



L'elaborazione in gruppo del controtransfert

Tommaso Achille Polisenò

Nel suo interessante articolo la dott.ssa Maria Teresa Savio Hooke, Presidente della Società Psicoanalitica Australiana, ci ripropone quel particolare percorso della tecnica analitica che va dall'attenzione liberamente fluttuante alla *réverie*. Quest'ultimo concetto, nel corso degli anni ha assunto un valore sempre più pregnante per noi e attualmente è al centro di molte delle pratiche formative della nostra Scuola (Scuola Internazionale di Psicoterapia nel Setting Istituzionale – SIPSIS).

Trovo particolarmente interessante quando scrive: “...*L'analista così è stata spiazzata dal suo atteggiamento analitico e ha risposto alla pressione emotiva della paziente colludendo con il suo sistema difensivo ed evitando di entrare nell'area del suo disturbo.*

Questo è solo per darvi un esempio, sappiamo tutti in realtà che nei momenti più “caldi” della seduta potrebbe non essere possibile continuare a pensare, e che è solo alla fine della seduta che si riesce a riflettere su quello che è accaduto.”, la Hooke coglie qui un tema su cui da anni riflettiamo: come intervenire in soccorso del terapeuta quando non è *possibile continuare a pensare*? Personalmente credo che questo possa accadere tanto in seduta quanto fuori della seduta, nei momenti di riflessione e anche in supervisione.

Freud, nel 1915, ricorda come per primo Kant ha messo in guardia contro il duplice errore di trascurare il condizionamento soggettivo della nostra percezione e di identificare quest'ultima con il suo oggetto inconoscibile. Allo stesso modo della realtà fisica anche la realtà psichica non è necessariamente quale ci appare (Freud, 1915, p. 54)¹. Nella prospettiva freudiana, una delle maggiori difficoltà all'esplorazione e conoscenza del mondo interno del paziente è costituita dal controtransfert. Già nel 1912, nel lavoro “Consigli al medico nel trattamento analitico”, Freud suggerisce la necessità dell'analisi personale, visto lo “spessore” dei problemi controtransferali.

In questo articolo ribadisce che le rimozioni dell'analista determinano “macchie cieche” nella percezione analitica, per le difficoltà legate al passaggio delle percezioni inconsce alla coscienza, ma anche che l'inconscio dell'analista ha un ruolo indispensabile come strumento di comprensione del paziente. L'inconscio quindi assume il doppio valore di “strumento” che vede e “strumento” che rende ciechi. Freud, al fine di ampliare il contatto con le proprie percezioni inconsce, suggerisce di mantenere un atteggiamento di “libera attenzione fluttuante” del tutto analogo alle libere associazioni richieste al paziente. In tal modo le difese dell'analista diminuirebbero al fine di rendere possibile il contatto con sensazioni, fantasie e associazioni che in genere vengono rimosse, rimanendo così legate all'attività inconscia. “*Il medico deve rivolgere il proprio inconscio come un organo ricevente verso l'inconscio del malato che trasmette, deve disporsi rispetto all'analizzato come il ricevitore del telefono rispetto al microfono trasmittente*” (Freud, 1912, p. 536)²

Nei saggi teorici *L'inconscio* e *L'Io e l'Es*, l'inconscio viene descritto come una struttura estremamente mobile e in continua comunicazione non solo con le altre parti della struttura endopsichica ma anche con l'esterno. Freud dice: “*L'inconscio è vivo, capace di sviluppo [...] si lascia condizionare dalle vicende dell'esistenza che influenza costantemente il preconscious*”; più avanti afferma: “*è assai interessante che l'inconscio di una persona possa reagire all'inconscio di un'altra eludendo il conscio*”. (Freud, 1915, p. 75).

¹ S. Freud, 1915, *L'inconscio*. OSF, vol. VIII. Borighieri, Torino, 1974

² S. Freud 1912, *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*. OSF, vol. VI. Borighieri, Torino, 1974

L'inconscio quindi comunica, influenza e viene influenzato dall'inconscio dell'altro. Ad esempio, nei cenni più volte ricorrenti sulla spiegazione dei fenomeni di empatia e telepatia egli ipotizza una comunicazione tra inconsci che salta completamente i livelli di coscienza (Freud, 1921).³

Quando Freud, dopo molti anni, riprenderà il discorso sui fenomeni di controtransfert lo farà con accenti in parte diversi. In "Analisi terminabile e interminabile" (Freud, 1937)⁴, infatti, sottolinea che il continuo contatto col "rimosso" dei pazienti può costituire una sorta di fattore nocivo, quasi un rischio di malattia per l'analista. Inoltre Freud si rende conto sempre più chiaramente che gli analisti possono tendere ad utilizzare il proprio ruolo ed il potere che ne deriva per scopi difensivi inconsci. In tal modo essi "restano quello che sono" e riversano sugli altri le conseguenze e le prescrizioni dell'analisi. In questo saggio è evidente che il rapporto tra paziente ed analista si delinea con alcune significative differenze rispetto agli scritti precedenti. Laddove Freud teorizzava il controtransfert come una "macchia cieca" il rapporto col paziente si limitava ad evidenziare rimosioni preesistenti nella mente dell'analista. In "Analisi terminabile e interminabile", invece, l'inconscio del paziente può attivamente determinare modifiche, è capace di un "lavoro" che può trasformare anche profondamente la struttura mentale dell'analista, sia pure soltanto in termini distruttivi. Allora diviene sempre più difficile padroneggiare l'inconscio e mantenere quella posizione di osservatore neutrale che sarà sempre per Freud il riferimento ideale; per questo egli raccomanda di ripetere la propria analisi personale ogni cinque anni.⁵

Tralasciando per brevità l'enorme massa di lavori che si sono occupati del controtransfert, vorrei riprendere alcune riflessioni proprio a partire dal contributo originario di Freud. Nel trattamento dei pazienti gravi è facile verificare entrambe le osservazioni freudiane. La scotomizzazione sembra una delle difese principali del terapeuta e se ne può dedurre la forza dal grado di intellettualizzazione difensiva presente nella riflessione personale o durante una supervisione, tanto che a volte se ne può avere un riverbero nelle sedute, come anche è possibile osservare gli esiti del "lavoro" dell'inconscio del paziente sulla struttura mentale del terapeuta (a questo proposito va ricordato l'articolo di Winnicott *L'odio nel controtransfert*)⁶ quando compare una sorta di cronicizzazione dell'odio inconscio, animato dalla paura di essere portato alla follia dal paziente, attraverso l'abitudine a un freddo distacco o alla rigidità, come anche ad agire teorie personali e trasgressioni. Il tema di essere portati alla follia dal paziente, a mio avviso centrale sul piano inconscio, è ben illustrato nel seguente racconto di Borges.

Jorge Luis Borges scrive, nella raccolta *L'Aleph*, (Feltrinelli, 1974):

I due re e i due labirinti

Narrano gli uomini degni di fede (ma Allah sa di più) che nei tempi antichi ci fu un re delle isole di Babilonia che riunì i suoi architetti e i suoi maghi e comandò loro di costruire un labirinto tanto involuto e arduo che gli uomini prudenti non si avventuravano a entrarvi, e chi vi entrava si perdeva. Quella costruzione era uno scandalo, perché la confusione e la meraviglia sono operazioni proprie di Dio e non degli uomini. Passando il tempo, venne alla sua corte un re degli arabi, e il re di Babilonia (per burlarsi della semplicità del suo ospite) lo fece penetrare nel labirinto, dove vagò offeso e confuso fino al crepuscolo. Allora implorò il soccorso divino e trovò la porta. Le sue labbra non proferirono alcun lamento, ma disse al re di Babilonia ch'egli in Arabia aveva un labirinto migliore e che, a Dio piacendo, gliel'avrebbe fatto conoscere un giorno. Poi fece ritorno in Arabia, riunì i suoi capitani e guerrieri e devastò il regno di Babilonia con sì buona fortuna che rase al suolo i suoi castelli, sgominò i suoi uomini e fece prigioniero lo stesso re. Lo legò su un veloce cammello e lo portò nel deserto. Andarono tre giorni, e gli disse: "Oh, re del tempo e sostanza e cifra del secolo! In Babilonia mi volesti perdere in un labirinto di bronzo con molte scale, porte e muri; ora l'Onnipotente ha voluto ch'io ti mostrassi il mio dove non ci sono scale da salire, né porte da forzare, né faticosi corridoi da percorrere, né muri che ti vietano il passo."

Poi gli sciolse i legami e lo abbandonò in mezzo al deserto, dove quegli morì di fame e di sete. La gloria sia con Colui che non muore.

³ S. Freud, 1921, *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. OSF, vol. IX. Boringhieri, Torino, 1974

⁴ S. Freud, 1937, *Analisi terminabile e interminabile*. O.S.F., vol. XI, Boringhieri, Torino 1974.

⁵ Il Controtransfert. Saggi psicoanalitici a cura di C. Albarella, M. Donadio Liguori Editore 1986

⁶ D. W. Winnicott, *L'odio nel controtransfert*, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze 1975

I mondi inconsci dei due Re risultano afflitti l'uno da un assetto megalomane, l'altro dalla rabbia e dalla inazione onnipotente. Il primo con il suo *magniloquente* labirinto, l'altro con la rabbia devastatrice e la desertificazione.

Con i pazienti gravi siamo costretti a tentare il cambiamento della loro economia narcisistica, operazione molto difficile perché tale economia è ripiegata soprattutto sull'Io e non osa alcun rischio verso orizzonti lontani dalle sue basi, sempre timorosa di allontanarsi dal proprio centro e preoccupata di preservare un Io potenzialmente minacciato, eventualmente reso fragile dagli investimenti che deve spostare dalla sua organizzazione, se vuole acconsentire alle esigenze della libido d'oggetto. In questi pazienti è come se l'oggetto non fosse una fonte di arricchimento, ma comporti sempre una minaccia, che potrebbe rendere più vulnerabili. Uno stato d'allerta continuo, a sorvegliare i limiti dell'Io e le sue frontiere. In queste condizioni, l'analisi del transfert ha basi fragili, tanto quanto la possibilità che ha il soggetto di investire sull'oggetto, anzi a volte è inesistente. In questi casi l'indifferenza narcisistica è una maschera per proteggersi dalle richieste dell'oggetto, oppure, cosa più pericolosa, da se stessi. Qualora queste difese cedessero, si rivelerebbe il carattere imperioso e tirannico dei loro desideri inconsci (A. Green, p. 82)⁷.

La mente del terapeuta è gravemente impegnata da questo tipo di desideri inconsci del paziente, e ne percepisce il carattere violento e intrusivo. La funzione di *réverie* può risultarne danneggiata o stentare di fronte al bisogno di aiutare il paziente a mentalizzare i suoi stati interni. A volte la supervisione classica può coincidere con il desiderio inconscio del terapeuta di riparare in modo onnipotente quanto immagina di avere danneggiato nel paziente con i suoi errori.

Personalmente ritengo che nel lavoro con queste aree regredite, narcisistiche, del paziente e del terapeuta sia importante avere una maggiore considerazione della funzione del gruppo analiticamente condotto. La psicoterapia di gruppo consente lo sviluppo di un *apparato psichico gruppale* (Kaës, 2005)⁸, questo livello del funzionamento mentale, a mio avviso, è necessario ai processi di riparazione dei difetti di integrazione dei vari aspetti dello psichismo. In particolare qui, però, vorrei sottolineare che quanto accade nella mente dei pazienti, si ritrova in quella dei terapeuti. Winnicott parlava di questa ambiguità nel transfert dei suoi pazienti, quando gli capitava di non sapere più cosa proveniva da lui e quanto gli veniva attribuito. Winnicott ha cercato di descrivere fasi dello sviluppo primario, dove è molto difficile distinguere tra ciò che è dovuto alla madre e ciò che ha la sua origine nel bambino. In virtù della pervasività del transfert dei pazienti gravi, il terapeuta si trova a maneggiare difensivamente stati del proprio psichismo di disintegrazione. Se ne ha un riscontro spesso nell'analisi del controtransfert, ma ancora di più nella vita personale del terapeuta, che può riempirsi di agiti, di posizioni ideologiche, di semplificazioni riduttive, o di un generale impoverimento della capacità di *réverie*. Tali problematiche restano prevalentemente nascoste nella riflessione scientifica perché si *localizzano*⁹ nella rete delle relazioni personali del terapeuta. Dovremmo avere maggiore cura della mente dei terapeuti.

Queste considerazioni sostengono l'ipotesi che l'elaborazione in gruppo del controtransfert sia un valido strumento per quei terapeuti che hanno in carico pazienti gravi. La costruzione di un apparato psichico gruppale, condiviso dai terapeuti, può rivitalizzare i processi di riparazione narcisistica, prendendo a metafora le riparazioni delle pelle e le sue cicatrici. Anche se non si può riparare tutto, lo sviluppo di aree bloccate è, per certi versi, possibile. Freud ha descritto come primo funzionamento dell'essere umano quello autoerotico in cui le varie aree erotiche (orali, anali, falliche) funzionano autonomamente: il bambino in certi momenti è bocca, o meglio bocca-seno, in altri momenti è la pipì o le feci. Ci sono persone che non pervengono, nel momento giusto, all'integrazione delle diverse aree di funzionamento, quindi alla creazione di un Io unitario che sintetizzi tutto questo attraverso il narcisismo inteso come "seconda azione psichica". Freud, nel suo scritto sul narcisismo dice che, affinché nasca l'Io, è necessaria che una nuova azione psichica

⁷ A. Green, 2011. Illusioni e disillusioni del lavoro psicoanalitico. Raffaello Cortina Editore, Milano

⁸ R. Kaës, 2005. La trasmissione delle alleanze inconscie: organizzatori metapsichici e meta sociali. In: *Generi e generazioni*. Franco Angeli, Milano

⁹ S.H. Foulkes, 1948. Introduzione alla terapia gruppo analitica. EUR, Roma 1991

avvenga e integri queste differenti aree, pulsionalmente investite, autoerotiche. L'apparato psichico gruppale consente un processo analogo alla "seconda azione psichica" descritta da Freud, un processo costantemente ri-creativo del narcisismo dei terapeuti attraverso il lutto e la rinuncia alle soluzioni onnipotenti. Questo assetto di lavoro in gruppo dei terapeuti sul controtransfert, l'ho chiamato *équipe sognante* in virtù del fatto che il gruppo viene utilizzato come "schermo del sogno" attraverso le libere associazioni dei partecipanti che poco per volta ritessono la trama della *réverie* materna lacerata dai traumatismi delle relazioni con i pazienti più difficili. Tale assetto si raggiunge mediante la crescita di tre tipi di fiducia: la fiducia nel pensiero, la fiducia nel lavoro del sogno e la fiducia nel lavoro del gruppo. In sostanza un processo di sviluppo a partire dalla matrice protomentale del gruppo.

Ma questi concetti saranno oggetto di riflessioni future.