

L'assiomatica del pensiero di Sandor Ferenczi. Uno studio sul modello teorico-clinico di Sandor Ferenczi

Andrea Giovannoni,* Angela Belluomini,** Maurizio Buoncristiani,***
Roberto Cutajar,**** Elena Zappelli,***** Cristiano Rocchi*****

SOMMARIO. – Gli autori, attraverso l'applicazione della metodologia assiomatica di Riolo,¹ si pongono l'obiettivo di rintracciare, all'interno del *Diario Clinico*, il contributo di Sandor Ferenczi in relazione agli sviluppi della psicoanalisi contemporanea. La scelta del *Diario Clinico* è motivata sia dal fatto che questo è l'ultimo testo di Ferenczi, sia perché la forma diaristica consente di cogliere il pensiero nascente dell'Autore su concetti che avranno sviluppi successivi. Il risultato è stato quello di "estrarre" gli assunti fondamentali, che costituiscono in ipotesi il lascito seminale, per permettere una più accurata conoscenza della teoria e della tecnica di Ferenczi. Contiamo che il nostro lavoro possa contribuire ad orientare e favorire ulteriori e nuovi studi sul pensiero dell'importante autore ungherese.

Parole chiave: assiomi; metapsicologia, teorie osservative, teorie cliniche, teorie operative.

*Psichiatra, Psicoterapeuta (Siena) Società Italiana di Psicoanalisi e Psicoterapia-Sandor Ferenczi (SIPeP-SF), Italia. E-mail: agiova52@gmail.com

**Psicologa, Psicoterapeuta (Firenze) Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica (SIPP), Italia. E-mail: angelabelluomini19@gmail.com

***Psicologo, Psicoanalista (Firenze) Istituto di Psicoterapia Analitica (IPA), Italia. E-mail: buoncristianimaurizio@gmail.com

****Medico, Psicoanalista con funzioni di training (Firenze), Istituto di Psicoterapia Analitica (IPA), Italia. E-mail: robertocutajar@inwind.it

*****Psicologa, Psicoterapeuta (Firenze) Associazione Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica (AFPP), Italia. E-mail: elenazappelli@tiscali.it

*****Psicologo, Psicoanalista con funzioni di Training (Firenze) Società Italiana di Psicoanalisi (SPI-IPA), Italia. E-mail: psico@inwind.it

¹ La categorizzazione utilizzata per questo lavoro di assiomatizzazione prende lo spunto proprio da un gruppo di ricerca SPI condotto da Nando Riolo su *Psicoanalisi e metodo scientifico* e dallo schema in essa utilizzato; ricerca pubblicata sul numero IV, 2021 della Rivista di Psicoanalisi col titolo: «Teorie psicoanalitiche a confronto. Un'indagine assiomatica».

“Nelle cose della scienza non dovrebbe esserci spazio per il timore del nuovo. Nella sua perenne incompiutezza e inadeguatezza la scienza sa di poter sperare di salvarsi soltanto mediante nuove scoperte e nuove prospettive.”

S. Freud (vol.10, p.9)

Introduzione

L'intento del nostro lavoro è orientare alla lettura del *Diario Clinico*, opera che possiamo considerare come una sorta di “Zibaldone” nel quale Ferenczi appuntava casi clinici e intuizioni in ordine sparso. Il *Diario Clinico* è stato preferito ad altri testi in quanto rappresenta l'ultimo scritto di Ferenczi, in analogia al *Compendio di Psicoanalisi* di Freud. La lettura del *Diario Clinico*, per questa sua natura, è stata supportata da altri testi come *La confusione delle lingue (1932a)*, *Il bambino mal accolto e la sua pulsione di morte (1929)*, *Fasi evolutive del senso di realtà (1913)*, che invece presentano teorie più sistematizzate sull'apparato psichico. La nostra ricerca concettuale trae ispirazione dal lavoro di Riolo (2021) sul *metodo assiomatico-deduttivo* che offre una metodologia di classificazione degli argomenti fondamentali di un testo.

Il *metodo assiomatico* ci permette di estrarre dal testo gli assunti fondamentali rappresentati da proposizioni di carattere generale, che fungono da postulati o assiomi di base.

Il metodo prevede quattro livelli assiomatici, ordinati secondo un criterio di astrazione discendente che va dalla teoria alla pratica operativa. I livelli assiomatici sono dunque rappresentati da: i) teorie metapsicologiche: costrutti teorici il cui livello di astrazione li pone lontani dalla clinica (es. Orpha); ii) teorie osservative: concetti teorici meno astratti più vicini alla clinica (es. Identificazione con l'aggressore); iii) teorie cliniche: concetti che definiscono fenomeni clinici riferibili a disturbi psicopatologici (es. Il terrore provoca la dissociazione); iv) teorie operative: procedimenti tecnici riferibili alla terapia (es. ripetizione traumatica del comportamento del genitore ai fini terapeutici).

La classificazione assiomatica del *Diario Clinico*

Nel presente paragrafo applicheremo i criteri della classificazione assiomatica sopra descritti. Tali criteri sono stati ricavati dalla classificazione di Riolo parzialmente modificata. In particolare, il gruppo di ricerca ha proceduto con la lettura specifica dei singoli argomenti contenuti nelle singole giornate del diario. I singoli argomenti, poi, dopo un'ampia discussione sono stati descritti attraverso definizioni sintetiche che via via ottenevano la massima convergenza concettuale tra i partecipanti al gruppo di ricerca (Tabella 1).

Tabella 1.

Teorie metapsicologiche 9%
1. Orpha
2. Maschile e Femminile
3. Pulsione di Affermazione e di Conciliazione
4. Principio della Rassegnazione
5. Sadismo e Masochismo
6. Predominio della Pulsione di Morte
Teorie osservative 11%
1. Poppante Saggio
2. Trauma
3. Identificazione con l'aggressore
4. Edipo
5. Analità, Genitalità e Uretralità
6. Angelo Custode
7. Intropressione
8. Autoscissione narcisistica
Teorie patogenetiche (cliniche) 27%
1. L'Isteria (modificazioni autoplastiche)
2. Il Terrore provoca la dissociazione
3. La Paralisi Isterica e la Catatonìa proteggono dall'aggressività
4. I Tratti di Personalità sono condizionati e modificati dalla violenza
5. La Depressione è causata da deprivazione e malnutrizione nei bambini
6. L'Effetto Anestetico del dolore è presente se manca la sua rappresentazione
7. La Deprivazione nell'etiopatogenesi della psicosi allucinatoria
8. La Funzione difensiva della frammentazione e della scissione
9. Nei nevrotici la tendenza all'Alcolismo riproduce gli stati di coscienza indeboliti al momento del trauma
10. L'eredità della Psicosi si realizza per un innesto del Super Io pazzo (genitore) sulla personalità del figlio
11. Le Idee Deliranti sono proiezioni di contenuti psichici inconfessabili nelle quali la realtà obiettiva è presente maggiormente di quanto non sia supposto
12. Le Allucinazioni sono percezioni reali venute dall'ambiente e dalla psiche di altre persone nelle quali i pazzi accedono per la loro ipersensibilità motivata
13. Quei bambini precocemente sviluppati non si sottomettono ai genitori e si chiudono alle loro richieste. Se vengono percossi, l'ingiustizia subita procura loro un piacere masochistico
14. Se l'analisi riesce a ricollegare il godimento del dispiacere a ciò che si è verificato nella realtà, il carattere compulsivo del Masochismo può scomparire ed appare il dispiacere in previsione di vantaggi futuri
15. La Suggestione Paterna equivale alla paura di essere uccisi, quella materna di essere abbandonati dalla madre, alla minaccia di ritiro della libido
16. La Noia Patologica è presente quando una persona non è più consapevole di ciò che vuole e di ciò che non vuole
17. Nel Masochismo il dolore fisico mitiga i dolori più grandi
18. Il Sadismo nel bambino è causato dalla scena primaria (perché è veramente sadica)
19. L'Omosessualità e la Perversione nascono dalla paura

Segue nella pagina successiva

Tabella 1. Continua dalla pagina precedente.

Teorie operative 53%

1. Nell'Analisi Reciproca il medico rinuncia temporaneamente alla funzione di «vigile» e deve superare le false differenze fra analista e paziente. Una successiva modificazione che ne consegue è che ambedue si rilassino. Tutta la terapia di rilassamento e l'eccessiva bontà con i pazienti è la dimostrazione esagerata di sentimenti di compassione assenti
2. Accettare di essere decisamente un essere umano, significa rinunciare a qualsiasi «tecnica» e mostrarsi senza veli. Se così ci si comporta il paziente arriva in modo logico ad avere il sospetto che l'analisi dell'analista sia imperfetta e, scuotendosi dalla sua timidezza oserà indicare egli stesso i tratti paranoidi.
3. La sicurezza con la quale l'analista comunica l'interpretazione rende difficile al paziente di contraddire il medico senza ferire i suoi sentimenti.
4. Self-disclosure e sincerità.
5. L'Attenzione Fluttuante è negativa perché rivela l'insensibilità dell'analista.
6. Controtransfert.
7. Freddezza dell'analista.
8. La compassione dell'analista è necessaria per rivivere il trauma.
9. Crudeltà dell'analista verso il paziente.
10. L'analisi per essere tale deve favorire la regressione: il paziente deve avere per una volta la possibilità di essere sé stesso senza vergogna.
11. Gli aspetti negativi e gli errori del proprio essere analista devono essere confessati al p. in modo che possa aumentarne la fiducia stessa nei confronti della a.
12. Empatia. L'Analista deve partecipare sentitamente al dolore del paziente e fare tutti gli sforzi per attenuarlo perché troppo dolore non può essere tollerato.
13. L'analista deve essere totalmente a disposizione del paziente e stimolare nel paziente quel narcisismo sano di cui è carente per stimolarlo alla vita.
14. L'importanza della «convinzione» dell'Analista per costruire un senso di unitarietà nel sé del paziente che ha subito un trauma.
15. L'analista deve far sentire al paziente che vale la pena di vivere, mostrare la sua potenza e il senso di sicurezza di sé.
16. L'analista deve far sperimentare i desideri e non l'assenza di essi.
17. Esperienza Correttiva.
18. Esplicitazione al paziente del limite personale nella partecipazione all'Analisi Reciproca.
19. Contenimento della p. attraverso una limitazione temporale al tipo di setting.
20. Contenimento della paziente ponendo un limite al soddisfacimento perverso.
21. Convalidare la rinuncia al soddisfacimento perverso.
22. Denudamento del dolore da ogni forma difensiva ed evitante.
23. Il diniego di sentimenti ostili dell'analista verso il paziente attraverso, ad esempio, la sublimazione innesta da elementi di pazzia nella mente del paziente.
24. Ripetizione traumatica del comportamento dei genitori in analisi a fini terapeutici.
25. Denudamento della violenza esercitata dall'analista sul paziente.
26. Separare il paziente dalla dinamica materna attraverso il processo di realtà.
27. Proporre un atteggiamento regressivo per alleviare i sintomi in direzione della guarigione.
28. La bontà come attivatrice dell'aggressività passiva a scopo difensivo.
29. La mancanza di un riconoscimento di momenti di offerta affettiva causa l'insorgenza di un atteggiamento ipocrita nel paziente con note di invidia, aggravando i sintomi.

Segue nella pagina successiva

Tabella 1. Continua dalla pagina precedente.

30. Utilizzo clinico della Confrontazione Attiva sulla parte scissa.
31. Utilizzo dell'Empatia attiva e passiva verso il paziente.
32. Interpretare un sogno creando un contesto affettivo che attiva il paziente sulla parte manifesta.
33. La capacità di analizzare il paziente si mantiene attraverso l'accettazione dell'analista di essere fonte di non gratificazione.
34. La situazione di analisi di legame simbiotico deve essere intervallata da momenti di deprivazione (esperienza).
35. Tecnica del rilassamento e trance.
36. Abbandono dell'Ipocrisia.
37. Co-sentire e Compatire amplifica l'elaborazione del trauma.

Come si può osservare, il quarto livello ha espresso la maggiore densità statistica delle nostre classificazioni, a conferma del fatto che il pensiero di Ferenczi era più volto alla relazione con il paziente e alla sua cura che non alla teoria. In effetti, è significativo che passando da un livello superiore ad uno inferiore di astrazione aumentino gli assiomi: dal 9% delle teorie metapsicologiche al 11% di quelle osservative per arrivare al 27% delle teorie cliniche, fino a raggiungere il 53% per le operative, che rappresentano più della metà di tutta l'assiomatica ferencziana.

Nonostante le teorie operative rappresentino il 50% dell'assiomatica ferencziana, nel presente lavoro abbiamo preferito focalizzare l'attenzione sugli assiomi di primo livello (teorie metapsicologiche) e su quelli di secondo livello (teorie osservative).

Questa scelta è stata dettata dal fatto che la letteratura contemporanea sul pensiero di Ferenczi trascura il suo contributo teorico in favore di quello clinico operativo. Quest'ultimo è diventato attualmente il principale motivo di riflessione e di confronto tra gli studiosi. Siamo inclini a ritenere che l'approfondimento dei concetti teorici metapsicologici, unitamente alla classificazione assiomatica stessa, contribuisca ad orientare verso nuove direzioni di ricerca, ed in tal senso costituisce l'aspetto originale della nostra ricerca.

Le teorie metapsicologiche

Gli assiomi di primo livello descrivono le modalità di costruzione e di funzionamento dei processi psichici, e della loro dinamica. L'esposizione dei concetti segue l'ordine della tabella.

Il termine di *Orpha* è usato da Ferenczi per rappresentare una facoltà soprannaturale alla quale il bambino ricorre di fronte ad un trauma per lo più sessuale subito nella primissima infanzia, che orienta la sua anima a preservare la vita a tutti i costi tanto da preferire la follia piuttosto che la morte,

come è accaduto alla sua famosa paziente Elisabeth Severn, citata nel *Diario* con l'abbreviativo R.N. Questa esperienza traumatica, avvenuta precocemente, determinò nella donna lo sfacelo della sua individualità: la mente si frammentò del tutto conducendola ad una sorta di morte psichica. “Quando ciò accade – afferma Ferenczi - le forze di Orpha (termine, preso in prestito dal mito di Orfeo, simbolizzante la salvazione), cioè gli istinti vitali organizzatori, entrano in azione.” Esse: “hanno conservato la vita ‘coûte que coûte’ permettendo così la produzione di allucinazioni di appagamento e fantasmi consolatori” (*Diario clinico*, p.56) anestetizzando la coscienza e la sensibilità di fronte a sensazioni intollerabili. R.N. in superficie era capace di vivere e agire, ma dentro di lei permaneva un: “Io assassinato, ravvivato ogni notte dal fuoco della sua sofferenza (...)”. Quando lo psichismo viene meno - dice Ferenczi - è l'organismo che pensa e quando queste forze primarie si sono risvegliate permangono sempre e vengono messe in atto anche in situazioni o ferite meno gravi. (*Diario clinico*, p. 52). Orpha è un'intelligenza inconscia priva di affetti, una forza resiliente superiore che preserva dall'autodistruzione, attivata dalla condizione traumatica come un istinto libidico di riserva, che valuta la gravità e le capacità di difesa da attivare: “[...] è la parte materna che impedisce alla persona, in preda a shock traumatici, di perdere la presa della vita” (Antonelli, 1997, p.791).

Nell'indagine assiomatica ci siamo imbattuti nei principi, vere e proprie teorie, che Ferenczi talvolta chiama pulsioni. Ci riferiamo al principio del maschile e del femminile rappresentati dalla pulsione di affermazione e di conciliazione ed al principio di rassegnazione; quest'ultimo si riferisce all'adattamento obbediente e alla sottomissione conseguente al trauma. Si tratta di vere e proprie consistenze biologiche pulsionali scatenanti, a loro volta, rappresentazioni psichiche a matrice relazionale, che spingono il soggetto ad un adattamento disfunzionale oppure, a seconda dei casi, ad uno sviluppo o ad un'integrazione del Sé. L'Autore, teorizzando l'esistenza di un principio pulsionale come quelli sopra citati, ci fornisce una nuova fonte dell'altruismo, considerato non come un complesso di motivazioni egoistiche tendenti al soddisfacimento dei bisogni, o ad una scelta oggettuale narcisistica come sostiene Freud, ma come qualcosa che spinge alla ricerca di una mutualità con l'altro, intravedendo le origini biologiche dell'intersoggettività. Il 23 febbraio (*Diario clinico*, p.97) Ferenczi tratta il tema del principio maschile e femminile stupendosi della migliorata condizione psichica di una paziente che dopo anni di sofferenze, lamentele, frequenti stati di perdita di coscienza e di frigidità, vira verso la comprensione degli altri, la generosità, la capacità di tolleranza e la maturità nelle sensazioni sessuali. In questo caso il principio di conciliazione tipicamente femminile sembra per Ferenczi influenzare, come una pulsione, i comportamenti ed i vissuti della donna, costituendone una dimensione interna tanto da determinarne le sensazioni e la sofferenza: non soltanto come qualcosa di intollerabile ma,

soprattutto, come una fonte di soddisfazione. Mascolinità ed egoismo, in contrapposizione a maternità e bontà. Un esempio emblematico, sostiene Ferenczi, è rappresentato dalla madre che tollera esseri viventi “parassitari” che si sviluppano a spese del suo corpo.

Ferenczi ipotizza che i *Principi di maternità e di conciliazione* siano una lieve modifica dell'ipotesi freudiana delle pulsioni di vita, e quelli di affermazione e di sopraffazione della pulsione di morte. A conferma di ciò sostiene che le pulsioni di conciliazione e di affermazione costituiscono insieme l'esistenza, come per Freud erano Eros e Thanatos. Ferenczi assimila la capacità di soffrire, sotto l'effetto della pulsione di conciliazione, come lo era per Freud il principio di realtà, come reazione intelligente propria della femminilità: “Il più saggio cede”. In altre parti del *Diario* considera il principio di conciliazione o concordia come il principio in assoluto di cui si debba tener conto e senza il quale non può essere attuato un cambiamento, proponendo l'idea di un'influenza ubiquitaria del femminile e superando la condizione di genere.

Viene sottolineato, inoltre, che la prevalenza unilaterale del principio egoistico è il sadismo, quello di bontà, correlato al principio femminile, è il masochismo, procedendo in tal modo ad un disimpasto delle pulsioni.

Per quanto attiene al *Principio della rassegnazione*, a volte chiamato dell'accomodamento, altrove definito adattamento autoplastico, esso si pone come principio di realtà freudiano in contrapposizione al principio del piacere. Per Ferenczi, alla reazione aggressiva della vittima, conseguente al trauma, fa seguito un senso di angoscia, con una ulteriore fase di obbedienza.

Ferenczi si chiede se sia primaria l'aggressività o la regressione verso l'autodistruzione. Uccidere è assolutamente impossibile perché il bambino rimarrebbe solo, allora l'unica scelta per lui è l'autodistruzione come risposta all'angoscia causata dall'ambiente non responsivo con le conseguenti modalità adattative: la dissociazione, o l'identificazione. In quest'ultimo caso scompaiono le proprie emozioni e subentra la volontà dell'altro, come nell'identificazione con l'aggressore o nell'identificazioni superegoiche, nel senso di “vivere la vita di un altro” (*Diario clinico*, p.266). Questo processo di identificazione sembra essere il medium attraverso cui si attua il *Principio della obbedienza*. L'autodistruzione viene contrastata dall'obbedienza, che si innalza a pulsione di vita intrinseca al soggetto (*Diario clinico* p.194). Quando l'Io non ha una sua individualità subentra il mimetismo² (*mimicry*): in tale fase viene posto termine alla situazione di dispiacere attraverso una rassegnazione e un adattamento immediato del proprio sé all'ambiente, adesivo e funzionale al rapporto

² *Mimetismo*: imitazione nel mondo animale di colori e forme appartenenti all'ambiente a scopo protettivo o aggressivo o anche casuale e senza finalità.

con l'adulto (*Diario clinico*, p.236). Ferenczi cita due forme di adattamento: autoplastica sotto l'egida della pulsione di morte che porta all'adattamento e poi al trauma ed alloplastica che comporta una vitalità ed un principio di reazione (pulsione di vita).

Il concetto di *pulsione di morte* è presente nella citazione di Ferenczi dal *Diario Clinico* del 13 agosto (p.303) che racchiude il suo pensiero e la sua distanza da Freud: "L'idea della pulsione di morte va troppo lontano, è già tinta di sadismo,³ la pulsione di riposo e la divisione (con-divisione, sharing) del piacere e del dispiacere accumulati in eccesso sono ciò che è reale, o piuttosto lo era, quando non era stato ancora disturbato in modo artificiale e traumatico". La debolezza della capacità vitale non dipenderebbe quindi tanto dall'azione della pulsione di morte, quanto dalla conseguenza di traumi precoci e reali: gli impulsi distruttivi entrerebbero in azione quando il bambino non riceve dai genitori quell'amore, tenerezza, condizioni di protezione e di cura che gli permettono di consolidare la pulsione di vita.

Ferenczi, infatti, nel *Il bambino mal accolto e la pulsione di morte* (1929b) afferma che il bambino ha una tendenza innata a scivolare verso la morte: "Il lattante è molto più vicino alla non esistenza di quanto lo sia l'adulto che ne è separato dall'esperienza di vita (...). La forza vitale che resiste alla vita non è dunque così grande alla nascita e a quanto pare si consolida dopo una progressiva immunizzazione contro i danni fisici e psichici, garantita solo da un trattamento e un'educazione gestiti con tatto" (p.363). Aggiunge che solo con la maturità la pulsione di vita è in grado di controbilanciare le forze distruttive. Ferenczi fa poi un inciso rispetto ai casi riportati da Freud, che sembrano soffrire di una debolezza congenita di capacità vitale, quando afferma che l'aspetto congenito di tale debolezza è solo apparente in quanto è conseguente a un trauma precoce. L'Autore, che sembra sommariamente d'accordo con gli assunti freudiani della pulsione di morte,⁴ da molti criticata fin dai tempi del suo esordio metapsicologico, sposta decisamente l'accento sulle figure di accudimento, ipotizzando una connessione fra i messaggi consci o inconsci trasmessi, esplicitando la sua prospettiva dell'importanza del ruolo traumatico attraverso l'esempio di una madre che mostra il suo rifiuto e la sua impazienza.

Anche Karl Abraham non accettò la teorizzazione della pulsione di morte, nonostante non avesse mai preso apertamente posizione contro di essa, e nel *Saggio su Segantini* (1911) parla di "brama di morte" che spingerà l'artista verso l'autodistruzione. In questa vicenda era la morte a trion-

³ Sadismo inteso come deviazione verso l'oggetto della pulsione di morte che diventa manifesto solo in relazione con l'oggetto.

⁴ In *Al di là del principio del piacere* (1920) Freud teorizza una categoria fondamentale delle pulsioni che si oppongono alla pulsione di vita e tendono alla risoluzione completa delle tensioni, conducendo l'individuo allo stato inorganico.

fare e il suo desiderio era nato insieme a lui e non l'aveva mai abbandonato.⁵ Sebbene Segantini avesse cercato di compensare, conciliare e sublimare le pulsioni che lottavano dentro di lui attraverso le sue opere pittoriche, e di unire armonicamente la vita e la morte, l'esperienza precoce della perdita "della madre amata" produsse in lui un dolore insanabile che interferì nella sua vita. In questo saggio Abraham sposta l'origine dell'evoluzione melanconica dal conflitto edipico al traumatico materno inserendolo nella vicenda psicopatologica:⁶ in effetti l'odio prodotto sarà determinante per dare forma al lutto o alla malinconia.

La visione di Abraham si differenzia, tuttavia, dalla relazionalità insita nel pensiero di Ferenczi perché non enfatizza il trauma o la particolare debolezza del bambino, ma dà valore alla responsabilità dell'oggetto primario ed alla disponibilità caratteriale del soggetto, senza attribuire una specificità all'azione della pulsione di morte. Queste esperienze ci ricordano il concetto di "trauma cumulativo" di Masud Khan (1979) e riguardano il non essere stati desiderati o l'essere accolti con durezza o senza affetto, oppure l'essere accolti e poi abbandonati come, nel caso di Segantini, con la precoce morte della madre.

Ferenczi crea un ponte fra questi soggetti e le loro tendenze suicidarie: "Essi muoiono facilmente e volentieri e possono servirsi di tanti mezzi organici per un rapido decesso e se sfuggono a questo destino conservano pessimismo e tedio nella vita" (Ferenczi, 1929b, p. 363).

Conclude affermando che è solo con i conflitti edipici e con le esigenze della genitalità che diventano manifeste le conseguenze del "tedio della vita" la cui origine è più remota.

Il bambino dipende totalmente dalla madre che può instaurare una relazione che vivifica (*life-enforcing*) o che mortifica (*death-enforcing*).

Il bambino, quindi, introietterà il reale rapporto con la madre. Questa è la grande differenza con Freud nel senso che la pulsione di morte deve essere considerata come l'esito di un incontro mancato con l'ambiente, rivalutando la dimensione relazionale a scapito di quella pulsionale.

Con questo concetto Ferenczi anticipa le ricerche successive di Spitz sul costrutto di *depressione anaclitica*,⁷ ed inaugura un filone di ricerca, che, da Searles e Bolwby esita in Kohut,⁸ sulla esistenza di una rabbia distruttiva secondaria ad una ferita del Sé, svalutando l'ipotesi energetico pulsionale freudiana e non considerando le pulsioni come componenti isolate.

⁵ L'artista perse la madre giovanissima appena nato ed anche lui fu in pericolo di vita per le sue condizioni di fragilità, a cui si aggiunse la morte del fratello.

⁶ Da notare che Abraham è stato uno dei primi analisti che ha seguito questa linea.

⁷ Si verifica quando bambini, precocemente ospedalizzati e sottratti alle cure materne, manifestano vistosi deperimenti psicofisici, indicativi della loro volontà di lasciarsi morire.

⁸ Per Kohut l'aggressività è secondaria e non primaria e sorge originariamente come risultato del fallimento dell'oggetto-Sé non empatico a corrispondere al bisogno del bambino.

In sintesi, benché Ferenczi non abbia diversificato il concetto di istinto e di pulsione, nei vari passaggi esaminati il suo pensiero su questo tema può essere considerato in tre modi: i) assimilabile ad una relazione morta che non consente di vivificare la pulsione di vita (in particolare nel neonato); ii) assimilabile ad una relazione traumatica nel contesto di una relazione oggettuale che può dar vita a una ricerca attiva del medesimo oggetto traumatizzante connotato come oggetto d'amore (coazione traumatica a ripetere); iii) assimilabile al trauma stesso, che si esprime attraverso un processo di frammentazione che genera parti scisse considerate parti morte del Sé.

Le teorie osservative

Gli assiomi di secondo livello, costituiti dalle *Teorie Osservative*, descrivono i processi inconsci più vicini alla clinica che, in seguito ad esperienze per lo più traumatiche, determinano dissociazioni e fissazioni a vari livelli.

Seguono, qui sotto, alcuni esempi passibili di approfondimenti e ricerche.

Il concetto di *Poppante saggio* (wise baby), fu introdotto da Ferenczi nel suo breve saggio del *Il sogno del "poppante saggio"* (1923) in riferimento a quei bambini che, a causa di una deprivazione di cure nella prima infanzia, avrebbero potuto sviluppare una forte intelligenza e autodistruttività. Questi bambini sono costretti ad assumere il ruolo di genitori verso i loro genitori per proteggerli, perché la distruzione dell'immagine interna del padre e della madre, potrebbe portare alla morte psichica di loro stessi. Onde evitare ciò, frammentano la loro personalità, mantenendo la parte onnipotente a discapito di quella più bisognosa di cure. Temono l'abbandono e se ne difendono chiudendosi in loro stessi o cercando un surrogato della sana dipendenza mai vissuta, fino a strutturare una personalità mistificata. Soggetti che trasportati nell'onda di una seduzione o di un terrorismo della sofferenza, hanno trovato un modo per compensare le frustrazioni prodotte dall'ambiente acquisendo prematuramente un'espressione da saggi, da adulti e con una forte inclinazione ad assumere atteggiamenti materni andando in aiuto degli altri.

Per quanto attiene al *Trauma* Ferenczi afferma che: "...se il trauma colpisce un'anima o un corpo impreparati, vale a dire senza che sia presente un controinvestimento, allora esso agisce sul corpo e sullo spirito in modo distruttivo, cioè frammentandoli. La forza coesiva dei singoli frammenti ed elementi viene a mancare. Frammenti di organo, elementi di organo, frammenti ed elementi psichici vengono dissociati" (*Diario clinico*, p. 133). Ferenczi insiste sull'esistenza di un *fattore traumatico reale* che è legato ad eventi esterni improvvisi, che superano la capacità dell'individuo di fronteggiarli, denominato anche come elemento esogeno. Quest'accezione, che rimane nel sottofondo come una concezione da "trauma ferroviario"

(Balint, 1949) cioè qualcosa che colpisce e travolge, è stata utilizzata da Freud e Breuer negli *Studi sull'Isteria* (1892-5), la cui eziologia era collegata a un episodio traumatico di seduzione infantile. La seduzione dell'adulto, che per Ferenczi è reale, genera un trauma nel bambino che, ammutolito dalla sua autorità, perde la capacità di pensare.

Si struttura di conseguenza *l'identificazione con l'aggressore* (Rocchi, 2014): il bambino cerca di entrare nella testa dell'aggressore e d'indovinare i suoi desideri per compiacerlo.

La relazione con l'aggressore viene interiorizzata e l'aggressore cessa di esistere come aggressore esterno per diventare una parte del Sé del bambino. L'esito è l'annullamento dell'aggressione e il ristabilimento della realtà piacevole pre-traumatica.

Per Ferenczi, infatti, di fronte ad un impatto traumatico, la fragile psiche del bambino si scinde, annullando e cancellando il proprio Sé: così la vittima, facendo ciò che l'aggressore si aspetta, s'identifica diventando Lui. Tutto ciò avviene perché il bambino non può modificare la realtà esterna, come ad esempio protestare, e l'unica modificazione possibile è su di sé. Allora il bambino dissocia il trauma, pur di conservare la tenerezza materna, il senso di sicurezza e di protezione.

Un altro fattore fortemente patogeno è la mancanza di un testimone; la madre non è di aiuto e se il figlio si comporta da bambino cattivo si merita la punizione del genitore. In tal modo il bambino assume su di sé la cattiveria e salva il genitore.

Secondo Ferenczi il trauma risulta presente anche nelle perversioni del bambino come risultato di condizionamenti esogeni, che bloccano il suo sano sviluppo: introiezione del senso di colpa del genitore, del suo desiderio e dei suoi traumi. L'Autore è, infatti, convinto che l'ambivalenza verso l'oggetto d'amore sia dovuta al senso di colpa. È il senso di colpa che può trasformare l'oggetto di amore in un oggetto di odio: il senso di colpa e l'odio contro il partner che l'ha sedotto trasformano l'erotismo infantile ludico in sadomasochismo sessuale adulto (*Diario clinico*, p.426).

Ferenczi ha proposto, inoltre, una rivisitazione della teoria dello sviluppo sessuale con la critica del Complesso d'Edipo considerato come un eccesso di passionalità innescato dal genitore, quindi dall'esterno, e non come un desiderio incestuoso del bambino nei confronti della madre, prodotto naturale del suo sviluppo. La sua posizione, rispetto alle teorie freudiane, ribalta il concetto del Complesso di Edipo a favore del bambino ed a scapito del genitore: il genitore seduce il bambino che ne è la vittima e non il contrario. Ferenczi (1929a) è incline a dare maggiore importanza: "alle tendenze incestuose rimosse negli adulti, che si presentano sotto la maschera della tenerezza". A tal proposito afferma che: "I bambini non vogliono niente di più che essere trattati in modo gentile, tenero e dolce. I loro moti e i loro gesti sono delicati e quando non sono tali, c'è qualcosa che non va".

L'Autore conclude domandandosi: “[...] quanta parte di ciò che riguarda l'amore eterno del bambino per la madre e quanta parte del desiderio del ragazzo di uccidere il padre rivale si svilupperebbe in modo del tutto spontaneo, anche senza un innesto precoce di erotismo adulto appassionato e di genitalità [...]?” (*Diario Clinico*, 5 aprile).

Ferenczi tratta spesso della genitalità compromessa dal trauma, in particolare nota una regressione verso l'analità in caso di minacce e proibizioni. “Non si può escludere - aggiunge Ferenczi- che l'erotismo anale sia in realtà una genitalizzazione isterica da spostamento e che il deposito anale sia il risultato finale di una lotta per la genitalità” (*Diario clinico*, p.204). Il complesso della genitalità e uretralità è ripreso nel *Diario clinico* (p.268) laddove Ferenczi sostiene che a causa della vicinanza fisica è facile spostare l'interesse e le sensazioni degli organi genitali alla vescica e all'intestino, e per questo motivo non deve essere proibito ai bambini di lamentarsi per i disturbi intestinali e urinari come, d'altronde, fanno anche gli adulti. L'argomento delle zone erogene viene trattato in vari passi del *Diario* (p.287) e nella *Confusione delle lingue* (p.425), dove Ferenczi critica apertamente aspetti della teoria della genitalità freudiana sollecitandone una ristrutturazione che purtroppo però abbozza o nomina soltanto.

Ferenczi affronta il tema dell'Angelo Custode ritornando sul caso di R.N. abusata brutalmente dal padre. Quando questo accade la relazione oggettuale è impossibile, trasformandosi in una relazione narcisistica dove la bambina fa da sola e, “abbandonata da tutti gli Dei”, si aliena dalla realtà creando un altro mondo all'interno del quale può avere ciò che le manca. Ella stacca dal Sé un pezzo sotto forma di persona: l'*angelo custode*, che assiste con amore materno e cura la sua parte martoriata. Tutto ciò “*con la massima saggezza e penetrante intelligenza*”. L'*angelo custode* è “*la personificazione della bontà stessa, che promuove la produzione di allucinazioni di appagamento e di fantasmi consolatori*” (*Diario clinico*, p.56).

In tal modo RN aveva operato una autotomia della mente divisa, da allora in poi, in due personalità diverse che vivevano separatamente; una modalità estrema per salvarsi e proteggere il suo Sé, l'unica via di fuga per esistere.⁹

Il neologismo *intropressione*, considerato un precursore dell'identificazione proiettiva, è stato introdotto con il termine di “Intropressione del Super Io” per la prima volta da Ferenczi nell'ultima annotazione di *Note e Frammenti* (1932c).¹⁰ L'intropressione deve essere considerata come il “reciproco rela-

⁹ Questa condizione psichica parrebbe simile alle allucinosi ed agli stati ipnoidi vicini all'isteria, come nel caso della favola della “Piccola Fiammiferaia” che, circondata da persone che non sostengono la sua arte e la sua vita, immagina situazioni fantastiche accendendo ad uno ad uno i suoi fiammiferi per salvarsi.

¹⁰ *L'analisi infantile*, l'educazione è una *compressione all'interno* del super-Io (da parte degli adulti).

zionale” dell’introiezione, ossia un’introiezione forzata, che Ferenczi fa risalire a forme autoritarie e gravemente intrusive di educazione. Con tale concetto l’autore cerca di definire la nozione di introiezione per gli effetti devastanti della violenza e della repressione familiare dei genitori sui bambini che inculca la colpa, il segreto e la proibizione del pensare. Nonché di stabilire un modo di concepire ed utilizzare la pratica psicoanalitica, che implicava la sottomissione e l’incapacità di gestire le proprie risorse mentali.

Allargando il campo potremo, pertanto, affermare che l’intropressione, generando una forte identificazione, rende impossibile la disidentificazione dall’aggressore (Cabr , 2014); problema che Ferenczi aveva gi  affrontato nel 1927 nell’adattamento della famiglia al bambino. L’intropressione rappresenta, infatti, il tentativo di squalificare e negare le rappresentazioni e i pensieri del bambino, ma anche quelli del paziente con la conseguente perdita di fiducia nel valore dell’interpretazione della realt  psichica. Pu  provocare l’annientamento dei bisogni narcisistici, impedendo lo sviluppo delle potenziali capacit  individuali, che vengono sostituite da trapianti estranei appartenenti a colui che li impone, e deformano in maniera permanente chi li ospita. In sintesi, l’intropressione   una comunicazione inconscia attraverso la quale vengono trasmessi, forzatamente intromessi, contenuti superegoici finalizzati a controllare, manipolare e sottomettere la mente del soggetto. Ferenczi sostiene che   scientificamente importante che la personalit , ancora debolmente sviluppata, risponda al dispiacere improvviso, anzich  con i processi di difesa, con l’identificazione per paura, e con l’introiezione di colui che minaccia o aggredisce.

A fronte di un trauma, Ferenczi descrive il concetto di *autoscissione narcisistica* come una modalit  protettiva di “auto-guarigione”, una difesa autoplastica che scinde la persona in un essere psichico puramente conoscitivo, che osserva gli avvenimenti dal di fuori dell’Io: una parte che *sa e vede* tutto ma non sente niente (dimensione narcisistica), e in un’altra che soffre, ma non capisce ed   impotente ed inerme nel suo dolore (la parte infantile). Un autoisolamento doloroso, un evento che avviene nell’ambito del non rappresentato e non rappresentabile, al cui posto si evidenzia una morte psichica, una autotonia o, per dirla con Green (1983), un vuoto privato di tonalit  affettive, dove l’assenza introiettata produce una voragine sulla “struttura” che anima di non-sense la produzione di senso del narcisista di morte. Questo meccanismo favorisce il costituirsi di una protesi narcisistica: un narcisismo protettore che, per sua natura, pu  diventare megalomane (*Diario clinico*, p.179) ostacolando la costituzione di un sano narcisismo e l’interiorizzazione di un oggetto capace di contenere e di modulare gli impulsi e le eccitazioni. Si genera cos  una fragilit  primaria che pu  diventare irreversibile.   interessante notare come questo ed altri concetti abbiano messo in evidenza il contributo di Ferenczi alla comprensione ed alla cura delle patologie narcisistiche e borderline.

L'evoluzione del pensiero di Ferenczi negli autori contemporanei (Winnicott, Bolwby, Bromberg, Liotti e Farina, Kohut, Searles)

Esporranno alcune implicazioni euristiche del pensiero di Ferenczi che trovano parallelismi con altri autorevoli autori, e testimoniano la preziosità delle sue teorie ed il suo carattere germinativo e pro-genitoriale.

Iniziando da Winnicott troviamo numerose affinità con il pensiero di Ferenczi, nonostante sia considerato un analista poco incline a citare i suoi colleghi. Basti pensare a ciò che Glauco Carloni (2001), riferendosi a Ferenczi, definiva con il termine di *stile materno* per sottolineare un assetto terapeutico all'interno del quale la situazione analitica veniva equiparata alla relazione madre-figlio. Assetto sviluppato da Winnicott in concetti come madre sufficientemente buona, *holding*, *handling*, fino a descrivere, con il termine di preoccupazione materna primaria, la capacità della madre di adattarsi alle necessità del figlio in maniera naturale e spontanea. Capacità che acquisisce l'analista per sintonizzarsi con le necessità del paziente, consentendogli di empatizzare con i suoi bisogni primari in una relazione intersoggettiva. Ferenczi e Winnicott non solo posero l'accento sulla relazione con la madre, ma considerarono determinante per l'individuo l'ambiente e la realtà esterna, confermando l'importanza del reale all'interno della relazione terapeutica.

Nel momento in cui Winnicott propose poi l'analisi come un gioco si avvicinò ad alcune intuizioni teorico cliniche, già formulate da Ferenczi ne: *L'adattamento della famiglia al bambino* (1927) dove descrisse, 25 anni prima di lui, il concetto di "oggetto transizionale". Mentre in *Analisi infantili con gli adulti* (1931) insistette sulla necessità di applicare l'esperienza degli analisti dei bambini alla cura degli adulti.

Ferenczi, infatti, con alcuni pazienti preferì modificare la tecnica classica e adattarsi a loro, utilizzando una relazione basata sulle coordinate del legame madre-bambino, anziché usare la frustrazione e rinunciare a curarli.

Ferenczi, è presente in Winnicott con il concetto del *Poppante Saggio* (1923), che può essere assimilato al *falso Sé* come difesa del bambino dalle carenze materne (Winnicott, 1960).

Queste riflessioni sulla nascita di un oggetto adattato lo troviamo in Ferenczi anche nel termine di *teratoma*, descritto in *Principio di distensione e neocatarsi* (1929a): "avere in una parte nascosta del corpo un embrionale gemello il cui sviluppo si è arrestato e la cui conservazione costituisce una minaccia per l'intera persona" (p.394). Sembra, comunque, che in questo caso il teratoma sia il mostruoso gemello nascosto nella psiche e non il nascondente, come nel falso Sé.

Va, inoltre, sottolineato come la fragile capacità di contenimento di Ferenczi nel comunicare al paziente sentimenti controtransferali, sarà sviluppata, in seguito, nel famoso articolo di Winnicott del 1947 su *L'odio nel*

controtransfert. In questo saggio la confessione dell'odio del terapeuta verso il suo paziente non solo è auspicabile ma anzi, tanto il paziente quanto il processo psicoanalitico possono trarne beneficio. Il paziente, come sostiene Winnicott, ha bisogno di odio per odiare perché: "non ci si può attendere che uno psicotico in analisi tolleri il suo odio verso l'analista finché l'analista non sarà capace di odiare il paziente" (p.244).

La continuità di Ferenczi nel pensiero di Winnicott la ritroviamo, infine, anche in *Gioco e Realtà* (1971) quando ritiene che l'analista debba nascondere il suo sapere, evitando di ostentarlo. Solo in tal modo potrà favorire quello del paziente, la cui creatività può venir distrutta dall'effetto traumatico dell'analista che sa troppo, ostacolandone la capacità di rappresentare e simbolizzare in autonomia i suoi processi mentali.

In queste raccomandazioni riecheggiano concetti ferencziani quali empatia, ipocrisia professionale, fanatismo interpretativo, ammissione di errori dell'analista e, soprattutto, quello di umiltà (Ferenczi, 1928) come fattore tecnico essenziale ed etico dello psicoanalista, che rinnega l'idea dell'analista onnisciente.

Un ulteriore sviluppo del pensiero di Ferenczi è in Bowlby (1969) che, studiando gli effetti degli eventi dell'infanzia sullo sviluppo del bambino, ritiene impossibile comprendere l'individuo al di fuori dell'ambiente nel quale si è formato (Bowlby, 1973), valorizzando l'aspetto del contesto tanto caro anche a Ferenczi. Bowlby non si limita agli eventi eclatanti ma evidenzia fatti e comportamenti quotidiani come, ad esempio, le pressioni continue che ogni individuo subisce e/o esercita nel rapporto con gli altri, necessarie a mantenere, ristabilire o modificare la propria identità.

Nel processo che conduce alla costruzione della soggettività del bambino acquistano rilievo sia gli effetti della distorsione e le esclusioni nella comunicazione tra genitori e figli, sia quelli relativi alle fantasie preesistenti nei genitori.

I genitori, infatti, possono aver più o meno desiderato un figlio, attenderlo di sesso diverso, pensarlo in sostituzione di uno perduto o di una persona scomparsa, ecc. In questo senso Bowlby, sviluppando le geniali intuizioni di Ferenczi, allarga il concetto di trauma attribuendogli in maniera più cospicua una connotazione relazionale e transgenerazionale all'interno del dibattito tra l'intrapsichico e l'ambiente.

Bowlby non parla di relazione di oggetto, il suo interesse è quello di dare una base scientifica alla teoria dell'attaccamento partendo dall'etologia, di cui parla approfonditamente, e dalle teorie di Darwin. L'autore non è sulla stessa linea di Freud riguardo al meccanismo innato di sopravvivenza; è invece la prossimità costante della madre la precondizione necessaria al soddisfacimento dei bisogni del bambino: "Il neonato si attacca automaticamente a chi si prende cura di lui, sia dal punto di vista del comportamento, sia dal punto di vista emotivo, la madre non deve fare nulla, non deve affer-

mare la sua importanza gratificando i bisogni del bambino, le basta solo essere presente”.¹¹

Per Bowlby l’attaccamento è un bisogno biologico fondamentale ed innato nella specie e non parla di pulsioni perché è focalizzato sulla centralità della relazione. Bowlby si avvicina a Ferenczi quando afferma che: “credo che nella mia opera ci siano due punti principali [...] il primo è l’importanza degli eventi della vita reale [...] il secondo riguarda il desiderio di conforto, protezione, rassicurazione specialmente quando si è in uno stato di sofferenza e infelicità che non è affatto un desiderio infantile bensì lo stato naturale dell’uomo profondamente turbato”. (Hunter, 1994).

Bromberg riprende il concetto ferencziano di trauma, elaborandolo e ampliandone i contorni. Le esperienze traumatiche infantili non elaborate albergano nella psiche come isole dissociate che costituiscono una molteplicità di stati di sé. Il trauma, per questo autore, è caratterizzato da una iniziale iperattivazione e solo successivamente dalla dissociazione. L’iperattivazione è disorganizzante e minaccia di sopraffare la capacità mentale di riflettere ed elaborare cognitivamente l’esperienza, conducendo il soggetto verso la depersonalizzazione, l’annichilimento e la perdita di continuità del senso di Sé. La dissociazione, che si manifesta successivamente, è la difesa da una condizione insostenibile, ed ha lo scopo di proteggere dalla frammentazione del Sé che conduce fino alla morte psichica, che è: “l’incapacità di mantenere il senso interno di essere vivo” (Mc Gilchrist, citato da Allan Schore in introduzione a Bromberg ne “L’ombra dello tsunami”).

L’elemento che differenzia Ferenczi da Bromberg è l’assenza di una iperattivazione: Ferenczi parla di ammutolimento, per sottolineare l’incapacità di reagire del bambino all’adulto a causa della sua condizione di sottomissione. Tuttavia, entrambi gli autori parlano di dissoluzione del Sé ma, mentre per Bromberg la dissociazione conduce ad isolare una parte del Sé traumatizzato in una monade chiusa che permette la sopravvivenza, per Ferenczi la personalità non progredisce, né si evolve. La dissociazione, quindi, per Bromberg permette il funzionamento adattivo, nonostante le esperienze traumatiche di angoscia che caratterizzano alcuni stati del Sé.

Entrambi gli Autori concordano invece sull’importanza della relazione: l’apparato psichico è sempre e solo in relazione all’altro ed è determinato dalla relazione oggettuale. Protezione, rassicurazione e tenerezza accumulano questi autori nel loro approccio al paziente.

Alla base di ogni quadro psicopatologico Bromberg intravede una dimensione traumatica che, attraverso la dissociazione limita la vita menta-

¹¹ Atteggiamiento che osserviamo spesso in pazienti che attraverso l’analisi ritrovano questa condizione perduta, malvissuta o insufficiente: per loro basta esserci.

le nella capacità di riflettere, creando una condizione di incapacità relazionale. In questo senso, per la comprensione dei processi dissociativi in relazione a situazioni traumatiche, la teoria di Bromberg (2007) può essere ritenuta un punto fondamentale di riferimento per la psicoanalisi contemporanea. In effetti, il modello dell'apparato psichico proposto da Bromberg non si organizza in senso psicoanalitico classico per opera della rimozione, ma sulla base di processi dissociativi.

Anche nella clinica Bromberg segue uno spostamento dell'interesse dalla ricostruzione della storia personale del paziente alle interazioni tra lui e il terapeuta, conferendo una maggiore importanza agli *enactment* ed all'esperienza soggettiva di paziente e analista e strutturando uno spazio relazionale dove il soggetto si senta sicuro. Anche in questo autore, come per Bowlby, possiamo rintracciare, la presenza di un filo conduttore "relazionale" che partendo da Ferenczi conduce la ricerca psicoanalitica fino ai tempi nostri.

Un particolare interesse meritano i contributi di Liotti e Farina (2011) sulla dissociazione. Gli Autori sottolineano come l'attaccamento disorganizzato nel primo anno di vita sia un potente predittore della dissociazione molto più dei traumi successivi. Essi avanzano l'ipotesi che l'interazione fra i ricordi traumatici e l'attaccamento disorganizzato possa rappresentare il necessario antecedente della dissociazione patologica.

Il possibile meccanismo alla base sembrerebbe risiedere nella specifica interazione tra due sistemi motivazionali innati frutto dell'evoluzione: il sistema di difesa e il sistema di attaccamento.

Il sistema di difesa merita particolare attenzione perché è coinvolto in tutte le esperienze traumatiche con le sue risposte neurofisiologiche e con il risultato di attivare molti sintomi osservabili nei pazienti che soffrono di esiti di traumi psicologici, quali i sintomi accasciamento, incertezza motoria, ottundimento ed il tipico sentimento pervasivo di impotenza personale. Già Ferenczi aveva rilevato come la funzione difensiva messa in atto di fronte al trauma avesse risposte corporee.

Numerosi sono i temi cari a Ferenczi, che troviamo in Kohut, come la frammentazione in risposta alla condizione traumatica, ed ancora più rilevante il concetto di narcisismo, come si evince dal *Diario Clinico*: "Indispensabile base della personalità, il narcisismo, cioè il riconoscimento e l'affermazione del proprio sé come entità realmente esistente, preziosa, con una determinata grandezza, forma e significato, può essere raggiunto solo se l'interesse positivo dell'ambiente – diciamo la libido – garantisce, in qualche modo, attraverso la spinta esterna la solidità di quella forma di personalità. Senza una simile contropinta, diciamo d'amore, l'individuo tende a esplodere, a dissolversi nell'universo, forse a morire". (p.210)

Il contenuto di cui sopra è confermato dalla teoria operativa n.13 da noi estrapolata: "L'analista deve essere completamente a disposizione del paziente e stimolare nel paziente quel narcisismo di cui è carente nel stimo-

larlo alla vita". Di nuovo uno spazio mutuale raccomandato da Ferenczi e dai suoi successivi estimatori per risolvere gravi problematiche mentali.

Kohut, in sintonia con Winnicott, pensa che l'aggressività non derivi da una pulsione distruttiva primaria ma da esperienze carenziali, o traumatiche. È necessario, sostiene Kohut (1971), che gli oggetti reali si comportino in modo soddisfacente alle esigenze di oggetto-Sé del bambino, che costituiscano per lui miniere di perfezione, di forza e di bontà (*imago parentale idealizzata*), capaci di fornire ammirazione, rimandandogli un'immagine di perfezione (*Sé grandioso*).

Se i bisogni del bambino non sono stati capiti e soddisfatti nel giusto modo, se sono avvenuti dei fallimenti empatici e sono sopraggiunti dei traumi, il narcisismo non si evolve verso uno sviluppo maturo, ma rimane fisso dove è avvenuto il fallimento relazionale.

Si determina, allora, una frammentazione del Sé psicocorporeo e dell'oggetto-Sé, che impediscono lo sviluppo di traslazioni idealizzanti favorendo uno stato regressivo di fronte al trauma, disarticolato, frammentato ed incapace di gestire il dolore psichico.

Un posto a parte merita Harold Searles che, nel *Il paziente come terapeuta del suo analista*, saggio incluso nella raccolta sul *Controtransfert* (1979), richiama abbastanza da vicino l'elaborazione ferencziana dell'analisi reciproca sottolineando il concetto che: "[...] più un paziente è malato e più si rende necessario, per il successo della terapia, che egli diventi terapeuta per colui che, ufficialmente, è stato designato suo terapeuta, cioè l'analista." (p.281).

In realtà, nonostante la letteratura psicoanalitica sia stata scritta soprattutto partendo dal presupposto che l'analista è sano, e che quindi non ha bisogno dell'aiuto del paziente, la psicopatologia dell'analista può rimanere mascherata nella psicopatologia del paziente.

L'Autore rinforza il concetto di *simbiosi terapeutica*, ovvero la simbiosi nel rapporto tra paziente e terapeuta che, come per Ferenczi, riconduce a quella sana tra madre e neonato e rappresenta una fase necessaria nel trattamento degli psicotici.

Anche per Searles, come per Ferenczi, nello schizofrenico si verifica una perdita dei confini dell'Io, che rimanda alla problematica della differenziazione fra l'Io del lattante ed il mondo esterno, considerata come: "una delle condizioni fondamentali del processo di individuazione" (p. 307). Affinché essa avvenga è indispensabile l'esistenza di una relazione simbiotica tra lattante e nutrice, difendendo una concezione della relazione psicoanalitica essenzialmente di tipo simmetrico.

Ma in Searles ritroviamo Ferenczi anche negli *Scritti sulla Schizofrenia* (1965) dove sono citati due suoi lavori: *Fasi evolutive del senso di realtà* (1913) e *Thalassa* (1924),

In quest'ultimo è riproposta la questione dei "confini dell'Io" nell'ambi-

to del rapporto amoroso che è simile all'allattamento. Due situazioni caratterizzate da un forte coinvolgimento reciproco nell'intimità corporea, con un analogo stato dell'Io dei due partecipanti. Nei *Processi sessuali nella schizofrenia* Searles condivide con Ferenczi questo stato, quando paragona: "l'abbandono dei confini durante l'orgasmo con lo stato di indifferenziazione nello sviluppo dell'Io del neonato e della mancanza di confini dell'io tra la madre ed il suo piccolo durante la poppata" (p.415)

L'Autore ci conferma come la presenza nei primi mesi di vita, quando eravamo poco differenziati, di un ambiente "estraneo e pericoloso" sia simile all'assenza di confini che caratterizza l'orgasmo sessuale, presente negli schizofrenici come stato del Sé.

Un altro aspetto, altrettanto significativo, del modo di lavorare di Searles, in analogia a quello di Ferenczi, è descritto nel *L'amore edipico nella controtraslazione* (1965) dove viene esplicitata l'importanza delle comunicazioni ai pazienti.

Tutte queste problematiche ci ricordano il *Diario Clinico*, nonostante sia stato pubblicato molti anni dopo l'uscita dei lavori di Searles che, a proposito della psicoanalisi classica, affermava che: "nella misura in cui è rigorosamente classica, essa è sostanzialmente frutto di delirio".

La classificazione assiomatica del *Diario Clinico* come base per la ricerca concettuale sul pensiero di Ferenczi

Come abbiamo visto le affermazioni nel *Diario Clinico* che abbiamo ricondotto con la nostra classificazione assiomatica sotto il termine 'teorie operative' sono quelle più numerose. Questo non sorprende, dato l'interesse generalmente riconosciuto a Ferenczi rispetto ai concetti clinici piuttosto che all'elaborazione metapsicologica. La descrizione puntuale delle 'teorie operative' contenute nel diario clinico permette un'indagine sistematica circa l'origine di molti concetti teorico-clinici che caratterizzano gli attuali orientamenti relazionali della psicoanalisi. È un lavoro che ci proponiamo di fare. In questa sede mostreremo un primo approccio per questa indagine relativamente a tre 'teorie operative' particolari tra quelle che abbiamo definito; esse sono gli architravi di molte tendenze attuali della psicoanalisi relazionale:

24. Ripetizione traumatica del comportamento dei genitori in analisi a fini terapeutici'
26. Separare il paziente dalla dinamica materna attraverso il processo di realta'
32. Interpretare un sogno creando un contesto affettivo che attiva il paziente sulla parte manifesta

Iniziamo dalla teoria operativa 24: Ripetizione traumatica del comportamento dei genitori in analisi a fini terapeutici. La ripetizione traumatica come situazione in analisi viene trattata attraverso un caso del Diario. In particolare, con la paziente B. Ferenczi arriva a dire che nella situazione analitica si arriva in ogni caso a ritraumatizzare il paziente in quanto: “che si comporti come meglio crede, che spinga fino ai limiti del possibile la bontà ed il rilassamento, verrà sempre il momento in cui dovrà riprodurre con le sue mani l’assassinio un tempo perpetrato sul paziente. Tuttavia, a differenza di quanto avvenuto per il delitto iniziale, non gli è permesso di negare la sua colpa”. Ferenczi precisa che fa questo: “riconoscendo, senza volerla mascherare, l’inadeguatezza del mio aiuto e non nascondendo i miei sentimenti dolorosi a questo proposito (...)” e conclude – “Tuttavia, c’è una differenza tra la nostra sincerità e il silenzio ipocrita dei genitori!”

Questa teoria può trovare una corrispondenza ed essere rintracciata nelle tendenze attuali della psicoanalisi relazionale che enfatizzano l’importanza della relazione reale paziente-analista quale l’orientamento interpersonale. In particolare, secondo questo orientamento la relazione terapeutica si può concettualizzare come un intreccio non sempre districabile di relazione reale e relazione transferale. Levenson (1983), attraverso il suo concetto di trasformazione isomorfa della relazione analitica costituisce, tra gli altri, l’Autore contemporaneo che più ha elaborato modernamente il concetto di ritraumatizzazione del paziente. La trasformazione isomorfa della relazione terapeutica si realizza, secondo Levenson, quando questa assume pressoché le medesime caratteristiche della relazione che fu traumatica nella storia del paziente. L’analista vi rimane intrappolato in quanto identificato profondamente con un oggetto patologico della vita del paziente, con un meccanismo assai simile al controtransfert complementare di Racker (1964). A differenza dei genitori storici, però, secondo Levenson l’analista riconosce come la sofferenza del paziente non sia da ascrivere a lui medesimo ma all’analista, con l’esito terapeutico di alleviare il senso di colpa impropria del paziente.

La teoria operativa 26: Separare il paziente dalla dinamica materna attraverso il processo di realtà costituisce parimenti un concetto portante della psicoanalisi interpersonale nell’ambito degli orientamenti relazionali moderni. Clara Thompson, una delle pazienti di Ferenczi descritta nel Diario con la sigla D.M., nel suo articolo dedicato al *metodo di rilassamento* di Ferenczi aveva già messo in luce tale aspetto (Thompson, 1964). Così, infatti, ella scrive in questo lavoro, a proposito del senso del lavoro analitico – “L’ideale per lui era che il rapporto si modificasse gradualmente, come si modifica il rapporto madre-figlio nel corso della crescita del figlio. A questo scopo egli suggeriva di aiutare il paziente a rendersi conto sempre meglio della situazione reale che si verificava nella analisi, portandolo gradualmente a valutare quanto dei suoi sentimenti derivasse da traslazione e quanto

invece avesse realmente come oggetto l'analista. Sappiamo che accade con frequenza che il paziente colga un elemento reale della personalità dell'analista per agganciarvi un elemento analogo, generalmente più accentuato, della personalità di uno dei genitori. Analizzare la situazione come se si trattasse esclusivamente di traslazione, riferendo cioè tutto al genitore e dando per scontato che l'analista non ha tali disturbi della personalità finisce per confondere il paziente, il quale spesso capisce la verità, sia che l'analista la neghi, sia che semplicemente accolga in silenzio le sue osservazioni'. Lucidamente, qui Clara Thompson evidenzia come l'opera dell'ultimo Ferenczi, degli ultimi 6 o 7 anni della sua produzione scientifica, sia un tentativo di recuperare il concetto di trauma che Freud prima del 1897 aveva utilizzato per spiegare i sintomi isterici delle sue pazienti. Sul piano teorico clinico il rapporto tra realtà e transfert in analisi è concepito modernamente in modo più complesso, e meno semplicistico, ma nondimeno è significativo che Ferenczi lo abbia anticipato nel Diario.

Per quel che riguarda la teoria operativa 32. Interpretare un sogno creando un contesto affettivo che attiva il paziente sulla parte manifesta è oggi accettato dalla maggior parte degli Autori relazionali che il lavoro di interpretazione va effettuato al livello del testo manifesto, con l'abbandono della dicotomia freudiana del sogno manifesto e del sogno latente, nel contesto di una concezione dell'azione terapeutica tesa a valorizzare l'inconscio non rimosso, l'importanza dell'intercorporeità e del contatto sensoriale reciproco. Questo conduce alla conseguente valorizzazione del processo di co-costruzione del significato del sogno, nell'ambito della relazione affettiva paziente-analista. Una puntuale rassegna sull'interpretazione del sogno attraverso l'uso del testo manifesto è stata effettuata da Sandro Panizza nella sua recente monografia sull'interpretazione (Panizza, 2016), e ad essa rimandiamo per ogni approfondimento.

Conclusioni

Al di là del tempo in cui è stato scritto il *Diario*, ci ha colpito la sua modernità e l'eco che si avverte in molti autori contemporanei nonostante Cremerius (1991), che ha compilato un elenco degli analisti¹² debitori al magistero di Ferenczi, osservi che in genere non lo citano mai o addirittura sembrano rinnegarlo, gettando un'ombra di vergogna sulla famosa probità della scienza.

In effetti, anche noi abbiamo constatato che quelle dimenticanze non

¹² L'A. cita Winnicott, Mahler, Masud Khan, Spitz, Kohut, Searles, Sullivan, Fairbairn ecc.

sempre sono dovute ad una conformistica adesione all'ostracismo a cui Jones lo condannò considerandolo psicotico. Troppe volte, ad una rilettura di Ferenczi, siamo rimasti sorpresi di trovare delle considerazioni che credevamo frutto delle nostre personali esperienze e riflessioni. Anche per Winnicott, quando nel suo Post Scriptum intitolato *Donald Winnicott parla di Donald Winnicott*, raccolto in *Esplorazioni Psicoanalitiche* (1959), confessa che: "È certamente possibile che io abbia preso da qualche parte questa mia idea sulla tendenza antisociale e sulla speranza, che è stata estremamente importante per me nella pratica clinica. Io non so mai cosa ho ricavato da uno sguardo dato a Ferenczi, per esempio, o ad una nota a piè di pagina di Freud." La sola presenza di Ferenczi accanto a Freud, come suggeritori dimenticati di idee sue, ci pare il maggior sommo apprezzamento di Winnicott per questo Autore.

Non è facile trarre delle conclusioni in un marasma di teorie, concetti, dati clinici ed elementi di tecnica psicoanalitica come quelli in cui ci siamo imbattuti nella sistematizzazione del suo pensiero, la cui vastità è stata paragonata a quella di un mare (Antonelli, 1977). Il risultato più significativo è stata la predominanza, in modo esponenziale, delle teorie operative sulle tre che le precedono, rappresentando più della metà di tutta l'assiomatica ferencziana che conferma, in maniera inconfutabile, la sua predilezione per la tecnica e la relazione con il paziente rispetto alla teoria, privilegiata invece dal suo Maestro.

In realtà Ferenczi non ha avuto il tempo di fondare una nuova metapsicologia nonostante, forse, ci stesse pensando. Basti pensare agli assiomi rilevati nel nostro studio, ed all'affermazione di Lacan (1966) che lo considera: "[...] l'autore della prima generazione più indicato a discutere intorno a ciò che è richiesto alla persona dello psicoanalista" (p.334); una conferma del suo interesse per la metapsicologia dell'analista, che ci viene esplicitata nell'"Elasticità della tecnica psicoanalitica" (Ferenczi, 1927) quando sostiene che: "un problema non sfiorato fino ad oggi [...] è quello di una metapsicologia che resta da fare dei processi psichici dell'analista durante l'analisi" (p.316).

Comunque, anche secondo Balint (1968) Ferenczi riteneva che la tecnica fosse per lui l'argomento preferito, perché più interessato a risolvere la psicoanalisi attraverso la sua azione terapeutica in una esperienza psichica particolare anziché, come sostiene Wolstein (1993), confinarla in una riflessione ermeneutica sulle dualità esistenziali della vita. Ferenczi si sentiva un clinico, impegnato nella cura dei pazienti e più stimolato dal valore terapeutico che dalle teorie, per le quali aveva meno trasporto. A differenza di Freud, non era interessato a: "[...] trovare qualcosa di nuovo, quanto piuttosto a mettere alla prova la mia tecnica per ottenere risultati migliori" con i pazienti (Ferenczi a Freud, 6 novembre 1921, in Grubrich-Simitis, 1986).

Ma il punto centrale della sua opera è l'esperienza esogena con un Io in

rapporto con l'ambiente, in una tensione verso lo stato originario di piacere generato dall'ambiente stesso, prima marino, come descritto in *Thalassa* (1924), e poi materno in *Fasi evolutive del senso di realtà* (1913) o, al contrario, sopraffatto dal trauma relazionale nella *Confusione delle lingue tra adulto e bambino* (1932a).

Con Ferenczi siamo passati da una teoria delle pulsioni in relazione con l'oggetto solo accidentalmente, ad una che attribuisce un ruolo cardine allo sviluppo della personalità del bambino, al carattere dei genitori ed al modo in cui funziona il sistema interpersonale, ponendo le basi per una psicoanalisi relazionale, bipersonale ed intersoggettiva.

Come afferma Bolognini (2016): “una parte considerevole della psicoanalisi attuale può permettersi di riconoscere esplicitamente il proprio debito e la propria linea di discendenza dalla fertilissima matrice ferencziana, senza per questo sentirsi ai margini dell'ortodossia” (p.11).

Per concludere, abbiamo potuto constatare quanta innovazione l'opera di Ferenczi abbia apportato al pensiero psicoanalitico, fino a permettere a Freud (1933) di affermare nel suo necrologio che, grazie ai suoi lavori : “ogni analista può dirsi suo allievo” (p.320). Ma il nostro lavoro non è finito qui, perché ogni assioma individuato può essere oggetto di approfondimento e di studio della sua opera, considerata un cantiere aperto all'elaborazione di nuove idee che ci proponiamo di approfondire in futuro, augurandoci che anche altri possano farlo.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham K. (1911). Giovanni Segantini, un saggio psicoanalitico. In *Biografie psicoanalitiche*. Opere, vol. 2 Bollati Boringhieri, Torino, 1975.
- Antonelli G. (1977). Il mare di Ferenczi. 2 Ed. Alpes Italia srl Roma 2014.
- Balint M. (1949). Sandor Ferenczi, Obituary. 1933. *The International Journal of Psychoanalysis* 30, 215-219.
- Balint M. (1968). Difetto fondamentale Cortina, Milano, 1988.
- Bolognini S. Prefazione. In Cabré (a cura di). *Autenticità e Reciprocità. Un dialogo con Ferenczi*. Franco Angeli, Milano 2016.
- Bowlby, J. (1969). Attaccamento e perdita. 1: l'attaccamento alla madre. Torino: Bollati Boringhieri, 1972.
- Bowlby, J. (1973). Attaccamento e perdita. 2: la separazione dalla madre. Torino: Bollati Boringhieri, 1975.
- Bromberg P. (2007). Clinica del trauma e della dissociazione-Standing in the space. Milano, Raffaello Cortina ed.
- Martin Cabré J.L. (2014). Dall'introiezione all'intropressione: evoluzione di un concetto teorico e sue conseguenze nella tecnica psicoanalitica. *Richard e Piggie* 22, 3.
- Carloni G. (2001). Lo stile materno. In Bonomi C, Borgogno F. La catastrofe e i suoi simboli” UTET Torino, 2001.
- Cremierus J. (1991). Limiti e possibilità della tecnica psicoanalitica Bollati Boringhieri, Torino.
- Ferenczi S. (1913). Fasi evolutive del senso di realtà, in Opere, vol. 2, Cortina, Milano, 2002.

- Ferenczi S. (1923). Il sogno del “poppante saggio”. In: *Fondamenti di Psicoanalisi*, Vol. 3, Guaraldi, Rimini, 1974.
- Ferenczi S. (1924). Thalassa. Saggio sulla teoria della genitalità in *Opere*, Vol. 3, Cortina, Milano, 2002.
- Ferenczi S. (1927). L’adattamento della famiglia al bambino in *Fondamenti di Psicoanalisi*, Vol. 3, Guaraldi, Rimini, 1974.
- Ferenczi S. (1927-8). Elasticità della tecnica psicoanalitica in *Fondamenti di Psicoanalisi*, Vol. 3, Guaraldi, Rimini, 1974.
- Ferenczi S. (1929a). Principio di Distensione e Neocatarsi, in *Opere*, Vol. 4, Cortina, Milano, 2002.
- Ferenczi, S. (1929b), Il bambino mal accolto e la sua pulsione di morte, In *Opere* V. 4, Raffaello Cortina, Milano 2002.
- Ferenczi S. (1931). Le analisi infantili sugli adulti. In *Fondamenti di Psicoanalisi*, Vol. 3 Rimini: Guaraldi, 1974.
- Ferenczi S. (1932a). Confusione delle lingue tra adulti e bambini. In: *Fondamenti di Psicoanalisi*, Vol. 3, Guaraldi, Rimini, 1974.
- Ferenczi S. (1932b). Diario Clinico. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1988.
- Ferenczi S. (1932c). Note e Frammenti, in *Opere*, vol. 4, Cortina, Milano, 2002.
- Freud S., Breuer, J. (1892-95). Studi sull’isteria. in *Opere* Volume 1, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1920). Al di là del Principio del Piacere. in *Opere*, Volume 9, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud, S. (1933). Necrologio di Sándor Ferenczi. In: *Opere*, vol. 2, Torino: Bollati Boringhieri, 1974.
- Freud S., 1938, *Opere* Vol. 11 Bollati Boringhieri Torino, 1979.
- Green A. (1983). Narcisismo di vita, narcisismo di morte. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2018.
- Grubrich-Simitis, I. (1986). Six letters of Sigmund Freud and Sandor Ferenczi on the interrelationship of psychoanalytic theory and technique. *The International review of psycho-analysis*, 13, 259-277.
- Hunter V., 1991, *Psicoanalisi in azione*, pag.123-135. 1994, Astrolabio, Roma.
- Khan M. (1979) Lo spazio privato del sé. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Kohut H. (1971) Narcisismo e analisi del Sé. Bollati Boringhieri, Torino, 1976.
- Lacan J. (1966) *Scritti* Einaudi Ed. Torino, 1974.
- Levenson E., 1983: *The ambiguity of change*. Basic Books, Inc., New York. Trad. it.,1985, Astrolabio.
- Liotti G, Farina B (2011) *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano, Raffaello Cortina ed.
- Panizza S., 2016: *L’interpretazione nella psicoanalisi contemporanea: l’efficacia*. Franco Angeli.
- Riolo F. e AA. (2021). Teorie psicoanalitiche a confronto, una indagine assiomatica. *Rivista di Psicoanalisi* 4, LXVII.
- Rocchi C. (2014). Identificazione con l’aggressore. SPIPEDIA in SPIWEB 23 gennaio 2014.
- Searles H.F. (1965). Processi sessuali nella schizofrenia. In *Scritti sulla Schizofrenia*. Boringhieri, Torino, 1974.
- Searles H.F. (1965) L’amore edipico nella controtraslazione. In *Scritti sulla Schizofrenia*. Boringhieri, Torino, 1974.
- Searles H.F. (1965). Integrazione e differenziazione nella schizofrenia: una visione globale del problema. In *Scritti sulla Schizofrenia*. Boringhieri, Torino, 1974.
- Searles H.F. (1975). The patient as therapist to his Analyst. In *Il Controtrasfert*. Boringhieri, Torino, 1994.
- Spitz R. (1946). *Dialoghi sull’infanzia*. Armando, Roma, 2000.

- Thompson C. (1964). *Interpersonal Psuchoanalysis*. Basic Books – New York, cap.8. Trad. it. 1976, Boringhieri.
- Winnicott D.W. (1947). L'odio nel controtransfert. In *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D.W. (1959). Esplorazioni psicoanalitiche. Raffaello Cortina ed. Milano, 1996.
- Winnicott D.W. (1960). La distorsione dell'Io in rapporto al vero e al falso Sé. In *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma 1974.
- Winnicott D.W. (1971). *Gioco e Realtà*. Armando, Roma 1990.
- Wolstein B. (1993). Sandor Ferenczi e la scuola americana delle relazioni interpersonali in Aron L, Harris A., a cura di (1998). *L'eredità di Sandor Ferenczi*. Borla, Roma.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 18 febbraio 2024.

Accettato: 30 maggio 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:894

doi:10.4081/rp.2024.894

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.