

LA FOLLIA DEL TERAPEUTA: IL CONTROTRANSFERT NELLA PSICOTERAPIA DELLA GESTALT E NELLA BODY-PSYCHOTHERAPY

Estratto da: "Qui e Ora". Rivista di Gestalt

di Sergio Mazzei

Per quanto sia Fritz Perls che diversi autorevoli gestaltisti contemporanei (Polster, Zinker, Simkin) abbiano negato del tutto o in parte l'esistenza stessa del transfert e del controtransfert, sottolineando principalmente il valore del vissuto e dei sentimenti attuali, la gran parte dei terapeuti della Gestalt attualmente dissente da questa posizione sostenendo che è divenuto sempre più evidente che tali fenomeni emergono regolarmente durante il lavoro psicoterapeutico. Naturalmente l'enfasi nella terapia della Gestalt rimane sempre sulla relazione basata sul contatto e sulla focalizzazione fenomenologica piuttosto che su una relazione, di tipo psicoanalitico, basata sul transfert e sull'interpretazione. La terapia della Gestalt ha una natura così tanto creativa e spontanea che ovviamente mal si adatta a quell'atteggiamento tipico della psicoanalisi di "benevola neutralità" e di freddo distacco (fatta eccezione per alcuni autori come Ferenczi, Winnicott, Horney, Jung,) a cui oppone piuttosto atteggiamenti di maggiore coinvolgimento.

Mentre nella maggior parte delle scuole psicoanalitiche è regola assoluta di non esprimere il controtransfert (considerato un "movimento parassita" che se espresso diviene un acting-out) o perlomeno di ridurlo al minimo la sua manifestazione (per Lacan l'analista dev'essere come il "morto" nel gioco del bridge), al contrario nella Gestalt il terapeuta si autorizza ad atteggiamenti ben più aperti e spontanei. I limiti di tale apertura e spontaneità dipendono dal personale giudizio del terapeuta, infatti se vi sono dei terapeuti che non esprimono mai o quasi mai il proprio controtransfert, altri invece, all'estremo opposto, lo esprimono in continuazione. La maggior parte ha una posizione intermedia e più sfumata che valuta "il se e il come" sulla base delle diverse situazioni che si possono presentare e comunque sempre nell'interesse del paziente piuttosto che per evitare l'accumulo di emozioni personali. S. Ginger, tra i tanti, mantiene questa posizione "... è ovvio che, se io mi autorizzo a far parte ad un cliente del mio vissuto controtransferale in senso lato, ciò è valido soltanto nel suo interesse. Non è certo per il piacere di raccontargli tutto ciò che sento e tutta la mia vita".

G. Yontef sostiene che affinché una terapia possa risultare efficace il terapeuta dev'essere in grado di riflettere accuratamente la consapevolezza del paziente, di fare delle osservazioni incontaminate e di avere una chiara prospettiva dei passi successivi che il paziente deve affrontare.

Il controtransfert va distinto dal transfert del terapeuta che è dato dal movimento inconscio e spontaneo del terapeuta verso il cliente. Per controtransfert attualmente si intende l'insieme delle emozioni (che non provengono necessariamente tutte dal passato) che il terapeuta prova nei confronti del paziente.

In ogni terapeuta sono presenti aspetti negativi (sottoparti psicotiche, costellazioni narcisistiche, ecc.) che influiscono inconsciamente sul campo terapeutico. Anche nel migliore dei casi questo è inevitabile ed è necessario accettarne la presenza anche se tale idea tocca la nostra parte narcisistica che non ama accettarla e che tende a scaricare i problemi solo sui pazienti. Non è realistico credere di poter eliminare del tutto questa parte negativa, ma, essendone consapevoli, si può comunque constatarne gli effetti ed eventualmente correggerli. Questo contributo negativo può modificarsi nel corso della terapia e molto dipende dalle circostanze e dalle dinamiche. C'è molta fluttuazione e naturalmente ci sono molti modi in cui la parte negativa del terapeuta può essere stimolata dalla parte negativa del paziente e viceversa.

Ritengo sia utile riferire su alcuni tipi di controtransfert di cui parla George Downing nel suo corso di formazione in Body-psychotherapy. Molti di questi tipi di controtransfert si riferiscono alla teoria delle relazioni oggettuali ed altri provengono dalle sue osservazioni in molti anni di ricerca nei gruppi che ha condotto.

Downing parla di dieci tipi di controtransfert. Nei primi tre tipi c'è poco che proviene dalla personalità del terapeuta, mentre dal quarto all'ultimo c'è un forte contributo del suo passato.

1) Reazione umana normale

Per esempio quando il paziente ha un cattivo odore, oppure è un violento o è un ladro, ecc., in questi casi è assolutamente normale reagire in qualche modo. Un gestaltista, se un paziente puzza, può benissimo dichiarare il proprio fastidio o se il paziente è un violento può dichiarare la sua paura di essere aggredito o la sua diffidenza o la sua voglia di picchiarlo.

2) Proiezione interazionale

Ne parla Robert Langs, e si riferisce al concetto di Otto Kernberg di "unità Sé-oggetto". Le unità Sé-oggetto derivano dalle relazioni interiorizzate del passato con altre persone. Esse per Kernberg "sono rappresentazioni diadiche o bipolari (immagini del Sé e dell'oggetto) come riflessi dell'originario rapporto infante-madre e il suo successivo sviluppo in relazioni interpersonali interne ed esterne, diadiche, triangolari e multiple". Il senso è che nell'esperienza del paziente emergono delle unità di immagine del Sé e dell'oggetto in un particolare contesto affettivo del passato che sono "determinanti primarie delle strutture complessive della mente (Es, Io, Super-Io)". Per

Kernberg nell'inconscio del paziente ci sono molte di queste unità di relazione con gli oggetti, cioè vecchi modelli di relazione, ovvero "atmosfere emozionali" non integrate. Alcune di queste possono emergere nell'esperienza del terapeuta sotto forma di sentimenti o tendenze comportamentali, e più il paziente è disturbato e più è probabile che questo capiti. Nel vissuto del terapeuta, che magari può non comprendere ciò che sta accadendo, può emergere l'esperienza di sentimenti che appartengono o al lato del "Sé" o al lato dell'"oggetto" del paziente. Se per esempio il terapeuta fa un errore non abituale, fuori del suo ordinario, come essere troppo duro, allora il paziente può reagire con la sua vecchia unità Sé-oggetto. Naturalmente in questo caso il terapeuta deve stare attento e correggere la cornice e il proprio comportamento.

3) Passare la palla

Ciò accade quando il paziente ha una difesa particolare (per esempio incrocia i piedi), e all'improvviso smette di usarla e al posto suo incomincia ad usarla il terapeuta (che incrocia i piedi).

4) Reazione ad un fantasma

Molti dei seguenti tipi di controtransfert possono sovrapporsi l'un l'altro.

Qui c'è la reazione ad una persona che il paziente evoca (padre, nonno, ecc.) e che risuona nel passato del terapeuta.

5) Reazione ad una situazione

Qui abbiamo la reazione ad una situazione presentata dal paziente che evoca una situazione della vita del terapeuta non risolta o problematica.

6) Reazione a un triangolo

Si tratta di una versione particolare della precedente: quando vi è una terza persona che influenza il controtransfert del terapeuta. Per esempio quando il paziente parla di qualcuno di cui il terapeuta è geloso. Naturalmente ciò può far fare degli errori.

7) Attaccamento al sintomo

Questo accade quando si è fortemente attratti da qualche sintomo che presenta il paziente: uso di droghe, strani comportamenti sessuali, ecc. Per esempio, avendo in terapia un paziente che magari vive avventure pericolose o sessualmente molto eccitanti e sentendosi affascinati da quel comportamento si potrebbe avere il desiderio di continuare a sentire ancora storie di quel genere e si potrebbe non essere abbastanza disposti ad accettare un eventuale cambiamento del paziente che volesse abbandonare questo stile di vita.

8) Paura della follia

E' centrale per ogni terapeuta. Se il terapeuta ed il paziente diventano molto intimi, può accadere che il terapeuta possa avere paura che la parte folle del paziente lo faccia impazzire. Si tratta di una paura irrazionale ed è tanto più forte quanto più il paziente è disturbato.

9) Regressione preferita

Quando il terapeuta ha la tendenza sotto stress a mettere in atto una sua tipica regressione, come ad esempio diventar irritabile o assonnato o assente, ecc. Ognuno ha la sua regressione preferita.

10) Dolce preferito

Si riferisce alla parte narcisistica del terapeuta. Ogni terapeuta ha diversi scopi: alcuni sono senz'altro buoni, ma ve ne sono sicuramente anche narcisistici. Ecco sei diversi tipi di scenari narcisistici:

a) Scenario di seduzione

E' una seduzione del tipo per cui il bisogno del terapeuta con alcuni pazienti è di creare un'atmosfera di eccitazione erotica maggiore di quanto non sia appropriato per la terapia. Quando questa è forzata è a causa dei bisogni nascosti del terapeuta. In questo modo il terapeuta si sente potente e amato e sente di aver valore nel mondo.

b) Scenario di essere premiato

Vi è uno scopo conscio o inconscio di essere premiato dal paziente, per esempio per le brillanti intuizioni, per la bravura, per la dedizione, ecc.

c) Scenario di attacco

Quando il terapeuta ha un bisogno sadico nascosto (e sfortunatamente la terapia è un campo eccellente per realizzare questo scopo). Si può chiamare confronto, provocazione, ecc. E' facile attaccare i pazienti nella situazione terapeutica.

d) Scenario di salvataggio

Il terapeuta ha bisogno di avere un'immagine di sé come di un grande salvatore, "un cavaliere sul cavallo bianco", ecc.

e) Scenario del "riempi il mio vuoto"

Si usa la terapia per riempire il proprio vuoto: "dovresti venire con più emozioni, con maggiore eccitazione". Ciò accade perché il terapeuta ha bisogno di questo per nutrirsi. Nella forma più estrema il terapeuta è un vampiro.

f) Scenario del guru.

E' il bisogno narcisistico del terapeuta di essere visto come un maestro.

Questi sono solo alcuni tipi di bisogni narcisistici del terapeuta in terapia. Naturalmente non è realistico pensare di potersi liberare di tutti i bisogni narcisistici. L'idea non è di diventare un santo, ma di arrivare a conoscere molto bene questi bisogni per poter scoprire da quali situazioni del

passato provengono e in che misura sono presenti allo stato attuale e per poterli eliminare dalla terapia o almeno fare in modo che invadano il meno possibile il lavoro terapeutico non lasciandoli totalmente fuori dalla propria consapevolezza.

Oltre che alla necessità di una periodica supervisione Downing dà dei suggerimenti per poter meglio gestire il proprio controtransfert.

Prima della seduta (infatti il controtransfert inizia prima della seduta), è necessario osservare se stessi per notare ciò che accade, ciò che si sta sperimentando. Questo è per avere una base, così che dopo, durante la sessione, si possa meglio sentire la differenza. Durante la seduta bisogna cercare di avere un occhio sul paziente e un altro su di sé, a tutti i livelli della consapevolezza (sensazioni, pensieri, immagini, sentimenti, impulsi, ecc.). Non ci si deve permettere in generale di agire i propri impulsi (a meno che non lo si ritenga terapeuticamente utile), ma bisogna solo notarli. Inoltre, e questo è molto importante, quando entro di sé vi è un qualche tipo di reazione, bisogna permettere che questo accada. Probabilmente molti terapeuti cercano di evitare questa esperienza e non se la permettono. E' necessario invece lasciar sviluppare tali reazioni senza né bloccarle né agirle. Il passo successivo è di tipo cognitivo. Si cerca di ordinare interiormente la reazione per capire in che misura questa provenga dal paziente o dal terapeuta. Anche se non si può sempre fare questo lavoro, poiché magari alle volte non si è in grado di comprendere con chiarezza ciò che sta accadendo, si deve comunque accettare l'esperienza e si possono formulare delle ipotesi. Se la reazione proviene dal paziente le domande sono: "Cosa può rappresentare questo tipo di reazione nel passato del paziente? Di che tipo di unità Sé-oggetto si tratta? Nel controtransfert queste cose appartengono al lato del Sé o dell'oggetto?". Si raccolgono informazioni e le si immagazzina. Secondo Downing forse questo è sufficiente e la maggior parte delle volte non è necessario far di più. Un'altra possibilità è di parlarne, ma facendolo ci si deve chiedere se il paziente è in grado di ascoltare queste comunicazioni. Lo spaventerebbero? Sarebbe troppo intrusivo? Quanta fiducia vi è tra paziente e terapeuta? Quanto è abituato il paziente ad entrare in questo livello di consapevolezza? Il paradosso è che i pazienti molto disturbati (psicotici) possono ascoltare di tutto senza esserne scioccati o spaventati perché hanno dentro di sé immagini strane senza fine. Per la maggior parte dei pazienti sarebbe comunque forse troppo. Inoltre, se se ne parla, come farlo? Si dice tutto o solo una parte? Per esempio se il terapeuta ha dei sentimenti o delle immagini violente o sessuali le si possono esprimere o addirittura agire? Naturalmente la decisione è al giudizio del terapeuta e mi sembra a questo punto opportuno ricordare che, come dice Ginger "la deontologia che conduce all'autenticità non conduce all'obbligo di dire tutto. Il terapeuta rimane parzialmente a "tenuta stagna".

Secondo J.M. Robine "Agire i propri sentimenti o verbalizzarli costituisce, dunque, una scelta fatta dal terapeuta, seduta per seduta, ma anche in funzione dello specifico momento in cui si trova nel quadro dinamico della cura".

Per G. Masquelier "L'espressione del controtransfert, discreta in alcuni, amplificata da altri, agita o parlata, emozionale o descrittiva, testimonia l'esistenza di momenti differenti nella terapia, ma anche di tendenze differenti tra i terapeuti. Questi diversi stili hanno probabilmente più a che vedere con il transfert del terapeuta che con il suo controtransfert, in quanto testimoniano l'esistere di tendenze e bisogni che gli sono propri. In tal modo vediamo che un dato terapeuta ama spostare e toccare, un altro esprime la propria tenerezza e anima il gruppo in maniera da creare relazioni calorose, un altro ancora non ama esprimere la propria aggressività e verbalizza soltanto gli elementi positivi, e così via. In tutto ciò possiamo ritrovare delle costanti di personalità,

individuabili da parte dei clienti e capaci di influenzare, eventualmente, anche la loro scelta del terapeuta".

Personalmente credo che l'espressione del controtransfert, e in modo particolare di quello negativo o comunque "forte", debba basarsi su di una solida diagnosi che tenga ben presente la forza dell'Io, i sintomi e le difese del paziente; e ciò prevede che il terapeuta abbia una buona conoscenza della psicopatologia.

Per Downing nel caso si decidesse di esprimere il proprio controtransfert, dopo che lo si comunica (tutto o solo in parte) si può dire al paziente che forse queste emozioni provengono da noi stessi ma che potrebbero anche avere una qualche rilevanza per lui. Il passo successivo è osservare la reazione del paziente alla comunicazione. Parlandone si deve valutare se è necessario sostenere il paziente, specie se questi non è abituato: "Dico questo perché forse sto prendendo qualcosa da te, o forse no ... forse nella tua infanzia hai avuto sentimenti di questo tipo?"

Quando ci si trova con pazienti psicotici magari può accadere che questi ti leggano dentro. In questo caso va bene ammetterlo. Non si deve parlare della propria vita personale, ma solo dire che qualcosa del genere sta accadendo. Si può parlare un po' della propria esperienza, ma solo con estrema cautela.

L'espressione del controtransfert è sicuramente una delle innovazioni più originali della terapia della Gestalt e la "non neutralità" è ciò che la caratterizza principalmente. La deliberata manifestazione della propria personalità permette un coinvolgimento autentico ed umano, consapevole di sé ed accettante delle proprie limitazioni, essendo presenti nella propria qualità di persona all'interno della relazione io-tu. Lo scopo implicito è di risvegliare la consapevolezza del paziente affinché si renda conto del suo modo di entrare in rapporto con il proprio mondo e di come meglio può rispondere (respons-ability) ad esso.

Il "se, come e quanto" esprimersi deve comunque sempre essere valutato a beneficio del paziente. Per dirla con Ginger: "Io sono presente in quanto persona specifica, io stesso, qui ma non qui per me stesso!".

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

S. Ginger: "La Gestalt". Mediterranee, Roma, 1990

D. Juston-E. Giusti (a cura di): "La clinica del transfert". Ed. Kappa, Roma, 1991

O. Kernberg: "Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica". Boringhieri, Torino, 1980

H. Kohut: "Narcisismo e analisi del Sé". Boringhieri, Torino, 1984

R. Langs: "Follia e cura ". Bollati Boringhieri, Torino, 1988

S. Mazzei: "Principi teorici e pratici della Body Psychotherapy. Tra terapia della Gestalt e teoria delle relazioni oggettuali". Riv. "Qui e Ora" n° 1, Ed. Mazzei, Arcidosso, 1992

M. Neyraut: "Il Transfert". Astrolabio, Roma, 1975

E. Polster-M. Polster: "Terapia della Gestalt integrata". Giuffr , Milano, 1986

H.F. Searles: "Il paziente borderline". Bollati Boringhieri, Torino, 1988

G. Yontef: "Assimilating diagnostic and psychoanalytic perspectives into Gestalt therapy". Gestalt Journal, Volume XI, Number 1, Spring 1988

J. Zinker: "Creative process in Gestalt therapy". Vintage books, New York, 1977

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.