

Antonio Lo Iacono

Psicoterapia
tra visioni e supervisioni
Il terzo sguardo

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella homepage al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Antonio Lo Iacono

Psicoterapia tra visioni e supervisioni

Il terzo sguardo

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

In copertina: Anthony Van Dyck, *Charles I* (1600-49)

Copyright © 2022 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Presentazione	pag. 7
1. Introduzione	» 9
2. Transfert. Una visione oltre...	» 12
2.1 Amore o no... Passioni da setting	» 15
3. Controtransfert: sentimenti, emozioni e proiezioni del terapeuta	» 22
3.1 Controresistenze dello psicoterapeuta	» 26
3.2 Mitizzazione, smitizzazione e autosmitizzazione transferale	» 28
3.3 Controtransfert somatico	» 33
4. Lo psicoterapeuta non può che essere... sé stesso	» 37
4.1 Le motivazioni, le caratteristiche e le problematiche di alcuni psicoterapeuti	» 40
4.2 Imparando dai pazienti e dalle loro difese	» 46
4.3 Psicoterapia e resistenze. <i>Resisto dunque sono!?</i>	» 56
5. Alleanza terapeutica	» 59
5.1 Indicatori di rotture e di ritiro: alcuni esempi	» 63
5.2 Abbandoni, cacciate e possibili errori	» 65
5.3 Psicoterapeuti e falso sé	» 72
6. La psicoterapia del come	» 77

7. Supervisione in psicoterapia	pag. 89
7.1 La triplice alleanza	» 95
7.2 Narratore e ascoltatore	» 99
7.3 Il supervisore interno	» 102
7.4 Casi, diari e dialoghi in supervisione	» 105
8. Stimoli per costruire una scheda di sintesi per la supervisione	» 132
9. Incontri, paradossi, visioni, confessioni, sogni e serendipità	» 136
Riferimenti bibliografici	» 141

Presentazione

Agli inizi degli anni '80 ero molto impegnato nella formazione degli psicologi, sia insegnando presso la Scuola Medica Ospedaliera in corsi di specializzazione in psicologia clinica per laureati in medicina e in psicologia, o anche, in seguito, per qualche saltuario insegnamento presso la facoltà di psicologia della "Sapienza". Ho cominciato così liberamente a condurre dei gruppi di formazione presso il mio studio di Roma a via Tagliamento, dove spesso si discuteva di casi clinici che portavano i vari colleghi, anche se qualcuno poi mi proponeva di parlarne in una seduta individuale per motivi di privacy. Mi è venuto spontaneo così il bisogno di tenere degli appunti sui vari casi in un quaderno, con la vaga idea, forse, di farne una pubblicazione. Poi... dopo essere stato fuori per un lungo viaggio all'estero, al ritorno ho cercato il quaderno invano, senza più trovarlo. Quindi il tempo è scorso velocemente e dopo più di quarant'anni, dopo più di un migliaio di supervisioni, ho ripreso il dialogo interrotto sul tema e ho ripreso a scrivere, pensando che la supervisione non può che essere lo strumento di navigazione necessario nel mare delle emozioni, una bussola per controllare venti e derive dei naviganti psicoterapeuti. Il risultato di questo mio lavoro non poteva che essere frammentario; non solo perché è legato all'esperienza personale, ma soprattutto perché ho cercato di *dialogare* con colleghi che, prima di me, hanno affrontato ed espresso la loro visione sulla psicoterapia e la supervisione. Inoltre, è ineludibile evidenziare il processo frammentario che comporta il nostro "strano mestiere", che tende ad esplorare i segmenti della persona e della personalità, nel tentativo integrativo di cercare e trovare un senso compiuto, ricollocando insieme all'altro, le tessere del mosaico esistenziale, per dar vita a una creazione dell'immagine identitaria completa del soggetto. Poi, il terzo sguardo in supervisione, permette appunto un'altra visione, di un incontro tra due persone che sono entrate in un raffinato gioco degli specchi, tra mascheramenti e smascheramenti, in grado di monitorare più profondamente il processo relazionale terapeutico, poiché il ruolo del supervisore si

pone tra la doppia soggettività (terapeuta-paziente), che tende a scansionare la relazione esistente tra i due, stimolando la consapevolezza della comunicazione nel rapporto che si svolge nel tempo. È anche la necessaria osservazione, che proprio perché esterna, ha la giusta distanza della visione prospettica, per poter stimolare l'individuazione personale tra conscio e inconscio, tra il mondo onirico notturno e quello del risveglio nella realtà solare, tra introiezione e proiezione della coppia terapeutica. Questo sguardo del supervisore, che osserva la storia del caso clinico illustrata dal terapeuta, la analizza insieme a quest'ultimo, facendola risuonare come un sonar nella profondità del sé, sapendo poi attendere pazientemente il proseguo del dialogo che, attraverso la triplice alleanza (paziente-terapeuta, terapeuta-supervisore) può diventare curativo (anche nel senso di cura di sé), per gli interlocutori del processo terapeutico.

Roma 13 Luglio 2022

Antonio Lo Iacono

1. Introduzione

“Quando due persone si incontrano ci sono in realtà sei persone presenti: c’è ogni uomo come egli si vede, ogni uomo come l’altro lo vede, e ogni uomo come egli è in realtà”.

William James

La supervisione, nella maggior parte dei processi di apprendimento e di formazione, c’è sempre stata, sia perché un certo timore di sbagliare appartiene a tutti i non presuntuosi, sia perché è difficile trovare operatori di arti, di mestieri, di scienze e conoscenze, che non hanno bisogno di maestri. Per quanto riguarda le istituzioni spesso lo stato stesso può diventare un supervisore del comportamento adeguato dei cittadini, legiferando e facendo rispettare le norme deliberate. Se vogliamo, molti costrutti religiosi hanno come supervisori gli dei, che tramite i loro sacerdoti, tendono a guidare, spesso colpevolizzando e costringendo a chiedere ammenda, chi, con i propri comportamenti e con il proprio stile di vita, esce dai dogmi proposti dalla fede. I vari “guaritori” dell’anima, ma anche del corpo, hanno avuto nel tempo molto potere, quindi poco controllo nelle loro modalità formative e comportamentali, proprio per il loro intrinseco ruolo legato al poter guarire le persone, hanno acquisito un senso di onnipotenza dovuto alla stima della gente che tende a santificare, spesso in modo fideistico, lo sciamano, il medico, lo stregone, il mistico, lo psicoterapeuta e qualsiasi persona in grado di intervenire sulla sofferenza, perciò a dare speranza. Ma qui ci potrebbe essere il rischio che il guaritore di turno, investito di tanto potere, abituato a guardare dentro l’animo degli altri, possa dimenticare di guardarsi dentro, coltivando un narcisismo patologico correlato a una eccessiva espansione dell’io. Il percorso dello sciamano assomiglia molto a quello dello psicoterapeuta, infatti, nelle varie culture da cui proviene (Siberiana, Sudamericana, Africana, Australiana), in genere attende la chiamata dagli spiriti, che potrebbe corrispondere alla motivazione e alla passione per una professione, quindi l’intrapresa del viaggio spirituale, mentale e onirico nel mondo dell’inconscio, la *discesa agli inferi* per comprendere la propria identità, che corri-

sponde al percorso per diventare psicoterapeuta. La differenza potrebbe essere l'anargismo, cioè il divieto per lo sciamano di ricevere compensi in denaro, *conditio sine qua non*, per mantenere il potere carismatico. Anche se solo pochi di loro, nei secoli, sono stati schivi, ritirati e umili come l'*umufumu*, uno stregone africano che si ritira sulle colline e mantiene quasi sempre segreta la propria identità, o come Simeone Stilita, un monaco che viveva isolato sopra una colonna di oltre 15 metri e le persone per consultarlo dovevano arrampicarsi su una scala. Gli altri hanno spesso dominato, accanto al potere temporale, la scena sociale e politica in varie situazioni; penso che su ciò aveva ragione Anatole France quando affermava che: *difficilmente gli uomini non abusano del potere che è stato loro concesso*. Infatti personaggi come Mazzarino, Richelieu, Rasputin, ma anche a cominciare dagli antichi sacerdoti, esperti di varie conoscenze persino di medicina, che si ponevano, inoltre, come auspici, auguri e veggenti, sapevano ben condizionare e manipolare la cultura e la società del loro tempo. Grazie al carisma di questi personaggi si instaurava una speciale alleanza (non solo terapeutica), che spesso proprio per l'effetto placebo, aiutava le persone a star meglio e, in molti casi, a migliorare la propria situazione; quindi si può dire che il trasferimento sul guaritore di un potere taumaturgico (transfert positivo) attivava delle risorse autogene per stimolare il naturale processo autorisatore dell'organismo delle persone che avevano fiducia nello sciamano di turno. Ma attualmente, soprattutto nella civiltà occidentale, il mondo del credere, comunque la visione spirituale, difficilmente va d'accordo con il mondo del pensare e la visione razionale, c'è bisogno quindi di un ponte che possa collegare delle parti che cercano di evitarsi per le diverse logiche di partenza. Oggi lo psicoterapeuta è considerato da alcuni il moderno sciamano che con la sua conoscenza del comportamento umano, forse anche dell'inconscio e delle sue zone d'ombra, può intervenire sulla crisi e sul disagio emozionale delle persone. Ma, lavorare sul disagio e le pene della gente, può logorare soprattutto gli operatori che non ostante gli studi e la formazione non hanno acquisito un adeguato equilibrio per poter sopportare e supportare il disagio, le negatività, e le angosce, portate dalle persone nell'incontro terapeutico, con il conseguente rischio di burn-out. Naturalmente in tutte le arti, le scienze, le attività commerciali, c'è sempre qualcuno esperto e chi vuole essere iniziato, quindi ogni apprendista ha bisogno del maestro che controlli il suo livello di apprendimento e i suoi eventuali errori. In particolare nel rapporto di psicoterapia, più di un secolo fa un grande psicologo (Sigmund Freud) per la prima volta, proprio con l'intenzione di salvaguardare l'immagine della sua scoperta, ma anche l'eventuale disorientamento dell'allievo psicoterapeuta in analisi didattica, ha proposto l'analisi di controllo e quindi la supervisione...

Supervisione letteralmente vuol dire guardare o osservare dall'alto, sembrerebbe in effetti un modello *ex cathedra*, ma per il tempo, questa posizione dogmatica era funzionale alla nascita della nuova scienza, la psicoanalisi, che aveva bisogno di concetti certi per essere credibile e accettabile dalla comunità professionale e dalla società. Ma come scegliere il supervisore? Già in passato ci sono state due tendenze riguardo la scelta del supervisore. La scuola psicoanalitica di Berlino che sconsigliava di fare supervisione con il proprio terapeuta, proprio per avere un'esperienza più obiettiva ed evitare pregiudizi, indicava di scegliere un altro professionista. La scuola ungherese, invece, capitanata da Sándor Ferenczi, non era così rigida e accettava le supervisioni anche dal proprio terapeuta, con la tesi che conoscendo meglio l'allievo, c'era già una certa alleanza e poteva aiutarlo scavando più in profondità nella sua personalità e nella professionalità. Lo stesso Freud (1913) si poneva con una certa elasticità nelle scelte tecniche, infatti così si esprimeva: "Comunque mi sembra opportuno presentare queste regole come 'consigli' non pretendere che vengono accettate incondizionatamente. La straordinaria diversità delle costellazioni psichiche di cui siamo costretti a tenere conto, la plasticità di tutti i percorsi psichici e la quantità dei fattori che si rivelano di volta in volta determinanti, sono tutti elementi che si oppongono a una standardizzazione della tecnica e fanno sì che un procedimento, per altro legittimo, risulti talvolta inefficace, mentre un procedimento solitamente difettoso vada, una volta ogni tanto, a buon fine". Questa apertura e saggezza del padre della psicoanalisi non sempre è stata seguita dai suoi seguaci, spesso più rigidi e più bisognosi delle regole da seguire in psicoterapia e in supervisione. Ma, forse, sarebbe utile prima di parlare di supervisione parlare del transfert.

2. *Transfert. Una visione oltre...*

“È inutile cercare chi ti completi, nessuno completa nessuno, devi essere completo da solo per poter esser felice”.

Erich Fromm

Il transfert è il fenomeno che guida inconsciamente, ma anche coscientemente molte persone, comunque può condizionare, il comportamento del paziente e quindi del terapeuta. È collegato con l'ipnosi non solo perché la psicoanalisi deriva da questa disciplina, ma è intrinseca nella parola stessa avendo in comune *trans* che vuol dire oltre e *fert*, che viene dal verbo latino *fero* che vuol dire portare. Quindi qualcosa che *porta oltre* lo stato di coscienza, verso l'inconscio. Ma se consideriamo il transfert un modo di vedere, e, naturalmente, un modo di sentire al di là della realtà che vediamo, che tocchiamo e che sentiamo, possiamo dire che questo fenomeno potrebbe essere destabilizzante poiché ci può far travisare la realtà; ce la può rendere molto più bella e affascinante, oppure molto più minacciosa e negativa di quanto non sia veramente. Questo termine appare, forse per la prima volta in modo chiaro, nel 1910, in una lettera che Freud scrive a Jung il quale gli aveva comunicato che, coinvolto dal transfert, aveva avuto dei rapporti sessuali con la sua paziente Sabina Spielrein. A questo proposito Freud scrive: *Tali esperienze anche se dolorose sono necessarie e difficili da evitare. Senza di esse noi non conosceremo realmente la vita è ciò che facciamo. Per quanto mi riguarda io non ci sono mai cascato, ma diverse volte ci sono andato molto vicino e sono riuscito ad evitarlo appena in tempo. Credo che siano le tristi necessità della vita a pesare sul mio lavoro e il fatto che avevo 10 anni più di voi quando ho cominciato a praticare l'analisi, mi ha preservato da simili inconvenienti. Ma la cosa non lascia ferite durature. Tali esperienze servono a indurirsi la pelle, cosa di cui abbiamo bisogno per dominare il controtransfert, il quale costituisce, dopo tutto, un problema permanente per noi tutti. Esse ci insegnano a porre i nostri affetti in una situazione più vantaggiosa, è una benedizione nascosta. Il modo con cui le donne si danno da fare per affascinarci, ricorrendo alle più sofisticate risorse della mente fino a raggiungere il loro scopo, è uno dei più grandi spettacoli della*

natura. Una volta conseguito il successo, oppure dopo avere constatato l'insuccesso, la situazione cambia in modo sorprendente. Questa disinvolta lettera del fondatore della psicoanalisi che ritiene un evento naturale e vitale, l'abuso sessuale su una paziente, ci fa oggi scandalizzare, soprattutto quando, quasi con una punta d'invidia sul più giovane collega, lo tranquillizza come se fossero piccoli errori di gioventù, in cui ogni analista può cadere perché è difficile resistere alla tentazione della seduzione erotica o sentimentale di una donna, quindi colpevolizza, indirettamente, la paziente di turno. Del resto la prima ondata del movimento femminista non aveva ancora la forza politica per far sentire forte e chiaro la voce dei diritti delle donne. Paradossalmente una delle più importanti femministe dell'epoca fu Bertha Pappenheim, che senza volerlo contribuì a far nascere la psicoanalisi, poiché essendo stata affetta da isterismo, andò in consultazione da Josef Breuer (affermato psichiatra, più anziano di Freud), curata con l'ipnosi ebbe un forte innamoramento per questo medico, il quale, poi, allontanò la paziente per non mettere in crisi il proprio matrimonio. Perciò Freud si ispirò a questo caso (cambiando il nome in Anna O., che tutti conoscono), per cominciare gli studi sul transfert dopo aver pubblicato con Breuer nel 1895 il libro *Studi sull'isteria*. In seguito Freud, avendo conosciuto anche Sabina Spielrein, che nel frattempo era diventata psicoanalista, ha ripensato il pregiudizio sulla donna tentatrice e seduttrice, rivedendo anche il suo atteggiamento indulgente verso il controtransfert di Jung. Informato, inoltre, della situazione simile di Sandor Ferenczi e la sua paziente Elma Pàlos, portarono l'inventore della psicoanalisi a riconsiderare il controllo sul controtransfert, raccomandando un atteggiamento analogo a quello del chirurgo: "non potrei non raccomandare ai miei colleghi di prendere come modello nel corso del trattamento analitico il chirurgo. Questo, in effetti, lasciando da parte ogni reazione affettiva e addirittura ogni simpatia umana, non persegue che un solo scopo cioè portare a compimento nel miglior modo possibile l'operazione. Nelle condizioni attuali la tendenza affettiva più pericolosa, quella che minaccia di più l'analista, è l'orgoglio terapeutico...". Abbiamo già considerato che il transfert è un fenomeno che (nel bene e nel male) esiste dalla notte dei tempi, cioè da quando l'uomo ha cominciato a sognare. Infatti è caratterizzato da notevoli cariche proiettive affettive e/o distruttive, non solo inconscie, come pensava Freud, condizionato dalla voglia di scoprire nuove espressioni della comunicazione interpersonale. Lapidaria e concisa la definizione di transfert di Otto Fenichel (1941): *il paziente deforma il presente in funzione del passato*. Secondo Howard C. Warren (1934), il transfert è *lo sviluppo di un atteggiamento emotivo da parte del paziente verso l'analista, sotto forma sia di una reazione affettuosa (positiva) sia d'una reazione ostile (negativa); l'atteggiamento deriva in un caso e nell'altro dalle relazioni anteriori del paziente*

verso uno dei genitori o entrambi, e non dalla situazione analitica attuale. Il transfert comincia con la vita affermava Melanie Klein, quindi dove c'è relazione ci può essere transfert. Jaques Lacan nel Seminario I, dice: *ogni volta che un uomo parla a un altro uomo in modo autentico e pieno vi è, nel senso proprio, transfert, transfert simbolico; succede qualcosa che cambia la natura dei due esseri in presenza.* Secondo Lacan l'amore di transfert, dunque, non è amore per il terapeuta in quanto tale, bensì per la funzione di detentore di una verità che il paziente gli suppone. Il terapeuta deve tenere strettamente in pugno questo amore da transfert, vederlo come qualcosa di irreali che va riportato alle sue origini inconse. Se è vero che tutti noi abbiamo avuto delle relazioni oggettuali nella nostra prima fase evolutiva, allora dobbiamo considerare che facilmente tenderemo a trasferirle nei nostri rapporti interpersonali da adulti, spesso proiettando questi nostri vissuti sulle persone con cui abbiamo dei rapporti significativi, cioè amici, compagni, amori, ma anche docenti, persone che abbiamo, per qualsiasi motivo, mitizzato, compresi gli psicoterapeuti con cui stiamo lavorando, da tempo, sulle nostre più intime verità. Questo ineludibile transfert ormai studiato e supportato da numerose ricerche scientifiche, secondo Freud, è una forma di innamoramento e si può manifestare anche quando il terapeuta si mantiene distaccato mantenendo un comportamento riservato. Nel testo *La mia vita e la Psicoanalisi* pubblicato nel 1925, Freud scrive: *Questo amore non si limita ad obbedire, diventa esigente, domanda soddisfazione di tenerezza e sensualità, pretende l'esclusività, si fa geloso, mostra sempre più l'altro suo aspetto, e cioè una prontezza a convertirsi in ostilità e vendetta, se non può raggiungere i propri scopi. Contemporaneamente, come ogni altro amore, soverchia qualsiasi altro contenuto psichico, spegne l'interesse alla cura e alla guarigione, sostituendo alla nevrosi un'altra forma di malattia.* Naturalmente all'alba di questo tipo di cura, ci sono stati molti errori, come abbiamo evidenziato, ma ogni psicoterapeuta ormai, con una adeguata preparazione è in grado di decodificare il transfert, aggirare i possibili ostacoli all'evoluzione del processo per le continue oscillazioni umorali, e persino utilizzarlo ai fini terapeutici, considerandolo così un importante motore della terapia, atto a mobilitare emozioni e sentimenti utili per lo svelamento della persona e facilitare il processo di individuazione. Ma al di là della complessa alchimia delle parole, dello sguardo e del contatto psicoemotivo che si instaura nella psicoterapia è importante considerare che il transfert, costellato anche da vari meccanismi di difesa (Rimozione, Negazione, Ritiro, Identificazione proiettiva...), è uno scambio di sentimenti ed emozioni veicolati dal rispecchiamento che si può facilmente instaurare tra due persone che si incontrano e si conoscono e cercano di scoprirsi comunicando a vari livelli consci e inconsci, in modo verbale e non verbale.

2.1 Amore o no... Passioni da setting

Perché non cominciare, allora, dall'amore che determina così profondamente i tessuti della nostra esistenza? Visto che molti di noi nascono per un atto d'amore (escludendo i classici stupri di guerra che nascono da atti di odio, e altre situazioni in cui l'amore non c'entra), non si può parlare di relazioni escludendo questo importante sentimento che, in genere, motiva la nostra esistenza. Ma quale amore?... Quello sessuale che gli antichi greci chiamavano Eros, quello familiare e parentale che chiamavano Storge, quello spirituale che chiamavano Agàpe o l'amore per la ricerca e la conoscenza che chiamavano Filia...? Tutte queste espressioni affettive hanno gradazioni e valenze diverse secondo le caratteristiche personali di chi le sente e le esprime, correlate alla soggettiva visione del mondo di ciascuno, alla propria modalità di relazionarsi agli altri e al mondo esterno. Ma alla base dei rapporti interpersonali equilibrati, senz'altro ci può essere un adeguato amore di sé, un amor proprio, da non confondersi con il narcisismo, che si presenta come consapevolezza della propria identità e della propria individuazione psicologica. Perciò il *conosci te stesso* scritto sul tempio di Apollo a Delfi potrebbe essere tradotto in *ama te stesso* per poter, quindi, amare anche gli altri senza sentire il bisogno spasmodico di essi (dipendenza affettiva), spesso legato a uno stile di attaccamento insicuro che fa proiettare sulle persone il bisogno di colmare i vuoti relazionali, dovuti ai contatti e le cure che sono mancati nella prima fase della vita. Per queste persone è facile tendere a mitizzare chi semplicemente li ascolta o si prende cura di loro, trasferendo così le necessità affettive insoddisfatte sugli altri, siano essi amici, medici, insegnanti, e soprattutto psicoterapeuti, che per il proprio intrinseco ruolo tendono ad avvicinarsi emotivamente alle persone ed aiutarle ad esplicitare i propri bisogni più intimi. Quindi, in questo amore bisognoso, è pieno di contraddizioni, spesso affollato di sofferenza e di odio, se non sono soddisfatte le aspettative, tese sempre più ad avere esigenze simbiotiche, talvolta diventano persecutorie, così amare e odiare sembrano sempre più concatenate, due facce della stessa medaglia. Questo ondeggiamento sentimentale c'è sempre stato tra gli innamorati, e sono stati descritti da molti poeti a cominciare da Saffo e da Catullo fino ad oggi. Se è vero che ogni cosa può trovare armonia nel suo opposto (Eraclito), un sentimento forte non può che essere un processo continuo di separazione, distanziamento, riavvicinamento e riunione... Forse è proprio la profondità di sentimenti e del forte legame instaurato tra due persone che si amano, a far emergere con intensità e passione modi di sentire contraddittori e opposti, con la stessa intensità di vissuti è possibile, in certi casi, amare ed odiare disperatamente e così intensamente, da perdere

i propri confini in un continuo disorientamento emozionale. Viene da diffidare, perciò, dalle persone che dicono di amare sempre, non provare mai moti di ira, che non sanno odiare. Forse non provano profonde passioni ma si limitano a nuotare in superficie, oppure sono diventati maestri di saggezza. Molti, forse più impulsivi, forse più deboli, forse più profondi, sono dominati da passioni contrastanti, spesso contrastate, qualcuno si suicida, altri preferiscono assassinare l'oggetto d'amore, altri ancora distruggono e poi si distruggono, altri sanno ricostruire ciò che hanno prima demolito; basta leggere alcune tragedie, i drammi e le storie d'amore in alcuni romanzi, le cronache del passato e del presente. Ma che succede quando ciò accade nel setting psicoterapeutico? Cominciamo a chiarire che quando si sceglie di iniziare una psicoterapia non è come andare dal chirurgo che dopo uno o due incontri si arriva all'operazione e al massimo dopo un altro paio d'incontri lo si saluta e non si sa se e quando lo si incontrerà più. In psicoterapia gli incontri sono continuativi per mesi ed anni quindi si costruisce un rapporto fiduciario reciproco, ci si svela e ci si conosce sempre più profondamente, si instaura una particolare co-dipendenza e si creano delle aspettative uno verso l'altro. Le aspettative iniziali, cioè quella di aiutare a conoscersi e a cambiare da parte dello psicoterapeuta verso il paziente e quello di non mettere troppi ostacoli e resistenze riguardo questo mutamento da parte del soggetto in analisi, possono mantenersi come stabilite dal contratto tacito e non solo, oppure, per il gioco delle proiezioni, possono trasformarsi e cambiare la visione e il senso del rapporto nella coppia terapeutica. Il paziente, accolto cordialmente e affettuosamente dal terapeuta, con il passar del tempo, può succedere che cominci a investire non solo considerando l'altro come una bussola per orientarsi e affrontare i propri disagi, ma come vero e proprio oggetto d'amore, perciò cambia l'aspettativa, il fuoco non è più sulla cura ma sulla speranza di una reciprocità affettiva da parte del terapeuta, cioè una risposta aderente ai suoi sentimenti d'amore. Può anche succedere che alcuni caratteri narcisisti operino uno svilimento della terapia, cercando forzatamente un confronto alla pari con il terapeuta, *riducendolo* al ruolo di amante per avere più pieno controllo. Naturalmente, a questo punto, se il terapeuta non risponde all'amore, monta l'aggressività da parte del paziente e l'amore si trasforma in odio, quindi, spesso, non resta che esercitare l'ultimo potente contro-potere che gli appartiene intrinsecamente: l'abbandono del terapeuta e della terapia. Abbiamo già incontrato questo fenomeno parlando del primo caso, quello di Anna O., che nel trattamento suggestivo ipnotico, instaurando una dipendenza cieca e permanente di tipo affettivo ed erotico, ha coinvolto e fatto fuggire Breuer, ma ha anche ispirato importanti riflessioni nell'ambito della psicoanalisi. Da allora questi innamoramenti passionali dei pazienti, che Freud, già dal 1895, ha chiamato *transfert*, si sono moltiplicati e hanno creato

varie riflessioni, dibattiti e studi. In realtà si potrebbe dire che un po' tutti gli esseri umani siano soggetti al transfert, cioè tendono inconsciamente a spostare forme di sentimenti, emozioni e pensieri da una relazione di attaccamento vissuta nell'infanzia a un rapporto interpersonale, una traslazione, in fondo, con la funzione di organizzatore della psiche negli schemi relazionali quindi utile a individuare e distinguere i confini tra affinità ed estraneità. Perciò l'interrogativo che Freud poi si pone riguardo *l'amore di transfert*, è se potesse essere un ostacolo, una resistenza o un veicolo di guarigione? Un sentimento reale come quello che succede nei rapporti non terapeutici o qualcosa di irreali, una specie di sogno senza fondamento concreto? Così nel 1914 cerca di rispondere il fondatore della psicoanalisi: *Non abbiamo alcun diritto di contestare all'innamoramento quale si produce nel trattamento, il carattere di un amore effettivo. Se ci appare una cosa tanto poco normale, ciò si spiega esaurientemente con il fatto che anche l'innamoramento che si verifica abitualmente, al di fuori della cura analitica, ci rammenta piuttosto i fenomeni psichici abnormi che non quelli normali. Tuttavia esso è caratterizzato da alcuni elementi che gli conferiscono una posizione particolare 1) è provocato dalla situazione analitica 2) esaltato dalla resistenza che domina quella situazione 3) si sottrae in misura notevole alla considerazione della realtà, è più imprudente, più incurante delle conseguenze, più cieco nella valutazione della persona amata di quanto siamo abituati a pensare di un innamoramento normale. Tuttavia non possiamo dimenticare che proprio questi elementi di deviazione dal comportamento normale costituiscono in definitiva l'essenza dell'essere innamorati.* Ma, in seguito Freud passa ad altre considerazioni ed eroga dei consigli utili ai suoi allievi per affrontare adeguatamente l'amore di traslazione: *il medico deve riconoscere che l'innamoramento della paziente è una conseguenza dovuta la situazione analitica e non può dunque essere ascritto a prerogative della propria persona... egli non dovrebbe rifiutare né accordare nulla, quindi invitare la paziente a reprimere, rinunciare e sublimare le proprie pulsioni non appena ella abbia ammesso la sua traslazione amorosa è un modo di procedere che non definirei analitico ma solo insensato, sarebbe come se dagli inferi si volesse evocare uno spirito avvalendosi di formule magiche, per poi rispedirlo giù senza averlo interrogato, un richiamare alla coscienza il rimosso per poi, spaventati, tornare a rimuoverlo. Non c'è, del resto, nemmeno troppo da illudersi circa l'esito di un tale procedimento, giacché, come è noto, i discorsi più elevati hanno scarsa efficacia sulle passioni. La paziente avvertirebbe soltanto l'umiliazione, e non mancherebbe di vendicarsene...* Freud dopo queste raccomandazioni propone di continuare l'analisi, non abbandonare la "malata" (probabilmente l'esperienza di Bleuer, e in seguito il caso di Dora che lo ha coinvolto personalmente, lo ha indotto a pensare che il transfert

amoroso si applicasse solo alle donne, del resto le psicoanaliste di genere femminile, a quei tempi, erano ben poche). Consigliava quindi di accogliere la paziente, non mettere a tacere i suoi bisogni e i suoi desideri, rassicurarla dicendole che quello che sente fa parte della cura e, naturalmente, astenersi dal rispondere, alle richieste amorose esplicite. Ma il transfert, questo evento considerato fin dall'inizio indesiderabile, è connotato sempre più di ambivalenza e ambiguità nel processo terapeutico. Al proposito, Wilhelm Reich nella sua pubblicazione "Analisi del carattere" (1933) vede una intersezione tra il transfert e le resistenze, costituito dal fatto che ogni bisogno libidico insoddisfatto tende ad attualizzarsi, perciò il paziente tenterà di ottenere a livello inconscio ciò che non ha ricevuto in passato: *Il paziente nel transfert cerca di sostituire l'interpretazione analitica con il soddisfacimento dei vecchi desideri amorosi e dei vecchi impulsi di odio, rimasti insoddisfatti oppure si difende contro il riconoscimento di questi atteggiamenti. Il transfert, nella maggior parte dei casi, diventa esso stesso resistenza, cioè ostacola il progresso del trattamento.* È interessante la distinzione di Reich tra la resistenza di carattere che si manifesta come indiretta e comprende tratti come l'educazione, la sottomissione e la resistenza ordinaria che si esprime attraverso il dubbio e la diffidenza verso il terapeuta, perciò, ha indicato come transfert negativo ogni forma di difesa dell'io, poiché essa fa ricorso a pulsioni di odio preesistenti, ma talvolta più che transfert negativo può essere una reazione narcisistica di difesa. Riguardo il transfert positivo, essendo per Reich il compimento spontaneo dell'analisi delle resistenze, quindi, non è possibile dissolverlo essendo legato a difese arcaiche perché infantili, si può solo cercare di operare lo spostamento del transfert su di un nuovo oggetto. A proposito di amore e odio, Sándor Ferenczi, avendo vissuto forti carenze affettive egli stesso, sosteneva che molti pazienti avevano realmente subito traumi durante l'infanzia. Infatti egli afferma: *il trauma sarebbe quasi sempre, la conseguenza di un modo sbagliato, privo di comprensione e di tatto, lunatico e addirittura crudele di trattare i bambini.* Perciò, in certi casi, arrivava persino ad abbracciarlo e baciarlo il paziente. Questo desiderio di compensare l'amore mancante agli altri chiaramente sottolineava il bisogno di essere amato dai propri pazienti per compensare la durezza della propria madre durante l'infanzia, lo condusse a pensare un *approccio bipersonale*, cioè alla pratica dell'analisi reciproca, nella quale analizzava il paziente per un'ora e poi, in un rovesciamento di ruoli, lasciava che fosse il paziente ad analizzare lui per un'ora. Dopo aver sperimentato con alcune pazienti questa sua pratica, realizzò che non ostante il comportamento dolce e accogliente della paziente, emergeva un odio represso inconscio che proveniva ancora dalla proiezione dei vissuti negativi infantili verso la propria madre. Questo impellente bisogno di aiutare i propri pazienti ad uscire prima possibile dal

trauma, consapevole forse di quanto il suo lavoro analitico lo aiutasse indirettamente a guarire le sue antiche ferite affettive, probabilmente lo portarono a proporre la tecnica attiva nelle sedute analitiche. Ma davvero questi sentimenti che sembrano opposti sono sempre così collegati tra di loro non solo nelle relazioni sentimentali, ma anche in quelle analitiche e psicoterapeutiche? Glen Gabbard (1996) riguardo ciò, scrive: *Nei miti nelle fiabe è molto diffuso il tema del potere salvifico e curativo dell'amore. Il processo analitico di guarigione può essere concepito in termini simili dall'analista e dal paziente. Spesso il paziente inizia un'analisi con la fantasia inconscia (o cosciente) che l'amore incondizionato dell'analista riparerà il danno provocato nell'infanzia da genitori imperfetti. Allo stesso modo, una comune determinante inconscia nella scelta professionale dello psicoanalista, è la speranza che offrire amore ai pazienti gli garantirà a sua volta amore e idealizzazione. Ma col procedere dell'analisi entrambe le parti ben presto imparano che nel processo analitico l'amore non è mai privo di complicazioni. Sull'onda dell'amore nascono aspettative che non potranno mai essere soddisfatte e sotto la superficie sono sempre presenti frustrazione disprezzo e odio.* Ma odiare comporta anche convogliare l'energia contro qualcosa o qualcuno, talvolta in modo implacabile, forse un antico desiderio di vendetta che riemerge, quindi un intrinseco desiderio di distruzione, ma se l'odio lo lega ancora a un oggetto del passato, c'è appunto il transfert per poterlo esprimere e rendere esplicito. Heinz Kohut (1972), parlando della rabbia narcisistica, ha descritto come *ripetute ferite nel senso di autostima possano trasformarsi in un risentimento, o rancore, che alla fine diventa odio.* Quindi per questo autore l'odio può essere visto come un derivato più complesso ed evolutivamente più avanzato della ripetuta rabbia narcisistica. Otto Kernberg (1994), riguardo ciò aggiunge che il desiderio di distruggere un oggetto cattivo interiorizzato può entrare a far parte del carattere dell'individuo e trasformarsi anche nel desiderio di far soffrire l'oggetto cattivo, quindi, *l'odio diventa una forma di sadismo che trasforma l'aggressività e l'odio con il piacere.* Ma quale sono i meccanismi difensivi che il transfert coinvolge in genere? Specifica Ida Macalpine (1956), che i meccanismi implicati per Freud nella traslazione sono da considerarsi lo spostamento, la proiezione e l'introiezione, l'identificazione e la coazione a ripetere... Tutti questi fenomeni sono presenti con intensità soprattutto nella cosiddetta nevrosi da transfert. Così viene definita nel dizionario psicoanalitico di Laplanche & Pontalis (1973): *La nevrosi di transfert è una forma intensificata, più coerente e più duratura di reazioni di transfert ed è un artefatto della situazione analitica. Viene definito come una nevrosi artificiale in cui le manifestazioni del transfert tendono a organizzarsi. Si costruisce intorno alla relazione con l'analista.* Il termine *nevrosi di transfert* è stato usato da Freud per descrivere quella

costellazione di reazioni di transfert in cui l'analista e l'analisi sono diventati il centro della vita emotiva del paziente, quindi tende a ridurre la forza dell'io e può diventare una forte resistenza al lavoro terapeutico e al possibile cambiamento e, quindi, la causa più frequente di fallimento terapeutico, pur essendo importante per un'analisi del profondo, dove comporta molto più impegno e più tempo per affrontare questo difficile nodo da sciogliere. Non è facile controllare le traslazioni, positive o negative che siano, poiché talvolta sono avvertite dal paziente come un corpo estraneo che rischia di interferire continuamente nel rapporto terapeutico, accelerando un possibile drop-out o al contrario cercare di rendere interminabile la psicoterapia. Ma possiamo considerare che, in seguito il termine nevrosi di transfert è stato smitizzato e normalizzato dalla visione preoccupante di Freud. A tal proposito Charles Brenner (1979), pur essendo uno psicoanalista conservatore, scrive: *Il termine nevrosi di transfert è una tautologia. Il concetto è un anacronismo. Gli analisti definiscono la nevrosi come un sintomo, o un insieme di sintomi, che sono formazioni di compromesso che nascono dai conflitti... anche le manifestazioni transferali sono formazioni di compromesso che nascono dai conflitti... Una manifestazione di transfert è indistinguibile, dal punto di vista dinamico, da un sintomo nevrotico. Chiamarlo nevrotico, o chiamare tutto il transfert una nevrosi, significa aggiungere un termine senza aggiungere significato. Transfert è sufficiente. Non si ottiene nulla ad allargare il termine a nevrosi di transfert... "La vera nevrosi di transfert", mi pare, è spesso usato come sinonimo di "transfert analizzabile".* Un altro bastione contro la nevrosi da transfert era già stato posto dallo psichiatra (di fatto antipsichiatra) Thomas Szasz (1963), che ho avuto occasione di incontrare negli anni '80, e che aveva posto l'accento su come il transfert poteva essere una possibile difesa sicuramente soprattutto per l'analista. Affermando che: *non solo l'analista può utilizzare il concetto di transfert come una difesa contro l'impatto del rapporto del paziente con lui (come persona non come simbolo) ma può anche utilizzare il concetto di un rapporto reale con il paziente come una difesa contro la minaccia del transfert del paziente.* Quindi secondo Szasz il concetto di transfert si può considerare attenuazione o negazione del coinvolgimento personale nella situazione analitica, consentendo così di individuare nell'analista un simbolo quindi ponendolo in una posizione di invulnerabilità. In seguito cerca di semplificare il concetto di nevrosi di transfert facendone una distinzione in qualche modo quantitativa. Infatti egli afferma: *la differenza tra transfert e nevrosi di transfert è di un livello. Gli analisti in generale parlano di transfert se si parla di idee isolate, affetti o modelli di comportamento che il paziente manifesta verso l'analista perché sono ripetizioni di esperienze simili dell'infanzia del paziente; e si parla di nevrosi di transfert quando ci si riferisce a un insieme più ampio e coerente*

*di transfert. In altre parole, abbiamo a che fare con una distinzione quantitativa, ma non possediamo né strumenti di misura né standard di misura per fare stime quantitative. Così la distinzione tra transfert e nevrosi di transfert rimane arbitraria e approssimativa. È utile, a questo punto, ricordare come si è evoluto il concetto di transfert nel tempo, a cominciare dalla nozione iniziale di falsa connessione, che si voleva intendere come una sorta di distorsione della realtà, come se il detentore della giusta realtà fosse solo il terapeuta nel suo ruolo intrinseco di potere, in una relazione che doveva mantenersi asimmetrica; perciò, si considerava la possibilità di correggere questa visione del paziente, non solo sbagliata, ma anche pericolosa. Più tardi emerge il concetto di regressione tramite il transfert, cioè un tentativo di rievocare e riprodurre episodi dell'infanzia. Oggi si preferisce il termine di ricostruzione, per certi aspetti una modalità per rendere attuali dei contenuti intrapsichici e relazionali dell'individuo, ponendoli sulla scena del setting terapeutico. A proposito di scenario mi sembra interessante la visione del transfert di Paula Heimann (1956): *dobbiamo chiederci chi sta parlando a chi parla e di che cosa è perché proprio in quel momento; sottolineando che l'oggetto del discorso, il contenuto e la motivazione possono cambiare più volte nel corso di una seduta*. Infatti, secondo la Heimann, il paziente può iniziare come madre che si rivolge all'analista come adolescente, può ricordare una regressione adolescente a stati infantili precedenti e poi rapidamente cambiare la voce di chi parla in quella di una madre che si rivolge all'analista figlio piccolo per poi diventare il bambino piccolo che si rivolge all'analista madre, che può diventare il padre, facendo emergere nell'analizzando una voce infantile diversa. Tutte queste passioni nel setting terapeutico, questo scenario così affollato di sentimenti, questa rappresentazione di moltitudini di vissuti che potrebbe accadere in più incontri o, anche se più raramente, in una stessa seduta, va interpretata insieme al paziente in una co-narrazione condivisa dove il conscio e l'inconscio possano avvicinarsi per la costruzione e/o la ridefinizione del Sé. Perciò, a un certo punto, è necessario aiutare la persona a entrare in contatto con la realtà attuale ed evitare il possibile congelamento da transfert che porta a deformare il presente in funzione del passato.*

3. Controtransfert: sentimenti, emozioni e proiezioni del terapeuta

“La conoscenza del prossimo ha questo di speciale: passa necessariamente attraverso la conoscenza di sé stesso”.

Italo Calvino

Ma il pericolo e la difficoltà del terapeuta non è solo la nevrosi da transfert, che si può considerare più specificamente una modalità e una fase regressiva della persona, quindi utile e, appunto, per lo più, analizzabile, può, invece, essere il proprio controtransfert, cioè identificarsi eccessivamente con il paziente, che può comportare il rischio dell'uso del processo terapeutico per gratificare i propri bisogni. Annie Pink Reich, ex moglie di Wilhelm Reich, descrive il controtransfert come *gli effetti dei bisogni inconsci dell'analista e dei conflitti sulla sua comprensione o tecnica. Il paziente rappresenta per l'analista un oggetto del passato sul quale vengono proiettati sentimenti e desideri passati*. Quindi l'ambivalenza del controtransfert può sostenere e rinvigorire il lavoro con i pazienti a causa dell'interscambio dinamico che si verifica con loro, o può portare ad agire su una parte fragile del terapeuta. Il lento, intenso processo terapeutico della terapia esige la pazienza del terapeuta e l'equilibrio narcisistico. L'energia psichica necessita di mantenere l'interesse e la volontà di aiutare scaturiscono da questo stesso buon controtransfert, sempre secondo Annie Reich che aggiunge: *il talento speciale e l'area patologica di solito sono due lati della stessa medaglia, un leggero spostamento dell'asse può trasformare l'acting out in una preziosa sublimazione*. Il desiderio di guarire e comprendere può essere motivato dal passato, ma l'intuizione e il trattamento del terapeuta devono essere basati sulla realtà oggettiva. La Reich, in definitiva, considera il controtransfert come un requisito indispensabile per l'analisi, purché resti in una cornice di contorno. Il terapeuta qui potrebbe essere in grado di usare i propri sentimenti per far funzionare la terapia. Ma l'amore, come l'aggressività, la colpa o qualsiasi sentimento, devono essere desessualizzati e sublimati, altrimenti la controtrasferenza rischia di vampirizzare il processo evolutivo ostacolando la terapia. Questa è la posizione ufficiale attuale sul Controtransfert presa dal

Dizionario Enciclopedico Interregionale di Psicoanalisi dell'IPA International Psychoanalytical Association: *Il concetto di controtransfert è uno dei più trasformati e trasformativi in psicoanalisi. Necessita di essere affrontato storicamente, teoricamente, empiricamente ed esperienzialmente. Oggigiorno, il concetto denota un'ampia gamma di stati emotivi [feelings] (consci e inconsci), pensieri ed atteggiamenti dell'analista verso il paziente nella situazione analitica. Nell'accezione più ampia esso si può riferire alla totalità degli stati emotivi, atteggiamenti e pensieri che un terapeuta può avere rispetto ai propri pazienti. In un senso più ristretto, il controtransfert può riferirsi a risposte ben determinate, per lo più inconscie, al transfert dei pazienti – letteralmente contro il transfert del paziente. Considerato il fatto che si tratta di uno dei concetti più complessi e dalla più complessa evoluzione in psicoanalisi, con molti significati nell'intera gamma degli attuali orientamenti internazionali, è generalmente riconosciuto che l'esperienza del controtransfert possa comportare sia benefici che pericoli potenziali. In quanto parte necessaria della matrice transfert-controtransfert, esso riflette una dimensione interattiva vitale della psicoanalisi, pur se concettualizzata in modo contrastante. Sulla base di un'articolata estrapolazione dai più attuali dizionari psicoanalitici europei e nordamericani, il vissuto controtransferale, inteso come fenomeno clinico derivante da più fonti nella situazione analitica, mediato da vari processi e meccanismi concettualizzati all'interno della relazione tra il paziente e l'analista, che dal punto di vista fenomenico può includere:*

- *un sentimento o un'idea cosciente nell'analista in reazione al materiale del paziente.*
- *Un sentimento inconscio o un'associazione che l'analista può recuperare o (ri)costruire con una buona dose di seria autoanalisi dai segnali recepiti durante la seduta o dopo di essa. Ciò può includere la reazione dell'analista al transfert del paziente, il transfert dell'analista, o ogni elemento o caratteristica dello scambio, così come l'esperienza intrapsichica dell'analista in risposta alla totalità della situazione analitica.*
- *Un sentimento o un'idea inconscia (in conflitto con l'ideale dell'Io dell'analista) che limita la recettività e la funzione autoriflessiva ed autoanalitica dell'analista, e che causa punti ciechi (concettualizzati in vari modi) i quali ostacolano l'analisi del paziente, o l'analisi della costruzione della contro-resistenza dell'analista.*
- *Uno stato nell'analista (piuttosto che un problema/fenomeno temporaneo), e quindi una posizione di controtransfert, dalla cui prospettiva l'Io dell'analista si trova adesso a percepire, a pensare e a sentire. Nella misura in cui tale stato/posizione/atteggiamento interno non sconfina nel-*

l'azione, ma è vissuto come "indotto", esso può includere l'"identificazione proiettiva" e/o la "responsività di ruolo" a seconda delle varie concettualizzazioni.

- *Un enactment, se il controtransfert irrisolto è scaricato in azione. Vi è un vasto dibattito rispetto all'utilità e l'inevitabilità di tali fenomeni. Molti autori contemporanei propongono una visione secondo cui gli enactment di controtransfert consentono l'emergere di materiale inconscio altrimenti inaccessibile (in quanto arcaico, non pienamente simbolizzato), il quale, se compreso e interpretato, costituisce per la coppia analitica un'opportunità di scoperta di un nuovo significato. Nella misura in cui ciò è vissuto come inconsciamente evocato/indotto/ispirato dalle azioni del paziente (per quanto impercettibili), esso include l'identificazione proiettiva e la responsività di ruolo variamente concettualizzate, e può anche costituire un'escalation della suddetta posizione (o stato) di controtransfert.*

La preoccupazione sul controtransfert, già a cominciare da Freud, si riferiva al controtransfert erotizzato, per questo giunse a raccomandare l'analisi dello psicoanalista con controlli ogni 5 anni. Il problema si manifesta quando il terapeuta non riesce più a padroneggiare vissuti affettivi, emotivi che possono sviarlo dal processo terapeutico, quindi, una sorta di resistenza del professionista che invece di curare vuole prendersi cura, non più in modo professionale, ma soprattutto in una modalità affettiva ed erotica, quindi centrata sui propri bisogni personali. In questo caso il terapeuta, esplicitando il suo controtransfert erotizzato, distrugge lo spazio terapeutico, comportandosi come il genitore incestuoso che invade lo spazio del figlio con il suo desiderio; un genitore richiedente e non più protettivo. Allora potremmo interpretare la parte *contro* del termine controtransfert come una forma di contrapposizione reattiva al paziente, per lo più inconscia, ma anche come l'istaurarsi di un processo parallelo al transfert della persona che si ha in trattamento. Proprio per questo, secondo Theodor Reick (1949), l'analista dovrebbe stare costantemente in *ascolto di sé stesso col terzo orecchio*, 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, tenendo presente che, in fin dei conti, nessuna analisi è perfetta, devono essere indicate come controtransfert. Secondo Heinrich Racker (1968), *il destino del controtransfert è strettamente connesso a quello del transfert, in una dimensione empatica e più simmetrica, dato che sono due componenti di una stessa unità, originandosi reciprocamente l'uno dall'altro e creando la relazione interpersonale della situazione analitica.*

Sento particolarmente questo concetto poiché per esperienza diretta, ma soprattutto in supervisione, spesso ho incontrato l'angoscia di separazione nella terapia che volge al termine, quindi, proprio questo può aumentare il bisogno di idealizzazione reciproca, attivando proroghe all'addio finale e allungando per entrambi il processo di separazione, nel tentativo di negare, spostare e sublimare i naturali sentimenti di affezione e/o d'amore intercorsi tra i due. Se ci pensiamo bene non è facile distinguere precisamente quanto c'è del transfert del terapeuta e quanto c'è del suo controtransfert, questo punto si può approfondire caso per caso in supervisione, anche se non è semplice essendo transfert e controtransfert per lo più inconsci, con il rischio di sovrapposizione dei vissuti emersi nella relazione terapeutica. Forse qui la posizione di Jaques Lacan potrebbe semplificare, o complicare ancora di più, il concetto di controtransfert, da una parte negandolo e considerandolo un transfert pur normalizzandolo: *egli (l'analista) è posseduto da un desiderio più forte dei desideri di cui potrebbe trattarsi, come quello di passare a vie di fatto con il suo paziente, di prenderlo tra le braccia oppure di buttarlo giù dalla finestra. Capitano, questi desideri. Oserai dire che non è un buon presagio se qualcuno non ha mai provato qualcosa del genere [...] non vi è motivo di affermare che il riconoscimento dell'inconscio pone di per sé l'analista al di fuori della portata delle passioni.* In realtà Lacan insiste sul transfert dal punto di vista dell'analista, quasi tornando a Freud, e considerando il controtransfert come la somma dei pregiudizi, delle passioni, degli imbarazzi o dell'insufficiente informazione dell'analista in un certo momento del progresso dialettico. Per Lacan lo psicoanalista non è oggetto di analisi, l'oggetto rimane comunque l'analizzato. Il terapeuta non può essere messo allo stesso livello del paziente nella sua incapacità di gestire l'amore di transfert perché proprio d'amore si tratta, così come lo stesso Freud aveva detto. La risposta dell'analista deve essere invece un surrogato di tale amore, in qualche modo tacerlo, se è possibile, questo amore. Wilhelm Hoffer (1956) finalmente entra nel dibattito perenne tra transfert e controtransfert con autenticità e schiettezza: *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 dal contro-transfert. Quest'ultimo riguarda le sue tendenze 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. È importante*

considerare comunque i vissuti del terapeuta, la struttura caratteriale, gli eventi importanti, talvolta determinanti, incontrati in quel periodo e le eventuali resistenze del professionista.

3.1 Controresistenze dello psicoterapeuta

Edward Glover (1955) riguardo le possibili resistenze del terapeuta afferma: *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)*. Poi lo stesso Glover, avverte di fare attenzione ai particolari e tipici segnali d'allarme che dovrebbero richiamare la nostra attenzione sul controtransfert:

- 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 tendiamo a interpretare troppo di rado, o solo su richiesta del paziente;
- quando sentiamo o manifestiamo un troppo studiato consenso per le opinioni coscienti e per i punti di vista del paziente.

A queste osservazioni sulle situazioni controtransferali di Glover potremmo affiancarci quelle che Karl Menninger, qualche anno dopo (1958), propone di notare nei comportamenti e atteggiamenti che ho cercato di integrare per renderli più chiari:

- incapacità di capire un certo tipo di materiale che ha attinenza con i problemi personali del clinico.
- Sensazioni di depressione o disagio che accadono in particolare con certi pazienti.
- Trascuratezza nel rispetto degli accordi: dimenticare l'appuntamento con il paziente o arrivare in ritardo, oppure tendere spesso a prolungare il colloquio senza alcuna ragione particolare.
- Persistente sonnolenza e talvolta veri e propri colpi di sonno durante l'incontro.
- Esperienza di ricorrenti sentimenti erotici e/o affettivi verso un paziente.

- Ricerca di sicurezza, espedienti narcisistici come tentare in vari modi di fare impressione sul paziente, oppure sui colleghi vantando anche l'importanza del proprio paziente.
- Stimolare la dipendenza del paziente, specialmente con rassicurazioni non necessarie.
- Impulso a fare pettegolezzi professionali relativi ad un dato paziente.
- Asprezza non necessaria, di tipo sadico, nella formulazione di commenti ed interpretazioni.
- Pensare che il paziente debba guarire per non danneggiare la reputazione ed il prestigio del medico.
- Tenersi ben stretto il caso, cioè cercare di trattenerlo per eccessiva paura di perdere il paziente.
- Provare coscienza ed eccessiva soddisfazione dell'apprezzamento e delle prove d'affetto del paziente.
- Essere troppo infastidito dai ripetuti e persistenti rimproveri e dalle accuse del paziente.
- Discutere polemicamente, ogni volta che capita, con un paziente in particolare o con più pazienti.
- Rassicurare troppo prematuramente e preventivamente il paziente contro lo sviluppo dell'angoscia.
- Tentare di aiutare il paziente con interventi esterni, per esempio di tipo economico.
- Tendenza ripetuta e quasi coatta ad insistere, sempre e comunque, su certi argomenti.
- Tendenza o impulso ricorrente a chiedere favori di vario tipo al paziente.
- Improvviso aumento o diminuzione di interesse per un paziente dovuto a un calcolo di convenienza.
- Sogni numerosi e ricorrenti relativi ad un paziente...

Naturalmente ci sono tanti altri possibili comportamenti che possono essere considerati come possibili indicatori di controtransfert. Per Otto Kernberg, riguardo il controtransfert, abbiamo due orientamenti: quelli della scuola "classica" e quelli della scuola "relazionale" che lui chiama totalistica. Per la scuola classica il controtransfert è la reazione inconscia dell'analista al transfert del paziente ed è connessa ai suoi problemi nevrotici non risolti, egli deve occuparsi di tali problemi proseguendo l'analisi. Per la scuola relazionale il controtransfert è l'insieme delle reazioni cosce ed inconscie dell'analista evocate sia dal transfert del paziente sia dalla specifica realtà del paziente. Le reazioni dell'analista sono innescate anche dai bisogni reali e nevrotici dell'analista stesso. Ma, in realtà, attualmente si evince la necessità di

una nuova simmetria nel processo terapeutico e di individuazione tra terapeuta e paziente. Il terapeuta deve riflettere sul duplice ruolo di soggetto-oggetto all'interno della diade. Questa intersoggettività comprende dinamiche relazionali molto profonde come poter affermare: *So che tu sai che io so – Sento che tu senti che io sento*. Perciò se, non ostante tutto, il terapeuta si affida e si lascia usare dal paziente comprenderà come è stato usato e comprenderà meglio il vero sé dell'analizzando, infatti Christopher Bollas (1999) sostiene che l'analista deve essere autentico nella relazione con il paziente se vuole permettere a lui di riappropriarsi dei propri autentici modi di essere spontaneo.

3.2 Mitizzazione, smitizzazione e autosmitizzazione transferale

Io credo che sia importante superare la mitizzazione del terapeuta come personaggio vicino alla perfezione, quasi irraggiungibile, misterioso e infallibile, collocandolo, quindi, al di sopra di qualsiasi giudizio, quindi cercare, il più possibile di superare certe antiche convinzioni tipo:

- il terapeuta non può mostrare al paziente di essersi lasciato coinvolgere e non deve mai farglielo capire, non deve commuoversi mai, né tantomeno esprimere giudizi su qualcuno o svelare i propri sentimenti;
- il terapeuta non deve assolutamente far capire al paziente che può anche aver sbagliato;
- il terapeuta deve sempre mostrarsi sicuro e rassicurare il paziente con le proprie certezze;
- il terapeuta deve presentarsi e farsi sentire sempre come del tutto inattaccabile dal paziente.

Ma spesso ci sono anche atteggiamenti squilibrati eccessivamente in senso contrario, come intervenire nel colloquio con reazioni emotive inadeguate o con racconti relativi alla propria vita, comunicare giudizi personali basati su valutazioni morali ed ideologiche, tendere a reagire eccessivamente ad atteggiamenti petulanti, arroganti, aggressivi o provocatori, senza appurare a cosa essi siano dovuti, o dimenticare che la sfiducia è un diritto e una comunicazione importante del paziente, utilizzare la terapia soprattutto come una fonte di gratificazione narcisistica interpretando il ruolo del terapeuta onnipotente, cercare di entrare in relazioni di amicizia o commerciali con il paziente, quindi trarre dalla relazione terapeutica vantaggi che non siano l'onorario, l'interesse scientifico e professionale, applicare teorie psicologiche in modo acritico e semplicistico raggiungendo conclusioni affrettate, pensare di avere capito tutto del paziente. È opportuno quindi smitizzare questa idealizzazione dello psicoterapeuta e renderlo realistico, nel senso di considerarlo

un individuo come gli altri che si è un po' liberato, attraverso la propria terapia e la propria supervisione, di alcune importanti fonti di pregiudizio conscio e inconscio. Considerare anche un possibile, graduale svelamento del terapeuta. Ma quanto e come svelarsi? Da un nostro punto di vista psicologico-umanistico potremmo dire che nel setting della coppia terapeutica, tenendo comunque presente che ogni terapeuta e in qualche modo osservante e osservato, sempre più gradualmente si potranno individuare due co-autori e due co-attori, scenderanno in campo circondati da una moltitudine di personaggi che appartengono alle loro storie, alle loro emozioni, alle loro proiezioni e al doppio transfert che invaderà lo scenario. È proprio in questo campo che si giocherà la partita del cambiamento, talvolta contrastato, che per contratto riguarda il paziente, ma intrinsecamente, inconsciamente, ma anche coscientemente e inesorabilmente nel tempo, potrà incidere sulla trasformazione del terapeuta.

Dobbiamo considerare, comunque, che nel corso di un trattamento psicoterapeutico ogni terapeuta sperimenta molte sfumature e gradi di amore odio e indifferenza verso ciascuno dei suoi pazienti come nota Ralf R. Greenson (1978), intendendo che la contro-traslazione, al pari di tutti i fenomeni di traslazione, ha una risposta deformata e inappropriata derivante dai conflitti inconsci irrisolti del passato dell'analista, come tale non può giovare nel trattamento se non viene individuata, messa sotto controllo e modificata, anche se, d'altro canto, ci sono casi in cui una reazione di contro-traslazione presenta utilità terapeutica. Non possiamo, inoltre non considerare che le reazioni contro-traslative del terapeuta verso il paziente, verso qualunque suo aspetto e verso la sua personalità globale, possono rientrare, comprendendo anche quelle verso le persone che hanno qualche relazione significativa con il paziente, in quanto i terapeuti spesso sviluppano reazioni irrazionali verso il coniuge i figli, l'amante, i genitori e gli amici del paziente. In certi casi eccessivi potremmo dire, come già riferito per i pazienti riguardo la nevrosi da traslazione, anche per i terapeuti si possono sviluppare nevrosi da contro-traslazione, coinvolgenti traslativi di lunga durata con i loro pazienti nei quali il paziente diventa, in maniera persistente e inappropriata, di importanza centrale. Le reazioni di questo tipo possono essere intense, come ad esempio l'analista che si innamora del suo paziente o desidera un rapporto sessuale con lui, se prevale l'odio l'analista può avere frequenti scoppi di collera o può attendere l'inizio della seduta con una sensazione di paura una sorta di gemito interno un *ahimé!* oppure con un atteggiamento bellicoso come se dovesse incontrare un antagonista un avversario e non un paziente, afferma sempre Greenson (1978). Quest'ultimo atteggiamento è molto frequente e può portare i terapeuti, senza che se ne rendano conto, ad operare

costantemente i propri interventi per mantenere un vantaggio sull'altro, perciò, la terapia diventa una contesa e il paziente non riesce mai a finire una seduta sentendo di avere ragione. Ma ci sono forme più sottili di nevrosi di traslazione, più coperte quindi più pericolose essendo più difficili da scoprire, come un atteggiamento indebitamente e persistentemente protettivo, fantasie salvifiche, una generosità e benevolenza eccessiva e cronica di tipo materno (più frequenti nelle terapeute). Mentre in caso di contro-traslazione negativa, spesso rimossa, si può sentire una noia costante, una tendenza a dimenticare, freddezza, distanza o indifferenza. Otto Fenichel (1941) e Phyllis Greenacre (1966) hanno messo in evidenza che non solo i bisogni pulsionali dell'analista e le relative difese possono provocare in lui reazioni di contro-traslazione, ma anche i suoi bisogni narcisistici. Per esempio un'ambizione terapeutica eccessiva può spingere a idealizzare i pazienti a esagerarne le capacità e ad essere ripetutamente delusi dei loro lenti progressi. Accanto a ciò esperienze particolari della vita dell'analista possono renderlo temporaneamente suscettibile in misura eccessiva a reazioni di contro-traslazione come ad esempio sventure personali, malattie o morti in famiglia, una gravidanza, la perdita o il suicidio di un paziente e così via, soprattutto se il materiale del paziente presenta coincidenza con questi eventi eccezionali. È importante considerare che al pari della traslazione la controtraslazione, in generale, è un alleato inaffidabile, anche se in certi casi può dare temporaneamente un aiuto. Una forte contro-traslazione, positiva o negativa che sia, può inficiare l'alleanza di lavoro e portare a sviluppi psicopatologici per entrambi gli interlocutori della terapia. L'autoosservazione e il controllo possono tuttavia rendere di grande utilità queste reazioni. Il primo passo per instaurare il controllo consiste nel riconoscere che si sta vivendo una reazione di contro-traslazione. Ciò significa che l'analista mentre ascolta deve essere consapevole dei propri pensieri, sentimenti e impulsi, come pure della loro assenza, ma anche altri segnali come pensieri frequenti concernente il paziente, un'insolita difficoltà a ricordare o dimenticare il materiale del paziente, frequenti macchie cieche o periodi di stallo, noia, sonnolenza lapsus verbali, il chiamare il paziente con un nome sbagliato, ma anche problemi ricorrenti circa l'onorario paziente, che pagano troppo o troppo poco, o una simpatia troppo intensa che fa dimenticare la giusta distanza. La contro-traslazione del terapeuta ha un ruolo simile e speculare a quello della traslazione del paziente, può così essere fonte di seri ostacoli, ma anche avere un valore inestimabile per la comprensione del paziente. Quindi dopo aver riconosciuto e superato il controtransfert, come già lo stesso Freud raccomandava, si può considerarlo non più soltanto come una parte patologica del terapeuta, come nella prima fase classica della psicoanalisi. Attualmente il concetto di controtransfert ha acquisito un significato più ampio poiché include l'intera