

Riunione del 31 marzo 2011

Dr Monteverde: Considerato che il tema di cui ci vogliamo occupare è quello del transfert propongo di parlarVi di un mio paziente che ha presentato recentemente un movimento transferale a mio avviso molto chiaro e molto significativo.

Dopo la laurea ed un master presso una Università straniera, frequentati entrambi con buon profitto, il paziente aspira ad inserirsi nell'azienda con funzioni di responsabilità soprattutto nell'aspetto della gestione delle risorse umane, con impegno particolare nelle situazioni relazionali dei dipendenti. Da tempo esita a decidere l'inizio del lavoro, non essendo particolarmente pressato da necessità economiche; ma soprattutto perché teme di non essere adeguato, di non essere all'altezza: sostiene che non ha sufficiente esperienza.

Poco tempo fa il paziente arriva contento, con un po' di anticipo e mi dice che finalmente ha iniziato il lavoro e mi racconta di una situazione relazionale tra due dipendenti che ha dovuto affrontare. Ribadisce la gioia per essersi deciso a cominciare il suo impegno lavorativo; ma è pieno di dubbi su ciò che ha fatto. Mi racconta la situazione affrontata nel lavoro e chiede un mio parere, ribadendo i suoi sentimenti di inadeguatezza e considerando come sia andato cambiando il suo stato d'animo dall'inizio della seduta. "E pensare che venendo ero così contento!" Ho pensato che il paziente stesse esternalizzando la parte ipercritica del Super-io e che in quel momento fosse utile spiegargli il movimento transferale, nella convinzione che tale attività superegoica dovesse essere presa in considerazione come freno al lavoro professionale del paziente stesso. Contemporaneamente ho ritenuto utile che il paziente si rendesse conto che mi attribuiva il ruolo di giudice ipercritico, severo, mai contento di ciò che lui faceva e che questo tipo di relazione con me gli impedisse di fare un buon lavoro di comprensione e di edificazione di se stesso.

Ricapitolando: il paziente era venuto in seduta pieno di speranza che io lo approvassi e lo apprezzassi, ma non avendo commentato l'aspetto del suo lavoro che aveva raccontato, ha avvertito che io potessi non esser d'accordo con lui, lo disapprovassi, lo giudicassi male ecc.

E' chiara l'attribuzione a me (attualizzazione) di parti ipercritiche, svalutanti, incontentabili del suo Super-io.

In questo caso ritengo utile interpretare il movimento del paziente, perché altrimenti sarebbe ipotizzabile che il paziente stesso si possa avvitare intorno a questa sua dolorosa e paralizzante problematica.

Dr.a Viganò: si può pensare che il paziente sia arrivato molto contento ed eccitato per quel che aveva fatto. Aveva in mente un dialogo di questa fatta tanto è vero che è arrivato prima. Questa

fantasia l'ha però preoccupato per cui si è "dirottato" sulla relazione più familiare con l'introietto. C'è qualcuno pertanto che lo può sgridare, il rappresentante di un introietto severo e punitivo che istituisce con lui un dialogo più familiare rispetto a quello con l'oggetto buono, dialogo molto desiderato ma poco conosciuto e frequentato e che costituisce per lui il vero problema.

Dott. Monteverde: Sì, avrei potuto evidenziare meglio il conflitto. Il paziente era probabilmente spaventato dall'idea di aver alzato troppo la cresta essendo troppo eccitato per il successo ottenuto. Voglio ora solo sottolineare come il transfert in questo caso induca il paziente a percepire una persona in modo distorto in base ai propri bisogni.

Dott. Coen: forse si potrebbe dire che nel transfert si manifesta con chiarezza sempre maggiore un conflitto che diventa sempre più attuale nella relazione terapeutica. Freud diceva che il conflitto si incista nella formazione sintomatica e si scioglie nella relazione transferale.

Nello sviluppo di questo paziente si è costituito, esattamente non sappiamo come e perché, ma non ha per noi grande importanza, un pattern, una sequenza strutturata in base alla quale lui crede che se si eccita, si esibisce, alza la cresta gli succede poi qualcosa di più o meno catastrofico.

E' plausibile pensare che sia stato fortemente condizionato da questa convinzione, tanto da non osare mai alzare la testa, per cui la convinzione stessa è rimasta nascosta, indovata nella sua psiche. In seguito al processo terapeutico il conflitto si rianima, esce dal letargo, riprende lena il desiderio di farsi vedere, di mostrare la sua bravura e le sue capacità e parimenti si ridesta la paura che se lo fa ne seguirà per lui qualcosa di catastrofico.

Dott. Monteverde: mi viene adesso in mente una associazione che il paziente ha fatto dopo che io sono intervenuto. Gli è venuto in mente di essere stata invitato da un amico polacco. La madre di questo rimpiangeva molto i tempi di Stalin quando c'era sì un dittatore però avevano il necessario e, quando uno si faceva i cavoli propri, non era disturbato. Adesso mi viene in mente che si stesse riferendo a questa latenza del conflitto cui tu adesso hai accennato.

Possiamo quindi pensare al transfert come alla riattivazione nel rapporto terapeutico, causata dallo stesso rapporto terapeutico e dal processo terapeutico, di desideri, bisogni, impulsi, conflitti, convinzioni etc. etc. che si sono formate nel corso dello sviluppo infantile e riappaiono nella relazione terapeutica assumendo come oggetto inappropriato la persona del terapeuta cui si attribuiscono funzioni che oggettivamente non gli competono.

Dott. Boyer: Tutto ciò è venuto fuori perché si è prodotto un conflitto, il paziente ha acquistato sicurezza e quindi ha preso maggior lena la sua voglia di riuscire, di avere successo. Però quest'uomo un oggetto persecutore interno lo ha sempre avuto e questo ha condizionato fortemente la sua vita inducendolo alla rinuncia a molti suoi desideri senza una manifesta espressione conflittuale. Probabilmente nel corso della sua vita lui ha frequentemente e diffusamente esternalizzato questo oggetto, ha cioè prodotto molti transfert di questo tipo nei confronti delle più varie persone. E' sempre esistito sotto traccia, è sempre persistito ed è stato per lui una fonte di sicurezza anche se ha pagato il prezzo di dover soffocare la realizzazione di molti suoi desideri nella realtà. Lui ha costantemente distorto la sua percezione degli oggetti reali sulla falsariga di questo suo atteggiamento interno. In questo, secondo me, consiste il transfert che non riguarda quindi solo la persona del terapeuta ma anche i personaggi esterni della sua vita.

Dott. Coen: Ma tutto ciò era fermo, bloccato, funzionale al mantenimento dell'omeostasi e della sicurezza.

A rischio di apparire libresco vorrei richiamare qui la vecchia distinzione tra transfert di carattere, inteso come la tendenza generale a ripetere vecchi stili di relazione nel corso della vita o modalità abituali di reazione alle altre persone che sono divenute parte del carattere del paziente, dal transfert vero e proprio che consisterebbe nella comparsa nel corso della terapia di sentimenti e di reazioni etc. che non sono apparenti all'inizio della terapia ma che emergono in conseguenza dell'evoluzione della terapia stessa, in conseguenza del processo terapeutico.

Ho una paziente di circa 30 anni che viene da pochi mesi. Il problema per cui è venuta in terapia è un sentimento di insoddisfazione per il suo lavoro, che è pure un lavoro discretamente dinamico e interessante, e per il suo fidanzato che non sa se tenere o lasciare per cui lo mantiene in stand-by. Riconosce che è molto solerte e affettuoso e accudente ma lamenta che è poco vivace e brillante, povero di interessi e di iniziative. Dopo poche sedute vengo io stesso coinvolto in questo pattern: la paziente è molto in dubbio se continuare la terapia, non sa se potrò aiutarla, si lamenta che io parlo poco anche se riconosce che mi do da fare. In sostanza mi sento rapidamente sistemato in stand-by. Secondo me questo è un esempio di transfert di carattere. L'idea che finora mi sono fatto è che questa ragazza abbia avuto un rapporto molto problematico con il padre, un fisico geniale e un po' originale, che si è separato dalla madre quando lei era molto piccola, ha mantenuto con lei un rapporto preferibilmente epistolare in cui le esprimeva il suo affetto utilizzando delle formule matematiche, si è risposato e ha adottato un bambino pretendendo che lei lo accettasse come fratello, il che lei si è ben guardata dal fare. Ora supponiamo che le cose evolvano bene e che la paziente sviluppi ad un certo punto un bel transfert affettuoso paterno nei miei confronti; può allora

succedere che lei in una seduta mi senta un po' assente e distratto e pensi che lei non mi soddisfa, che non è la mia dolce figlia prediletta e adorata, si arrabbi e rimetta in moto la sua difesa di rivolgimento dal passivo in attivo per proteggersi da questi dolorosi sentimenti. In questo caso avremmo secondo me un vero e proprio esempio di un meccanismo che si attiva a caldo, ad hoc e non è il solito stampino che ora lei utilizza in tutte le relazioni oggettuali in cui teme di essere coinvolta.

Non dimentichiamo che Sandler ha detto che il transfert non si limita alla presenza e all'espressione di fantasie, desideri, sentimenti, etc. verso il terapeuta ma comporta altresì il fatto di volerlo coinvolgere in specifiche relazioni di ruolo.

Ora la relazione di ruolo proposta dal paziente può essere quella rassicurante ma autolimitativa che descrive Mauro ma può anche essere una relazione di ruolo diversa, che il paziente ha sempre desiderato attualizzare e ha sempre temuto di farlo, l'ha tenuta nascosta in qualche angolino della sua psiche, si è affacciata in qualche sua timida fantasia e ora, favorita dalle particolari condizioni di sicurezza e di fiducia insite nella relazione terapeutica, osa farsi avanti, osa esprimersi con più determinazione e coraggio. Ora credo che Mauro abbia ragione di dire che si tratta di transfert in entrambi i casi.. Tuttavia è specificamente nel secondo caso che noi in quanto terapeuti veniamo fortemente coinvolti, ci accorgiamo che qualcosa di importante si sta modificando nella relazione terapeutica, che la abituale routine del trattamento viene più o meno bruscamente rotta e ci troviamo ad aver a che fare con quelle che Freud chiamava le resistenze di transfert sulle quali ci dobbiamo impegnare a lavorare per evitare che la terapia si blocchi, si produca un impasse. In genere sappiamo come queste fasi del lavoro terapeutico, se coronate da successo, sono particolarmente fruttuose e rivelatrici. E' in questi frangenti che siamo costretti a prendere molto sul serio il transfert e farne il fuoco della nostra attività, il che è del tutto diverso da una routinaria interpretazione in termini transferali che si esprime nella ben nota e deprecabile formula "e anche qui con me lei fa la stessa cosa o sente la stessa cosa, etc etc".

Dott. Boyer: Quindi il transfert di carattere è al servizio della stabilità e della sicurezza, è difensivo ne tende a ripetersi in tutte le relazioni importanti e quindi anche nella relazione terapeutica. Nel transfert vero e proprio invece le cose diventano calde e attive. Nel primo caso la difesa della trasformazione del passivo in attivo utilizzata dalla paziente serve a bloccare la comparsa di desideri vissuti come minacciosi, nel secondo caso la stessa difesa nel transfert ha un significato diverso perchè diventa una manovra di emergenza nei confronti degli stessi desideri che ora si stanno pericolosamente avvicinando al fuoco della coscienza.

Dott. Monteverde: Sin dalla prima volta che ho visto questo mio paziente ho subito individuato in lui un conflitto con l'esibizionismo, inteso come affermazione di se stesso, conflitto che poi strada facendo mi è sembrato più legato alla colpa, alla paura del rimprovero, alla paura di non essere adeguato più che alla vergogna. Da un lato il paziente mi è sembrato determinato a fare, a riuscire, dall'altro era afferrato dalla convinzione che ne sarebbero conseguiti dei guai. Questo è il binario sul quale ho sempre camminato, il tema su cui ho insistito, confortato anche dalla sua storia nella quale lui ha dovuto assumere molto presto una sorta di funzione di capo della famiglia senza poterlo poi fare più di tanto a causa di situazioni che lui ha vissuto come limitanti, quali una patologia depressiva intercorrente del padre e una patologia internistica della madre.

Dott. Coen: Va bene, questo è il tema di fondo che in qualche modo è stato sempre presente ma che ora si presenta in modo specifico, è entrato in risonanza nel vivo del vostro rapporto.

Dott. Monteverde: Sì in quanto anche per la professione che fa, io sono diventato una persona molto importante per lui: se lui dovesse annusare che io ho un giudizio negativo su di lui e su ciò cui lui aspira, rischia di rinunciare. Fra l'altro io penso che in generale noi dovremmo prestare maggiore attenzione ai problemi posti dal piacere di affermare se stessi, di ottenere una buona performance, di avere un buon successo, senza chiamare in causa in modo stereotipato la colpa e la vergogna, o genericamente l'esibizionismo e le relative difese.

Dott. Boyer: Sì, può essere un conflitto complesso che chiama in causa l'invidia, la rabbia, la paura dell'impostura, la paura del senso del ridicolo, dell'essere svillaneggiati, annientati etc etc. Tra l'altro quello che mi sembra sia importante a questo riguardo è il fatto di non promuovere in seduta, parlando di queste cose, un clima di carattere penitenziale andando subito a parlare della vergogna, della colpa ecc.

Dott. Monteverde: Infatti proprio a questo riguardo ci tenevo a dirvi quale sia stata la mia interpretazione nel caso discusso. Verso la fine della seduta io ho ricapitolato le varie preoccupazioni di cui il paziente mi aveva parlato, riferibili a questa sua iniziale attività professionale: "non sono all'altezza, non sono stato capace, non ce la faccio, mi sento enormemente responsabilizzato, ho paura che lei mi sgridi" ecc. e ho aggiunto: "bene, tutte queste cose messe insieme non fanno altro che farLe un grande onore ed essere fonte della mia stima nei suoi confronti. Buon lavoro!" Ho pensato che non fosse tanto il caso di star lì a insistere sulla colpa, sulla vergogna, a fare il lavoro che tu Mauro giustamente hai appena adesso definito "penitenziale"

e che avesse invece bisogno di essere incoraggiato e rassicurato. Ho cercato di attenuare e diluire il più possibile la componente rigida e cattiva del Super-io, cercando di funzionalizzare queste componenti: nelle mie intenzioni ho speranza che il Super-io crudele possa addolcirsi e diventare fonte di sicurezza.

Dott. Coen: Gli hai detto cioè che queste componenti gli fanno molto onore ma che la cosa importante, cui tieni, è che lui vada avanti.

Dott. Monteverde: Sì gli ho detto che la presenza di queste componenti severe sono garanzia di ben fare; che sicuramente si sono sviluppate in eccesso ma ciò ci permette di poterle modificare: se non ci fossero queste componenti non avrei nessuna stima di lui e lui non avrebbe nessun modo di crearle, di inventarsele.

Dr.a Viganò: Mi chiedo se non sia qui il vero problema cioè il fatto che questo giovane ha dovuto autonomizzarsi molto presto per cui ha bisogno di qualcuno che gli stia dietro, di una sorta di angelo custode che gli faccia sentire che non è solo, che c'è una figura, un misto di mamma e papà, che l'accompagna sulla soglia gli dice di andare incoraggiandolo. Forse è questo il vero problema non tanto quello dell'esibizione etc. Dicendogli che lo ritieni una persona di valore lo sostieni nel suo processo di individuazione.

Dr. Tadiello: Mi è tornata in mente, nel corso di questa discussione, la distinzione fra la concezione “storica” e la concezione “modernistica” del transfert fatta da A. Cooper e riportata nell'ultima edizione del “Il paziente e l'analista” di Sandler. La concezione modernistica considera il transfert come un'esperienza nuova e non già come la ripetizione più o meno fedele di un'esperienza passata. Essa è il frutto di tutto il processo evolutivo compiuto dalla persona e delle caratteristiche del suo rapporto con una particolare persona che è poi il suo analista. Naturalmente essa è anche influenzata dalle esperienze fatte dalla persona nel corso della sua infanzia.¹ Questa concezione, mi sembra, ci libera dalla necessità di ritrovare obbligatoriamente nel passato del paziente la matrice dei suoi conflitti e atteggiamenti attuali e ci permette di stare più attaccati al presente e a quanto succede nel qui ed ora della relazione terapeutica.

¹ Al tema della distinzione fra concezione “storica” e concezione “modernistica” del transfert è dedicata una larga parte del capitolo sul transfert contenuto nella seconda edizione in inglese del libro di Sandler “Il paziente e l'analista”. Ci sembra pertanto utile riportare a parte nel Focus la traduzione di questo capitolo curata dal dott. Boyer.

Dr. Monteverde: Ringrazio tutti perché sono sempre più convinto che le nostre conversazioni permettono a ciascuno di noi di metterci in contatto maggiore con noi stessi, di riflettere su ciò che veramente accade tra noi ed i nostri pazienti, senza ricorrere agli eccessi dell'utilizzazione delle teorie, che spesso ci allontanano dalla comprensione della clinica.