

Buona parte del lavoro del terapeuta consiste nel chiarire che cosa cerca di esprimere il paziente. I pazienti possono essere vaghi o incerti su ciò che provano o pensano, e il terapeuta spesso cerca di riassumere o riformulare le loro parole in modo da chiarirle a entrambi: "A quanto pare, ciò che intende dire è che non riesce a decidere se vuole davvero restare in questo rapporto o tirarsene fuori". Spesso la voce del terapeuta assume un tono interrogativo: "Se ho ben capito, lei non ha visto suo padre dall'età di sei anni fino a quando ne aveva otto?".

Incoraggiamento a elaborare

Nel mezzo del *continuum* è situato l'intervento noto come *incoraggiamento a elaborare*. Probabilmente, questo intervento è la forma più comune di comunicazione da parte del terapeuta, ed è teso a stimolare ulteriori commenti da parte del paziente. Il principio delle libere associazioni, che deriva dalla psicoanalisi, si applica anche alla terapia psicodinamica. I terapeuti fanno il possibile per incoraggiare i pazienti a riportare senza censure e liberamente ciò che passa loro per la mente. Pertanto, un intervento frequente è: "Vorrei saperne di più". A volte il terapeuta interrompe il paziente quando sente che non è stato detto tutto: "Sono certo che la reazione emotiva non si limita a ciò che mi ha riportato finora. Potrebbe dirmi qualcosa di più?". Generalmente, questo tipo di intervento prevede un finale aperto, ma può anche essere diretto a qualcosa di specifico: "Vorrei sapere qualcosa in più del padre di sua madre. Non ne abbiamo parlato molto".

Validazione empatica

L'empatia è considerata una tecnica fondamentale nell'ambito della psicologia del Sé, ma i terapeuti di ogni orientamento sono tenuti a prestare attenzione al bisogno di *validazione empatica* del paziente. Spesso i pazienti hanno avuto, nel corso della loro infanzia, genitori che hanno invalidato o negato i loro vissuti interiori, e sono quindi stati costretti a portare una maschera (ovvero, sviluppare un falso Sé) nel loro ambiente familiare. Il terapeuta può essere di grande aiuto quando conferma al paziente che ha diritto di provare certi sentimenti e che la sua risposta è giustificata da ciò che gli è accaduto. Un commento di validazione empatica potrebbe essere il seguente: "Capisco bene che lei sia arrabbiato con suo padre dopo che le ha detto quelle cose". Questo genere di intervento può applicarsi anche alla situazione qui e ora: "Ha tutte le ragioni per essere diffidente nei miei confronti, considerate le sue esperienze passate con le figure che detengono una qualche autorità".

Interventi psicoeducativi

Avvicinandosi all'estremo supportivo del *continuum*, la psicoterapia assume una valenza più pedagogica. La psicoterapia dinamica ha sempre un valore didattico, in quanto aiuta i pazienti a imparare su se stessi cercando di esprimere la natura dei loro problemi. A volte i pazienti richiedono specificamente informazioni sulla natura dei loro disturbi, sugli obiettivi della psicoterapia o sui suoi limiti. Per esempio, il terapeuta potrebbe spiegare il motivo per cui non può accettare donazioni da parte di un paziente ("Non posso davvero accettare la sua donazione per la mia ricerca perché non sarebbe etico trarre vantaggio dalla nostra relazione terapeutica per questo scopo"), o illustrare a un paziente le possibili cause del suo disturbo ("La maggior parte delle ricerche sull'ansia indica la probabile presenza simultanea di una componente genetica e di esperienze ambientali avverse").

Consigli ed elogi

Gli interventi più supportivi nella psicoterapia dinamica sono quelli che lodano esplicitamente il paziente per specifici comportamenti o commenti, o consigliano una particolare linea d'azione. I pazienti che attraversano un momento di crisi possono aver bisogno di *consigli* specifici come: "Dovrebbe chiedere aiuto a un'associazione di difesa delle donne anziché rischiare la vita restando con suo marito". Questo intervento si è reso necessario dopo che una paziente che veniva regolarmente percossa dal marito si era vista puntare contro una pistola. Gli *elogi* possono promuovere l'alleanza terapeutica e aiutare il paziente a sentire che sta partecipando in modo efficace alla terapia. Un tipico commento di elogio è: "Penso che lei abbia avuto al riguardo un'intuizione molto importante alla quale non avevo pensato". L'elogio spesso consiste in affermazioni in cui il terapeuta esprime stima al paziente: "Sono orgoglioso di lei per aver avuto il coraggio di parlare direttamente a sua madre del suo problema invece di tenerlo nascosto".

Il transfert

Come rivela la definizione riportata all'inizio del capitolo, il *transfert* rappresenta un aspetto fondamentale della psicoterapia psicodinamica. Esso può essere semplicemente definito come il trasferimento sul terapeuta di pensieri e sentimenti associati a una figura del passato del paziente. Il *transfert* è spesso un fenomeno inconscio, almeno inizialmente, e il paziente è sconcertato dal proprio comportamento, che reputa insensato se riferito al

terapeuta in quanto persona reale. Il paziente può dire: "Non ho idea del perché ho dimenticato di venire oggi. Per quanto ne sappia, non ho motivo di essere risentito con lei". Pertanto, un agito come un'assenza o un ritardo può rivelare un transfert inconscio. Mentre la definizione originaria assumeva che una sorta di "calco" originato nell'inconscio del paziente si sovrapponesse alla persona del terapeuta senza particolari modifiche, oggi l'opinione prevalente è che il comportamento reale del terapeuta influenzi sempre l'esperienza che il paziente fa di lui (Hoffman, 1998). Quindi, il transfert riguardante il terapeuta si basa in parte su caratteristiche reali e in parte su figure provenienti dal passato del paziente – una combinazione di vecchie e nuove relazioni.

Un errore dei terapeuti inesperti può essere quello di concentrarsi troppo presto sul transfert. Come principio generale, si dovrebbe rimandare l'interpretazione del transfert finché non diventa resistenza e raggiunge la consapevolezza del paziente (Gabbard, 2004). In altre parole, se tutto procede ragionevolmente bene, non vi è ragione di interpretare il transfert. Se invece, per esempio, il paziente manifesta sentimenti erotizzati o estremamente negativi, che possono ostacolare l'andamento della terapia, allora può essere essenziale interpretarlo. Molti terapeuti considerano il trattamento incentrato sul transfert come più esplorativo rispetto alla terapia orientata sulle relazioni extratransferali. Nella terapia supportiva, l'interpretazione del transfert può essere ridotta al minimo, per quanto implicitamente presente nel terapeuta per aiutarlo nella comprensione del paziente.

Il seguente esempio mostra in che modo può manifestarsi il transfert nel corso della seduta e come può essere gestito dal terapeuta.

PAZIENTE: Devo raccontarle ciò che è successo l'altra sera parlando con mia madre. Lei cerca di controllarmi in ogni cosa che faccio. Ha sentito parlare del libro *Mia madre, me stessa?*¹ Be', con lei diventa *Mia figlia, me stessa*. Vorrebbe che fossi un suo clone, e io non ne posso più dei suoi continui tentativi di controllo.

TERAPEUTA [anche lei donna]: Che cosa è accaduto esattamente l'altra sera?

PAZIENTE: Mi ha detto che voleva invitarmi a cena, così ci sono andata. Poi, al momento di ordinare, mi sono persa. Lei ha insistito che prendessi il piatto speciale, che era quello che stava ordinando lei. Ha aggiunto di avermi portata espressamente in quel ristorante perché provassi quel piatto particolare. Io le avrò detto centinaia di volte che sto cercando di eliminare la carne rossa dalla mia dieta, e il piatto speciale era una specie di manzo alla *bourguignonne* che non avevo alcuna intenzione di mangiare. Così abbiamo avuto una discussione proprio di fronte ai nostri vicini di tavolo, che ascoltavano tutto.

1. Di Nancy Friday, tr. it. Mondadori, Milano 1980. [NdC]

TERAPEUTA: Mi rendo conto che in questo momento è esasperata ma, come le ho detto prima, parte di lei inconsciamente ha prodotto quella situazione perché ricava qualcosa dal conflitto con sua madre. Penso che avrebbe potuto scrivere la sceneggiatura dell'altra sera ancor prima di andare al ristorante.

PAZIENTE: Perché dovrei volermi comportare con mia madre in modo così irritante e polemico?

TERAPEUTA: Penso che ancora non ne comprendiamo a fondo le ragioni.

PAZIENTE: Non le comprendiamo perché le cose non stanno così. Non c'è niente di piacevole in questo tipo di interazione.

TERAPEUTA: Penso che qui stiamo ripetendo qualcosa di molto simile. È molto difficile per lei accettare ciò che le dico perché immagina che io sia come sua madre, crede cioè che io insista perché lei pensi proprio come me.

In questo esempio clinico, la paziente ripropone la relazione con la madre nel setting terapeutico. I terapeuti psicodinamici ritengono che i pazienti ricreino le loro situazioni familiari in seduta, oltre che nelle relazioni significative al di fuori della terapia. Uno strumento utile in questo caso è l'*interpretazione del transfert*, un processo teso a spiegare al paziente che ciò che accade nella relazione terapeutica è simile a che ciò accade *al di fuori* della terapia. Molti pazienti si sentono mortificati e "colti sul fatto" quando il terapeuta interpreta questo tipo di ripetizione, per cui è necessario ricorrere alle interpretazioni transferali con giudizio.

Il transfert si manifesta in molti modi. I sogni, per esempio, possono rivelare sentimenti nei confronti del terapeuta che altrimenti non entrerebbero a far parte del processo. I pazienti possono parlare di un altro medico o terapeuta in termini molto emotivi per proiettare altrove sentimenti legati al transfert. Oppure, una paziente che nutre sentimenti erotici nei confronti del terapeuta può lasciarsi coinvolgere in un rapporto erotico con qualcuno che glielo ricorda.

Nel corso della psicoterapia, possono attivarsi diverse tipologie di transfert. Nell'attuale dibattito in ambito psicoanalitico e psicodinamico, il transfert non è riferito a una sola persona, ma esistono transfert multipli legati ai genitori, ai fratelli e ad altre figure significative. Inoltre, alcuni pazienti mostrano una *resistenza nei confronti del transfert*, che impedisce loro di lavorare nella relazione transferale o di diventare consapevoli dei propri sentimenti nei confronti del terapeuta; in questi casi, il terapeuta dovrà limitarsi a interpretare il significato delle relazioni esterne alla terapia fino a quando i pazienti non si sentiranno abbastanza a loro agio nel portare materiale all'interno della relazione terapeutica. Altri pazienti possono ricavare beneficio dalla psicoterapia senza che il transfert emerga mai in primo piano. Pertanto, è necessario adattare a ogni particolare paziente la tipologia d'intervento e la quantità di lavoro dedicata al transfert.

Il controtransfert

Il significato originario del termine *controtransfert*, nella descrizione di Freud (1910), si riferisce al transfert dell'analista nei confronti del paziente. In altre parole, il paziente può ricordare al terapeuta qualcuno del suo passato, e quindi il terapeuta inizia a trattare il paziente come se fosse quella persona. Col tempo, questa concezione del controtransfert si è ampliata fino a includere la risposta emotiva complessiva del terapeuta nei confronti del paziente. Oggi viene riconosciuto che il controtransfert è creato congiuntamente e, oltre a riguardare le relazioni del passato del terapeuta, comprende i sentimenti suscitati nel terapeuta dal comportamento del paziente. La parte di controtransfert indotta dal paziente è generalmente indicata come *identificazione proiettiva*. Questo processo comprende due passaggi: (1) una rappresentazione del Sé o dell'oggetto interna al paziente viene negata proiettivamente trasferendola inconsciamente su qualcun altro e; (2) chi proietta esercita una pressione interna che spinge l'altro a sperimentare o a identificarsi inconsciamente con quanto viene proiettato. Si potrebbe notare che il primo passaggio rappresenta una particolare forma di transfert, mentre il secondo consiste in una reazione controtransferale. Nel contesto psicoterapeutico, si verifica un terzo passaggio: (3) il contenitore della proiezione, il terapeuta, accoglie e tollera lo stato affettivo e la proiezione della rappresentazione del Sé o dell'oggetto associata a esso finché il paziente non sarà in grado di "riappropriarsi" di quanto è stato proiettato. In tal senso, l'identificazione proiettiva può essere considerata non solo un meccanismo di difesa intrapsichico, ma anche una forma di comunicazione interpersonale.

L'identificazione proiettiva spesso è avvertita come impellente. Il terapeuta può sentirsi come se una forza aliena si stesse impadronendo di lui, obbligandolo ad agire (*enactment*)² il ruolo imposto dal paziente. Questa condi-

2. Come scrivono Filippini e Ponsi ("Enactment", in *Rivista di Psicoanalisi*, xxxix, 3, 1993, pp. 501-518), l'enactment può essere definito un "episodio relazionale, a reciproca induzione, che si evidenzia attraverso il comportamento. Tradizionalmente il termine enactment indicava un comportamento messo in atto dal paziente nella situazione analitica, ma con un significato le cui radici affondano nel passato. Nell'ultimo decennio, soprattutto nell'ambito della psicoanalisi relazionale americana (L. Aron, *Menti che si incontrano*, tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2003, pp. 209-213; S. Mitchell, *Influenza e autonomia in psicoanalisi*, tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1999, pp. 101-142), ha cominciato ad acquisire una connotazione nuova, riguardante il fatto che, insieme alla messa in atto del paziente, si verifica una forma corrispondente di messa in atto, più o meno palese, da parte dell'analista. Per alcuni, l'enactment è un episodio relativamente eccezionale nel corso di un'analisi, per altri il processo analitico può invece essere visto come un succedersi ininterrotto di enactment alla cui costituzione concorrono circolarmente paziente e analista. Dove è più radicata la teoria britannica delle relazioni oggettuali, in particolare dove è dominante il modello kleiniano, il corrispettivo del concetto di enactment è il concetto di identificazione proiettiva. Quest'ultimo, concepito originariamente da Melanie Klein come una fantasia inconscia e una modalità di difesa del paziente, ha poi acquisito un'accezione marcatamente interattiva. Bion (1962) ha sottolineato l'importanza di un'identificazione proiettiva normale a scopo comunicativo e altri kleiniani contemporanei (J. Schafer, "The contemporary kleinians of London", in *Psychoanalytic*

zione, a ogni modo, può avere un'utilità terapeutica, in quanto il terapeuta sta facendo esperienza di qualcosa che lo accomuna ad altre persone significative nella vita del paziente.

Alcuni terapeuti possono utilizzare il controtransfert per interpretare qualcosa di importante per il paziente. Per esempio, il terapeuta può dire: "Ho notato che mi sento un po' frustrato perché continuo a farle domande per cercare di capire che cosa pensa o prova, ma lei mi dice assai poco. È un po' quello che succede spesso a lei con suo marito". Evidenziando il processo interpersonale, il terapeuta può aiutare il paziente a riflettere sul suo ruolo attivo nel creare una situazione che può essere spiacevole o problematica nei rapporti esterni alla terapia.

Il terapeuta può rivelare il proprio controtransfert per promuovere il progresso terapeutico del paziente. Questo tipo di *self-disclosure* deve essere usato con giudizio, in quanto la rivelazione di alcuni sentimenti controtransferali può avere effetti deleteri sul processo terapeutico. Per esempio, difficilmente si otterranno risultati dicendo al paziente: "La odio" o "Quanto mi sta dicendo mi annoia". Il paziente non è obbligato a intrattenere il terapeuta, e la rivelazione di tali sentimenti potrebbe infliggere una grave ferita al rapporto, compromettendo la fiducia del paziente nei confronti del terapeuta. Anche la rivelazione di desideri sessuali nei confronti di un paziente (o una paziente) raramente è di qualche utilità, in quanto potrebbe minare il senso di sicurezza all'interno del setting terapeutico.

Sentimenti controtransferali positivi possono essere presenti senza che il terapeuta ne sia a conoscenza. Una considerazione positiva verso il paziente può essere confusa con un atteggiamento premuroso che facilita la terapia. Tuttavia, anche i sentimenti positivi possono complicare il controtransfert. Il terapeuta può essere restio ad affrontare con il paziente il tema dell'aggressività e altri problemi per non "agitare le acque" e attirarsi il risentimento del paziente. In modo simile, il bisogno di salvare il paziente può impedire a quest'ultimo di sviluppare la capacità di far leva sulle proprie forze nella gestione dei problemi.

Quarterly, 3, 1994, pp. 409-432; E.B. Spillius, "Developments in Kleinian thought: Overview and personal view", in *Psychoanalytic Inquiry*, 14, 3, 1994, pp. 324-364; O. Kernberg, "Recent developments in the technical approaches of English-language psychoanalytic schools", in *Psychoanalytic Quarterly*, LXX, 2001, pp. 519-547) hanno concentrato la loro attenzione sulla sua capacità di suscitare nell'analista un tipo di risposta particolarmente significativa e complessa da gestire dal punto di vista interpretativo (vedi anche M. Ponsi, "Paradigma relazionale e alleanza terapeutica", in V. Lingardi, *L'alleanza terapeutica*, Raffaello Cortina, Milano 2002, pp. 63-85). [NdC]