con l'espressione «corazza caratteriale», che, è di W. REICH (37), si sottolinea la loro immobilità interna ed esterna. Queste forme di difesa permanenti, secondo ANNA FREUD (8) «residui di processi di difesa un tempo particolarmente attivi», compaiono in prima linea laddove non è più reperibile un conflitto in atto fra l'Io e gli affetti.

Possono verificarsi due situazioni, nelle quali i tratti di carattere del nevrotico possono evocare una manifestazione patologica del contro-transfert. In un caso il carattere del paziente influenzerà la simpatia o l'antipatia che prova l'analista. Egli può incontrare l'una o l'altra delle figure di transfert del suo passato infantile. Più di rado, all'inizio dell'analisi, sarà tentato di formare inconsciamente dei transfert parziali. Ma, per essere in grado di sopportare determinati tratti caratteriali del suo paziente, egli dovrà analizzare una parte della sua nevrosi residua. Così, nel corso di un'analisi di controllo, m'è avvenuto di constatare che l'atteggiamento stereotipato di costante sorridente presunzione, mantenuto dal paziente, aveva portato il giovane analista di sesso maschile in una condizione di angoscia completamente paralizzante. Il suo fratello più vecchio, che aveva abbandonato la casa durante la sua prima infanzia, gli aveva fatto la stessa impressione. A tratti come quelli era rimasta fissata una buona parte della traslazione paterna negativa dell'analista. Suo padre, a differenza del fratello, gli era apparso cedevole e accessibile. Lo sdoppiamento del transfert paterno non era comparso nell'analisi didattica, ma turbava ora nel modo più violento la reazione con questo paziente.

153

In secondo luogo tali atteggiamenti caratteriali rappresentano un grave peso per le necessità narcisistiche dell'analista, a causa del loro modo di manifestarsi impersonale e privo di vita, sia verso l'interno che verso l'esterno, che da principio non può essere capito. Solo chi ha rinunciato per molto tempo, ad ogni soddisfazione derivante dal successo professionale può attendersi di evitare questi dannosi contro-transfert. Rammento il masochistico tormentarsi con la cocciutaggine del paziente, il silenzio sadico o l'intrusione sadica di fronte al ripetersi della stessa difesa, la ritirata narcisistica dell'analista nella sicumera della propria normalità di fronte a chiunque, della propria tolleranza e della propria costanza.

Talvolta, in modo simile ai meccanismi di difesa irrigiditi d'una tipica corazza caratteriale, si manifestano stereotipatamente, e a lungo imm modificati, insaziabili desideri libidici infantili. STERN (43) attribuisce a questo fenomeno un significato di difesa. Egli riferisce quanto diceva un paziente: «Lei mi respinge: considerando le richieste che le pongo, io *devo* essere respinto». Il paziente dalla forte dipendenza orale, da me ricordato più sopra, appartiene a questo gruppo. L'interpretare costantemente il meccanismo di difesa, che è il comportamento indicato nelle vere resistenze di carattere, se, spaventati da tale insaziabilità, lo si applica anche in questo caso, può veramente rappresentare la forma più dannosa di contro-transfert. Nel caso di Stern, si dovrà evitare d'interpretare in maniera che le ripetute interpretazioni abbiano per il paziente il significato d'una ripulsa.

Mentre particolari meccanismi di difesa, o la scelta dell'una o dell'altra forma di difesa, sono caratteristici di determinati tipi di nevrosi, non si può parlare di una specificità delle reazioni contro-transferali alle particolari forme di difesa del paziente. Anche se a ogni paziente attribuiamo solo una forma principale e una forma secondaria di difesa, e a ciascun psicoanalista soltanto due specifici contro-transfert (cioè due contro-difese), un semplice calcolo matematico ci dimostrerà che accettando dieci meccanismi di difesa dovremo attenderci un numero di combinazioni così elevato da non riuscire utile il trattarne. E neppure è vero che lo stesso analista debba sempre presentare la stessa controreazione ai relativi meccanismi di difesa dei vari ammalati. Dobbiamo rivolgere maggiore attenzione verso la nostra reazione alla difesa del paziente, e dobbiamo analizzare in ogni caso un contro-transfert dannoso.

Un analista che reagisce in modo coatto quando ha in cura un paziente ossessivo, può identificarsi con lui e isolare l'affetto che potrebbe disturbare questa identificazione, così come il paziente ha isolato il suo. Nel caso di un altro paziente che abbia un accesso isterico d'ira, lo stesso analista può sentirsi incline ad una contro-aggressione sadica, ma può difendersene con un comportamento reattivo particolarmente gentile. Nel primo caso l'identificazione è isolamento, nel secondo la regressione è formazione reattiva. L'analista che in entrambi i casi resta freddo e gentile presenta meccanismi di contro-transfert

154

completamente diversi, che possono essere chiariti solo attraverso un'analisi che parta dalla situazione di difesa del paziente.

Sicuramente *non* si può generalizzare la regola rigida che GLOVER (18) dà nel suo libro, e che egli stesso del resto relativizza: «In ogni data situazione la controresistenza dell'analista assomiglia alle resistenze del paziente e sarà simile a queste anche per quanto riguarda la sua energia (a prescindere dalle differenze di carattere, temperamento e scelta del sintomo, che possono esistere fra paziente e analista)».

Con Glover, e completando Glover, elencherò i particolari e tipici segnali d'allarme che, a suo avviso, dovrebbero richiamare la nostra attenzione sul contro-transfert:

- quando ci accorgiamo che il nostro modo di reagire e di parlare è stereotipato;
- quando non possiamo spiegare analiticamente il nostro silenzio o il nostro parlare;
- quando non ci possiamo spiegare perché il paziente continui a trovarsi in difficoltà;
- quando spieghiamo troppo al paziente, come per scusarci di fronte a lui dei nostri desideri inconsci;
- quando interpretiamo troppo di rado;

- quando sentiamo o manifestiamo un troppo studiato consenso per le opinioni coscienti e per i punti di vista del paziente.

Fonti istintive comuni del nostro transfert sono il ravvivarsi del nostro sadismo rimosso, dal quale ci difendiamo, e il mobilizzarsi di tendenze omosessuali inconscie (nel rapporto obiettivo o d'identificazione col paziente). Ambedue mettono più spesso in pericolo il progresso, che il transfert amoroso eterosessuale dell'analista. Ambedue possono essere messe in moto sia dalla difesa del paziente, che da una sua diretta seduzione inconscia.

Per non sottolineare esclusivamente le forme inibenti del contro-transfert (quale risposta alla difesa del nostro paziente) e per non fare la Cassandra, tenterò di dire qualcosa di positivo sul come affrontare la difesa: nulla d'esauriente, s'intende; bensì considerazioni che mi paiono degne d'interesse. Possiamo scoprire la forma e la potenza della difesa mediante l'empatia: identificandoci con una parte dell'Io del paziente e ritirando poi l'identificazione per esaminarla. Solo quando si è riconosciuta la difesa, e la si è fatta riconoscere al paziente, la si può interpretare. Molti pazienti vogliono mettere alla prova l'analista: vedere se è fidato, quanta pazienza e quanta tolleranza riesce ad avere, quante frustrazioni sopporta. Non dobbiamo deluderli: dobbiamo tranquillamente aspettare che sia possibile l'interpretazione, far capire che troviamo comprensibile la difesa e che ci lasciamo esaminare ulteriormente. Se abbiamo superato l'esame con successo, possiamo notare che il paziente accetta senz'altro l'interpretazione del suo meccanismo di difesa, che si ripete tanto

155

tenacemente: interpretazione che gli è stata data solo con prudenza e approssimazione. NILS HAAK (19) e GLOVER (18) richiamano la nostra attenzione su pazienti che vanno oltre il saggiare se siamo fidati: quelli che ci pongono delle vere trappole di contro-transfert. Possiamo infatti sperimentare che un paziente trasferisca una dopo l'altra, e ciò senza sufficiente motivazione, le diverse forme di difesa a sua disposizione, fino a che, di fronte a una di queste, l'analista reagisca nel contro-transfert in maniera inadeguata. Si fermerà allora a questa. Il paziente sembra insomma soddisfare il suo bisogno di difesa, cioè adattare l'analista, o meglio una parte che si difende dell'Io di costui, ai suoi bisogni. Sotto questa doppia protezione le angosce infantili riescono a rivelarsi, vengono trasferite e si rendono manifeste. Il passo successivo e necessario consiste nello scoprire il proprio contro-transfert e nel ritirarlo. Solo dopo la parziale interpretazione e la rielaborazione di quei pericoli che richiedono particolari difese da parte del paziente, sarà possibile interpretare le difese stesse.

Nell'interpretazione delle misure dei meccanismi di difesa dobbiamo spesso compiere una scelta. DE SAUSSURE (39) ha richiamato l'attenzione sull'opportunità di lasciare intatti i meccanismi di

difesa di tipo progressivo e di attaccare solo quelli regressivi, dato che solo questi ultimi aprono la via ai conflitti infantili, mentre i primi rappresentano una componente indispensabile di un Io maturo. Vale a dire che, per esempio, in una nevrosi coatta noi attaccheremo il procedimento della formazione reattiva e dell'isolamento. Atteggiamenti fobici, modi di evitare l'angoscia e angosce, che usano costantemente comparire in seguito a ciò devono essere considerati come un progresso di fronte alle precedenti forme di difesa. Queste, in un primo tempo, devono essere mantenute. Il fatto che lo studio e l'interpretazione dei meccanismi di difesa si siano rivelati proficui nell'analisi di altri pazienti, o durante la parte già svolta dell'analisi in corso, potrebbe indurci ad interpretare la difesa, senza tener conto dei pericoli che potrebbero derivare da questo comportamento. HOFF (23) ha detto che alcuni pazienti hanno bisogno per lungo tempo d'una determinata forma di difesa. I pazienti di Anna Freud, che si difendevano con freddezza e aggressività dalla creazione di ogni rapporto emotivo, perché temevano una dipendenza emozionale (*emotional surrender*), sono a questo riguardo esemplari. L'interpretazione prematura di questa difesa, evidente e gravosa per l'analista, condurrebbe al caos, all'interruzione dell'analisi, o all'autoabbandono psicotico.

Durante un'analisi si attiveranno nuove forme di difesa, che prima o non agivano, o erano addirittura *utili*: è facile non scorgerle dato che la nostra stessa difesa si è adattata alla forma di difesa del paziente già nota. Noi dobbiamo analizzare subito il nostro contro-transfert ben stabilizzato su questa vecchia difesa, per essere in genere capaci di osservare le nuove. Ci può paralizzare non solo il passaggio da una forma di difesa all'altra, ma anche l'im-

156

provviso ricomparire d'una difesa precedentemente analizzata e apparentemente superata: e ciò per la delusione prodotta dalla mortificazione narcisistica della nostra ambizione terapeutica o della nostra volontà identificatoria di guarigione. Se ricordiamo come affrontammo la stessa difesa la prima volta sarà cosa facile attenuare la nostra mortificazione e dare accesso alla nostra controdifesa. I meccanismi di difesa che si palesano all'inizio dell'analisi, richiamano un contro-transfert che dovrebbe essere analizzato in maniera particolarmente accurata. Da quanto quest'analisi ci riesce dipende la nostra disposizione globale verso il paziente. Abbiamo molto tempo per farlo durante il periodo di riservatezza che, comunque, concordemente, ci viene concesso all'inizio dell'analisi. Da ciò derivano due benefici: uno pratico e uno teorico. Quello pratico consiste nella possibilità di affrontare tempestivamente una precoce comparsa di angoscia irriducibile (prodotta dal crollo d'una difesa necessaria, o dal rafforzarsi della difesa contro il transfert che si sta annunciando), vale a dire un'improvvisa rottura dell'analisi appena iniziata. Quello teorico, nella possibilità di scoprire il contro-transfert contemporaneamente alla

stratificazione dei meccanismi di difesa del paziente, e di avere, oltre alle dichiarazioni del paziente, un secondo campo di osservazione nell'introspezione.

Verso la fine dell'analisi compaiono spesso due forme di difesa. Il paziente è mortificato nel suo narcisismo; si accorge che sta perdendo i suoi sintomi, in fin dei conti pittoreschi ed eccitanti; si sente come un albero di Natale ormai spoglio. L'analista dovrà scoprire, talvolta, che ha dedicato tutte le sue fatiche a un essere completamente normale, addirittura mediocre, sottoposto a un destino comune, e che solo nel processo primario, regressivamente rianimato, il paziente gli era apparso d'una sconcertante intelligenza e pervaso da forze e da angosce speciali. Non appena l'analista avrà superato la sua delusione, potrà interpretare quella del paziente. In secondo luogo, nella fase finale dell'analisi, apparirà chiaramente quale rapporto magico-prelogico si fosse stabilito tra medico e paziente. Senza questa regressione, che investe di onnipotenza l'analista, non sarebbe stato possibile nutrire tanta fiducia in lui. A questo punto ci si accorge di aver mantenuto, ben celata dietro la nostra premura a porgere aiuto, una simile riviviscenza dell'onnipotenza infantile, sotto forma di contro-transfert. La rinuncia interiore a tale magia rende possibile l'interpretazione dei residui magici della nevrosi da transfert. La controdifesa dell'analista non è un fenomeno abnorme, o dannoso in tutti i casi. WINNICOTT (48) ha anzi sottolineato che i nostri errori nel trattamento di pazienti con profondi, vale a dire con precoci, danneggiamenti nella formazione dell'Io, rappresentano spesso l'unica possibilità d'una correzione. In costoro (nella fase dell'identificazione primaria del bambino con la madre) le frustrazioni precoci hanno fatto sì che spesso l'Io del processo primario sia stato solo sostituito da un Io diverso, non autentico, senza per questo scom-

157

parire. Nell'analisi si sviluppano condizioni di profonda dipendenza, nelle quali il processo primario riconquista i suoi diritti. Proprio gli errori, che nei confronti delle attese del paziente l'analista inevitabilmente farà, rendono possibile un recupero nello sviluppo di questo Io, finora nascosto, che ha fallito di fronte alle frustrazioni. L'ira del paziente verso gli «errori» dell'analista, è, a dire il vero, una rabbia primaria. Bisogna scoprire l'errore che è stato fatto, e confrontarlo, mediante parole da adulto, con le rappresentazioni di ciò che il paziente si attendeva. È proprio a questo punto che un grave errore nell'analisi può sfuggire, e una mancanza relativamente piccola può spesso scatenare violente reazioni.

Ci sono manifestazioni del nostro contro-transfert che si sono tanto ampliate e prolungate da rafforzare la difesa del paziente, o da costringerlo a nuove forme di difesa. Nei pazienti adulti resta un'unica riscorsa: interpretare al paziente il nostro eventuale contro-transfert e spiegargli la nostra difesa. Secondo le conclusioni di ORR (34) ciò viene consigliato da numerosi analisti,

come il mezzo migliore nelle situazioni difficili. Molti giungono ad affermare, e io sono fra questi, che una confessione al paziente delle reazioni di controtransfert può essere un preziosoprocedimento terapeutico. È difficile trovare un'altra situazione in cui l'Io del paziente possa diventare più consapevole della sua forza nei confronti di un oggetto potente e della sua capacità di agire. Nella scelta del momento adatto e dell'ampiezza di tali interpretazioni riguardanti la nostra stessa persona, noi dobbiamo tuttavia giudicare sempre la *portata* del transfert, e dobbiamo soprattutto evitare di creare una nuova controtraslazione «sottomessa», o addirittura un tipo di confessione masochistico. Noi alleggeriamo quindi il nostro incognito terapeutico. THERESE BENEDEK (3) ci ha ricordato quanto spesso ne facciamo cattivo uso esclusivamente a nostra difesa. Se il paziente sarà in grado di riconoscere che anche noi siamo in grado di sopportare, secondo il dettame di Freud, una porzione di realtà (spiacevole), egli potrà rinsaldare la sua fiducia in noi e nelle sue proprie forze.

RIASSUNTO. – Per far luce sulla tecnica dell'analisi, in un processo di approfondimento teorico importante per la riuscita della cura, il contro-transfert dell'analista viene messo in rapporto con la forma di difesa del suo paziente. Il termine contro-transfert comprende tutte quelle reazioni dell'analista che tendono a influenzare la sua capacità di comprendere l'inconscio del paziente. S'è stabilita come regola generale, che l'inconscio del paziente può più facilmente provocare reazioni di contro-transfert mobilizzando i suoi meccanismi di difesa, che non proiettando sull'analista, come tipica figura transferale, le sue cariche libidiche.

Dopo aver discusso questi problemi alla luce della recente letteratura sono considerati e illustrati con brevi esempi significativi gli aspetti corrispondenti agli specifici meccanismi di difesa e il caso particolare dei meccanismi di difesa di tipo caratteriale.

158

Mentre non può essere determinata con certezza una costante e specifica relazione tra un certo tipo di contro-transfert ed una particolare forma di difesa, viene fatto il tentativo di discutere alcuni tipici e frequenti casi di forme particolari di contro-transfert in relazione a particolari tipi di difesa e ai loro modi di manifestarsi durante l'analisi.

Infine, vengono considerati e discussi eventuali errori di tecnica dell'analista e le loro conseguenze, come risultato d'una risposta dell'analista alle difese del paziente; e viene anche discusso il problema della possibile utilizzazione analitica del contro-transfert.



## BIBLIOGRAFIA

- (1) ALEXANDER F. e FRENCH TH., *Psychoanalytic Therapy*, Ronalds Press, New York, 1946.
- (2) BALINT ALICE e M., «On Transference and Counter-Transference», *Int. J. Psycho-Anal.*, 20, 1938.
- (3) BENEDEK THERESE, «Defence Mechanism and Structure of the Total Personality», *The Psa. Quarterly*, 6, 1937.
- (4) BERGLER E., «On the Theory of Therapeutic Results of Psychonalysis», *Int. J. Psycho-Anal.*, 18, 1937.
- (5) FENICHEL O., *Problèmes de Technique Psychoanalytique*, Presses Univ. France, 1941, 1953.
- (6) FENICHEL O., *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, Routledge & Kegan Ltd. London, 1946.
- (7) FERENCZI S., «Gedanken über das Trauma», *Int. Z. Psa.* 20, 1934.
- (8) FREUD ANNA, «Das Ich und die Abwehrmechanismen», Imago Publ. London, 1946.
- (9) FREUD ANNA, «The widening scope of indication for psychoanalysis (Discussion)», *J Am. Psychoanal. Assoc.*, 2, 4, 1954.
- (10) FREUD ANNA, «The Mutual Influences in the Development of the Ego and the Id. Introduction to the Discussion», *Psychoanal. Study of the Child*, 7, 1952.
- (11) FREUD S., *Der Witz und seine Beziehungen zum Unbewussten*, Imago Publ. London., Bd. 6, 1905.
- (12) FREUD S., *Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie*, Imago Publ. London, Bd. 8, 1910.
- (13) FREUD S., *Zur Dynamik der Uebertragung*, Imago Publ. London, Bd. 8, 1912.
- (14) FREUD S., *Hemmung, Symptom und Angst*, Imago Publ. London, Bd. 14, 1926.
- (15) FREUD S., *Die endliche und die unendliche Analyse*, Imago Publ. London, Bd. 16, 1937.
- (16) FREUD S., *Abriss der Psychoanalyse*, Imago Publ. London, Bd. 17, 1938.
- (17) GITELSON M., «The emotional Position of the Analyst in the Psychoanalytic Situation», *Int. J. Psycho-Anal.*, 33, 1952.
- (18) GLOVER E., *The Technique of Psycho-Analysis*, London; Bailière, Tindall & Cox, 1955
- (19) HAAK NILS, «Comments on the Analytical Situation», *Int. J. Psycho-Anal.*, 38, 1957.
- (20) HARTMANN H., «The Mutual Influences in the Development of the Ego and the Id», *Psychoanal Study of the Child*, 7, 1952.
- (21) HEIMANN PAULA, «On countertransference», *Int. J. Psycho-Anal.*, 31, 1950.

(22) HEIMANN PAULA, «Dynamics of Transference Interpretations», *Int. J. Psycho-Anal.*, 37, 1956.

(23) HOFFER W., «Defensive process and defensive organisation; their place in psychoanalytic technique», *Int. J. Psycho-Anal.*, 35, 1954.

(24) HOFFER W., «Transference und Transference Neurosi», *Int. J. Psycho-Anal.*, 37, 1956.

159

(25) KEMPER W., *Die Gegenübertragung (Grundsätzliches und Praktisches)*, Psyche, Stuttgart, Bd. 7, 1953/1954.

(26) LITTLE MARGARET, «Countertransference and the Patient's Response to it», *Int. J. Psycho-Anal.*, 32, 1951.

(27) LITTLE MARGARET, «The Analyst's Total Response to his Patients needs», *Int. J. Psycho-Anal.*, 38, 1957.

(28) LOWENSTEIN R. M., «Some remarks on defences, autonomous ego and psycho-analytic technique», *Int. J. Psycho Anal.*, 35, 1954.

(29) LORAND S., *Technique of Psychoanalytic Therapy*, Georg Allen & Unwin Ltd, London, 1950.

(30) MACALPINE IDA, «The Development of Transference», *The Psa. Quart.*, 19, 1950.

(31) MONEY-KYRLE R. E., «Normal. Counter-Transference and some of its Deviations», *Int. J. Psycho-Anal.*, 37, 1957.

(32) NACHT S., «La névrose de transfert et son maniement technique», *Rév. Franç. de Psychoanalyse* 12, 1958.

(33) NUNBERG H., «Transference and Reality», *Int. J. Psycho-Anal.*, 32, 1951.

(34) ORR D. W., «Transference and counter-transference: Historical Survey», *J. Am. Psychoanal. Assn.*, 2, 1954.

(35) RANK O., *Technik der Psychoanalyse*, F. Deuticke, Wien, 1926.

(36) REICH ANNIE, «On Countertransference», *Int. J. Psycho-Anal.*, 32, 1951.

(37) REICH W., *Charakteranalyse*, Selbstvlg., 1933.

(38) REICK TH., *The Inner Experience of a Psychoanalyst*, Allen & Unwin, London, 1949.

(39) SAUSSURE R. DE, «Mechanisms of Defence an their Place in Psycho-Analytic Therapy: Discussion», *Int. J. Psycho-Anal.*, 35, 1954.

(40) SEARLES H. E., *Die Empfänglichkeit des Schizophrenen für unbewusste Prozesse im Psychotherapeuten*, Psyche, Stuttgart, 12, 1958.

(41) SOLMS W., «Uebertragung und Gegenübertragung», *Wiener Archiv f. Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, 2, 2, 1952.

- (42) SPITZ R. A., «Transference: The Analytic Setting and its Prototype», *Int. J. Psycho-Anal.*, 37, 1957.
- (43) STERN M., «The Ego Aspect of Transference », *Int. J. Psycho-Anal.*, 38, 1957.
- (44) WAELDER R., «Introduction to the Discussion on Problems of Transference», *Int. J. Psycho-Anal.*, 37, 1956.
- (45) WEIGERT EDITH, «Counter-Transference and Self-Analysis of the Psychoanalyst», *Int. J. Psycho-Anal.*, 35, 1954.
- (46) WEIGERT EDITH, *Kontrollanalyse und die Gegenübertragung des Ausbildungskandidaten auf Patienten*, Psyche Stuttgart, 11, 6, 1957.
- (47) WINNICOTT D. W., «Hate in the Counter-Transference», *Int. J. Psycho-Anal.*, 30, 1949. 1949.
- (48) WINNICOTT D. W., «On Transference», *Int. J. Psychonal.*, 37, 1956.