

Transfert e controtransfert

Alberto Taverna

Cenni storici

La presenza di fenomeni di transfert e controtransfert, assieme alla definizione di un setting, ovvero di un insieme di regole condivise che definiscano la cornice dell'attività, è la condizione per cui una qualsiasi attività possa essere definita psicoterapeutica. Il problema della definizione e della presenza di fenomeni transferali è ancora più evidente nelle artiterapie, dove continuamente il lavoro che si svolge è spostato dalla sfera puramente tecnica del laboratorio a quella strettamente simbolica della psicoterapia.

Nei suoi aspetti generali, la questione del transfert e del controtransfert riguarda tutte le attività espressive, o forse anche qualunque relazione umana, anche se si tratta, in questo caso, di definire le forme specifiche che essi assumono, poiché alcune di loro presentano delle specificità che vedremo in seguito. Del resto come ha già osservato Tartari nel capitolo sull'antropologia, la presenza di fenomeni transferali è rintracciabile anche nei riti sciamanici d'altre culture, nelle quali possono essere definiti come spazi simbolici che permettono di organizzare l'esperienza, dandole altre coordinate di lettura. Tuttavia il concetto classico di transfert è storicamente legato alla specifica situazione del rapporto analitico individuale, anche se è stato successivamente esteso ai gruppi terapeutici.

Nel pensiero di Freud (1895, 1911) la traslazione era vista inizialmente come un fattore di resistenza alla guarigione; successivamente essa ha rappresentato una mediazione tra il passato e il presente, tra fantasia e realtà, grazie alla quale il paziente riesce ad attualizzare i conflitti inconsci, che non sono ricordati, ma tendono a riprodursi in modo atemporale.

La traslazione è quindi intesa come ripetizione di un antico rapporto oggettuale: essa diventa il terreno per osservare dal vivo conflitti irrisolti con importanti figure del passato. In questa formulazione per transfert s'intende quindi un modo di relazione particolare e specifico che il paziente sviluppa con il proprio analista, in particolare il trasferimento sulla persona dell'analista delle rappresentazioni inconsce del paziente. Nel transfert il paziente rivive tutto ciò che è stato e ciò che avrebbe desiderato nelle relazioni della propria infanzia.

Il transfert è così il nucleo del rapporto psicoanalitico: solo una continua analisi della traslazione salvaguarda il rapporto terapeutico da improvvise e insormontabili resistenze; tutti gli impulsi e le loro emozioni risvegliate nel corso dell'analisi devono essere riportati alla coscienza.

Nella terapia analitica freudiana sono sostanzialmente due i fattori di base della traslazione, che esercitano una particolare predisposizione a relazioni oggettuali e interpersonali tutte vissute sul piano dell'immaginario e non del reale: le situazioni relazionali della prima infanzia e le insoddisfazioni istintuali. Quindi la parte essenziale del lavoro terapeutico consiste nel ricercare all'interno del transfert nuove condizioni di vecchi conflitti dove il paziente vorrebbe comportarsi come sempre, ad esempio riproducendo con il terapeuta gli stessi tipi di rapporto o di sintomi che egli manifestava nei confronti delle figure genitoriali, richieste di dipendenza, attacchi affettivi, fughe dalla relazione, ecc.; mentre l'analisi del terapeuta di questi fenomeni in termini di proiezioni transferali ferma la coazione a ripetere e portano il paziente a trovare nuove modalità di risposta. L'investimento emotivo del paziente (libido) è concentrata sul transfert e sulla relazione con il terapeuta, per cui è inevitabile che i suoi sintomi perdano d'intensità.

La possibilità di sviluppare il transfert era limitata per Freud al paziente nevrotico, mentre quello psicotico, che manifestava una rinuncia alle cariche oggettuali, si ritirava nella primitiva condizione di narcisismo. Tuttavia questa possibilità viene estesa anche a pazienti psicotici da Searles (1968), che parla di psicosi da traslazione, qualora il terapeuta sia capace di adempiere tre funzioni:

- - il terapeuta deve funzionare come una parte del paziente e permettere a lui di essere, a livello profondo, una parte di lui terapeuta;
- - deve promuovere l'individuazione del paziente;
- - deve far riconoscere al paziente le sue manifestazioni di transfert che, a questo punto, riguarderanno l'oggetto intero.

Un'evoluzione simile ha riguardato anche il concetto di controtransfert che nelle prime formulazioni psicoanalitiche era considerato un ostacolo alla terapia, in quanto espressione di conflitti inconsci irrisolti del terapeuta che venivano proiettati nella terapia. In questa fase veniva inteso come l'insieme delle sensazioni e degli atteggiamenti del terapeuta verso il paziente.

Successivamente, con il lavoro di Searles (cit.) e Kernberg (1965), si è giunti ad una definizione più ampia di controtransfert, inteso come il complesso delle reazioni emotive al paziente. Del resto già Jung (1929), partendo dal concetto per cui il trattamento analitico è innanzi tutto una relazione, ritiene il controtransfert non solo ineliminabile, ma addirittura indispensabile per la terapia come strumento di conoscenza e di partecipazione.

In questo senso può essere utile ad avere una maggiore comprensione del paziente. Kernberg (cit.) aggiunge che questa concezione allargata del controtransfert "fa giustizia ad una visione della situazione analitica come di un processo interattivo nel quale passato e presente di entrambi i partecipanti, così come le loro reazioni al passato e al presente, si fondono in un'unica posizione e motiva che li congiunge entrambi".

In pratica si possono individuare due posizioni rispetto alle reazioni di contro transfert all'interno del modello psicoanalitico: l'approccio «classico» che vede il controtransfert come un ostacolo all'efficacia del terapeuta; l'approccio «allargato» che lo vede come una risorsa nella comprensione del paziente.

La differenza tra i due approcci non è puramente storica, ma riflette anche il tipo di pazienti coinvolti. Il terapeuta che cerca di limitare al massimo il proprio controtransfert tende a presentarsi come schermo bianco per le proiezioni di pazienti, che, inevitabilmente, presentano un Io sviluppato. Il lavoro sul controtransfert è inevitabile con pazienti più disturbati, non ancora in grado di formare proiezioni su un oggetto intero.

Robbins (1986) rileva come il creare una rappresentazione artistica del paziente sia un modo per analizzare il proprio controtransfert, scoprendo le reazioni inconsce al paziente e chiarendo quelle consce.

Nel momento in cui il terapeuta si sente imprigionato nel gioco delle dinamiche transferali/controtransferali, è utile per lui rappresentare, con la tecnica preferita, l'immagine del paziente lasciando che nel processo creativo questa possa modificarsi sotto lo stimolo delle emozioni inconsce del terapeuta. Questi si pone in una situazione in cui non resiste agli stimoli dell'inconscio, non tenta di ordinare le cose, né di lavorare in base ad un pensiero razionale. Egli si concentra esclusivamente nella relazione, come se nulla potesse esistere fuori di essa. La produzione artistica apre le porte al mondo interno che viene espresso grazie ad immagini e sensazioni più che con la comunicazione verbale. Proprio questo è il terreno su cui si determinano le

dinamiche transferali. Naturalmente questo discorso non è legato a una forma specifica di espressione artistica, ma è proprio dell'uso dell'immagine in se stessa. Pertanto non è certo solo con il dipingere che si può elaborare il proprio controtransfert, ma anche danzando o rappresentando, il proprio vissuto interiore riferito alle emozioni evocate dall'incontro con un paziente. Fuori del contesto clinico, è nella vita di molti artisti un'esperienza comune di lavorare con le immagini che gli sono proprie per elaborare una particolare emozione, piacevole o luttuosa, legata all'incontro con un'altra persona significativa. Una descrizione di questo processo e un'applicazione al lavoro di arte terapia è presente nel capitolo di Sartirana sulla supervisione.

Transfert e controtransfert nei gruppi

Analizziamo ora gli aspetti specifici legati al transfert e al controtransfert in una situazione di gruppo.

Un gruppo di arte terapia, per certi aspetti, può essere considerato come qualsiasi gruppo di terapia, per altri contiene delle peculiarità, come quelle di utilizzare come medium nella relazione tra i partecipanti una forma artistica. In quanto gruppo di psicoterapia esso presenta certamente delle dinamiche di transfert e controtransfert analoghe a gruppi più tradizionali; mentre grazie alla connotazione espressiva, deve affrontare la questione dell'oggettivazione delle dinamiche di relazione (comprese quelle transferali) in oggetti/forme concrete che rispondono ad un linguaggio diverso da quello verbale.

Nello specifico possiamo considerare forme diverse delle dinamiche di transfert:

a) **Transfert sull'oggetto.** In questo caso, direi tipico dei gruppi di arte terapia, il complesso di emozioni, sentimenti, parti del mondo interno, viene proiettato più sull'oggetto creato, che sulla figura umana (terapeuta o paziente). Tale situazione è particolarmente evidente nelle arti figurative, quando per il partecipante un'immagine acquista un particolare significato e come conseguenza, si determina un'attenzione particolare volta alla sua conservazione, al desiderio di portarla via. Questo non necessariamente ristretto al proprio lavoro, anzi anche quello di un altro può essere facilmente caricato di aspettative e proiezioni, a diventare un'immagine di estrema importanza per il soggetto, fino al punto di spingerlo ad un cambiamento di stile. Come osserva Giordano (1999), è importante il lavoro di presa in cura dei disegni, delle sculture, il loro raccogliarli, rivederli, conservarli, come un modo per caricare di affettività anche ciò che prima non lo era. Del resto questi fenomeni assumono una

forma particolare anche in quelle attività in cui l'oggetto non è il fine, ma il mezzo del processo, ad esempio gli strumenti per musicoterapia, il corpo per la comunicazione non verbale, i costumi per il teatro. Non è raro che nel corso di un'attività di musicoterapia, gli strumenti prima ignorati o indifferenziati acquistino una precisa risonanza emotiva per il paziente, non come simboli, ma come oggetti che permettono una comunicazione e si differenziano, per cui avranno un significato diverso per ogni paziente, anche in relazione alla sua storia personale e al suo temperamento.

Certamente tale processo è valido anche sotto la forma del controtransfert, con cui un conduttore carica di particolari significati e valori la produzione di un paziente o di un altro conduttore. Esempi in questo senso possono essere le produzioni verbali di un paziente che si esprimeva attraverso un linguaggio sconnesso nella fase della costruzione della storia di un gruppo di arte terapia. Il suo linguaggio veniva preso come una funzione oracolare da parte dei conduttori, che attribuivano a lui il ruolo di interpretare lo spirito analogico del gruppo. In altri casi la produzione di un paziente viene considerata come l'aspetto emblematico, il «manifesto» della produzione del gruppo in un determinato momento. Le immagini che vengono da lui prodotte sono spesso commentate da altri pazienti, imitate, in qualche modo diventano una metafora di quel momento del gruppo. Gli altri partecipanti proiettano su di queste le loro aspettative, le loro paure e le loro fantasie, indipendentemente dal valore estetico dell'immagine, che non è necessariamente l'immagine più bella o riuscita di quel paziente o di quel gruppo. Anche gli operatori agiscono, come tutti, un transfert sull'oggetto, tant'è vero che una particolare immagine può acquistare un significato dominante anche per lungo tempo.

b) **Transfert «sovrapposto»**. Un paziente, riferendosi ad un disegno rappresentante un mostro, fatto da un'operatrice, disse: «Tu hai disegnato un mostro, quindi sei un mostro, perché il disegno è la realtà». Questo paziente dà un'eccessiva importanza al rapporto tra il mondo interno e la sua rappresentazione. In altre parole, se qualcuno dipinge una cosa, è perché quella cosa esiste realmente in lui. Quindi vi è un problema di accettare le difficoltà di astrarre e di organizzare la realtà tra i segni e simboli. Qui un simbolo è visto come segno (indica direttamente una presenza). Tuttavia vi è anche una dinamica transferale in cui i due piani del transfert, sull'oggetto quadro e sul soggetto terapeuta, vengono sovrapposti.

La paura di essere invaso da un mondo interno ricco e minaccioso, il femminile come possibile mostro divorante vengono riconosciute in quell'oggetto «di mezzo» che è

dato dall'immagine prodotta da quella reale dell'operatrice (donna affascinante ed artista ricca di immagini).

Un altro paziente commentando i movimenti di un'altra conduttrice in comunicazione non verbale disse: "E' una bufera, un colpo di vento.. è proprio lei". In questo caso, solo apparentemente simile al primo, l'aspetto transferale è più chiaro. L'oggetto «di mezzo» permette al paziente di esprimere il suo vissuto transferale della psicologa che effettivamente agisce, nel gruppo ed in particolare verso di lui, come una «bufera», con repentini ed improvvisi cambiamenti di tono di voce, accelerazioni anche corporee, tese a frastornare e a scuotere alcune stereotipie di comportamento di A, che a sua volta è disorientato ma percepisce positivamente l'attenzione verso di sé.

Specificità di Transfert e Controtransfert nelle Artiterapie

La differenza centrale rispetto ad una terapia tradizionale è che il transfert viene costantemente agito nelle produzioni di immagini, dove, è utile ricordarlo, l'immagine può anche essere indifferentemente anche un suono, o un gesto. Le differenze maggiori e i problemi principali riguardano due aspetti:

- l'analisi del transfert
- l'agito del controtransfert.

Il transfert può essere analizzato, anche nelle arti terapie, in due modi: attraverso una riflessione verbale sulle dinamiche presenti nella seduta e sulle immagini prodotte nel corso di questa, oppure attraverso la produzione di un'immagine di risposta del terapeuta.

Il transfert del paziente può essere agito in modo tradizionale con attacchi alla conduzione, sfida delle regole, assenze. ecc... ma queste situazioni rientrano in qualsiasi dinamica transferale e non costituiscono uno specifico delle arti terapie; mentre è specifica la modalità di risposta del terapeuta, che può utilizzare non solo le parole, ma anche i medium non verbali tipici di quell'arteterapia per esplicitare i contenuti del transfert. Di fronte a una fuga del paziente durante una seduta, posso appendere un foglio bianco sul mio disegno, fare delle frasi musicali con interruzioni o altro ancora. Oppure il transfert del paziente può manifestarsi attraverso la produzione di immagini. In realtà più che agire, in questo caso si «esteriorizza» il transfert, lo si concretizza. Il punto centrale riguarda la possibilità di lavorarci sopra. Per una

tradizionale analisi del transfert occorre, infatti, che il terapeuta non partecipi all'attività di produzione.

Qualora il terapeuta lavori in seduta, ciò che viene prodotto è l'esteriorizzazione del controtransfert del terapeuta. Possiamo, infatti, ritenere che le arti terapie in cui il terapeuta è coinvolto nella produzione sono caratterizzate dall'uso del controtransfert come strumento terapeutico. Rispetto alle terapie verbali, non è tanto la riflessione sul terapeuta, quanto l'agito controtransferale che incide sulle dinamiche patologiche. Sia ben chiaro che diverso è il terapeuta che coscientemente produce un disegno, un suono o svolge un movimento che, nelle sue intenzioni, «traduce», interpreta ciò che il singolo paziente (o il gruppo) rimanda, diverso è il terapeuta che accoglie dentro di sé il clima emotivo della seduta e «inconsciamente» si fa portare a produrre un'immagine del transfert o esteriorizza il controtransfert.

Entrambi i lavori sono possibili e utili. La differenza non è legata al tipo di tecnica ma al metodo. Certamente un metodo psicoanalitico tende a privilegiare un'analisi del transfert senza il coinvolgimento diretto del terapeuta, mentre un approccio fenomenologico/immaginale usa con maggior disinvoltura il controtransfert, che altro non è che l'esteriorizzazione del mondo interno del terapeuta legato a quel preciso luogo e momento. Del resto in un orizzonte in cui i riferimenti sono la funzione unificatrice dei simboli e la costruzione di un mondo comune di esperienza, il vissuto del terapeuta tende a non essere dotato di un senso privilegiato, in quanto non detiene la chiave del significato delle immagini. Chiaramente, come del resto è già stato ricordato, esistono delle correlazioni tra un metodo di lavoro e una determinata patologia, dove un metodo interpretativo è particolarmente efficace in pazienti con un lo strutturato, mentre quello fenomenologico immaginale, con pazienti psicotici.

Perché allora l'esteriorizzazione del mondo interno del terapeuta può essere più efficace con pazienti psicotici?

Probabilmente perché avviene ad un livello pre-linguistico comune. Nel mio tradurre in immagini il mio controtransfert uso parti arcaiche, simboli comuni in cui il paziente può riconoscersi e cogliere con stupore una somiglianza con il terapeuta: «Questo non sembra il disegno di un dottore». Altrettanto accade quando, in una seduta di musicoterapia, il conduttore si lascia andare a produrre un ritmo «sconclusionato e frammentato», così come frequentemente avviene nelle situazioni di drammaterapia in cui il conduttore partecipa coinvolgendosi in ruoli strani, o semplicemente giocando un

ruolo con molta partecipazione. In questi momenti si può vedere l'espressione colpita, stupita di un paziente come non si verifica nella più riuscita delle osservazioni verbali. Del resto non è per niente casuale che alcuni pazienti non reggano le sedute verbali (dove inevitabilmente è il transfert ad essere lo strumento) mentre partecipano con assiduità a gruppi di arte terapia centrati sull'utilizzo sistematico dell'esplicitazione del controtransfert. Inoltre il controtransfert, proprio perché non cosciente, è imprevedibile e pertanto può cogliere quegli aspetti innovativi del comportamento o del mondo emotivo del paziente, evitando di dare risposte prevedibili e simili a se stesse, rinforzando, di fatto, la stereotipia e la ripetitività delle relazioni che lo psicotico costruisce attorno a sé. Questo non toglie importanza al lavoro sul transfert che però deve essere svolto fuori dalle sedute in momenti di supervisione/riflessione degli operatori, che li rende consapevoli del percorso e permette di fissare alcuni punti di riferimento utili nel momento in cui dovranno navigare senza bussola nel mare oscuro delle loro immagini interne. In particolari situazioni, si può anche lavorare sull'esplicitazione del controtransfert in seduta individuale, per cui io rimando al paziente, come risposta al suo lavoro, un mio lavoro che riproduca le emozioni da me provate in seduta. Ad esempio a un paziente che disegnava il suo stato d'animo buono o cattivo con due masse di colore diverso, mi è capitato di rispondere con un disegno in cui disegnavo i vari stati emotivi che avevo provato in seduta, restituendo un'immagine meno rigida e più sfumata della relazione. Questo tipo di lavoro è estremamente difficile e pericoloso, in quanto richiede un terapeuta con una grande fiducia nella capacità di produrre immagini interiori autentiche, ma anche libere da eccessive conflittualità personali e non legate al contesto terapeutico. Un ulteriore aspetto importante è la formazione di transfert laterali, accanto a quello, che può essere prioritario, verso il terapeuta. Nei transfert laterali una parte delle proiezioni di parti mancanti di sé vengono rivolte verso gli altri partecipanti rendendo meno pesante da vivere e gestire il rapporto con il terapeuta che, in alcuni casi, può anche essere quello impegnato in una relazione terapeutica individuale con il paziente. Inoltre va considerato che un aspetto specifico delle arti terapie di gruppo è l'uso di lo ausiliari sui quali si concentrano molte delle proiezioni laterali dei pazienti, che vedono in queste figure quasi dei fratelli più bravi o più fortunati.

Un ulteriore aspetto positivo della presenza di transfert laterali è la vicinanza e la solidarietà verso i pazienti che soffrono e agiscono con comportamenti distruttivi e di confusione apparentemente inaccettabili e che invece vengono ben compresi e

tollerati da persone che in essi rivedono momenti dolorosi e mai dimenticati del loro passato. L'alleanza terapeutica nel gruppo trattiene i partecipanti in un progetto comune di cura. Molte volte è capitato a un paziente che sentiva insostenibile restare in gruppo di uscire per poi rientrare spontaneamente, rendendosi conto che gli altri stavano ed erano stati male come lui e che se restavano nel gruppo è perché «ci credevano». Il legame non era con i terapeuti che possono essere visti come figure minacciose e/o persecutorie, ma con i pazienti, con il gruppo come totalità, luogo dove poter sperimentare un essere nel mondo come essere con il mondo.

Questo è il risultato di quel processo che abbiamo chiamato «costruzione di un mondo comune » dove, con la parola di Eraclito, "ognuno sogna lo stesso sogno". Tale mondo è uno spazio intermedio, di confine, dove operano le arti terapie e che raccoglie il paziente da una condizione di estrema frammentazione, per portarlo alla possibilità di essere un'unità che riconosce altre unità.

In conclusione vorrei accennare a un problema per noi tuttora aperto, in altre parole se esistono specifici contenuti transferali nelle arti terapie. Normalmente nelle psicoterapie il terapeuta viene investito da proiezioni paterne che riguardano però la sfera del sapere, dell'essere saggio o equilibrato. Probabilmente nelle arti terapie queste riguardano maggiormente la sfera del fare, dell'essere capace, creativo, anche quando poi il terapeuta non lo è particolarmente. Nell'evidenziare le abilità del terapeuta, denigrando le proprie, vi è probabilmente un nucleo depressivo che riaffiora attraverso il transfert specifico delle arti terapie. Faccio riferimento a una situazione del tipo "Mia mamma era brava, ma io non sono mai stata alla sua altezza e lo ho solo causato delusioni", anche quando la realtà storica di quella paziente non è così. Tuttavia questo è un campo ampiamente da esplorare.