

Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica

Giornate di Studio Nazionali

Attualità e tracce dell'esordio psicotico nella relazione psicoterapeutica

Napoli, 16 e 17 Ottobre 2009

*Istituto Italiano per gli Studi Filosofici
Palazzo Serra di Cassano - Via Monte di Dio 14*

Tracce dell'esordio psicotico nel controtransfert.

Riflessioni sulla tecnica psicoanalitica.

Francesca Giannini, Alessia Pagliaro

Premessa

Nel seguente lavoro riporteremo il resoconto del primo colloquio clinico di Marco, un giovane ragazzo di venticinque anni, giunto per invio dello psichiatra per un approfondimento psicodiagnostico. E' in cura farmacologica da meno di un anno per la presenza di allucinazioni visive ed uditive, deliri persecutori e conseguente ritiro sociale.

Ciò che abbiamo potuto osservare è come attraverso il controtransfert dell'analista sia stato possibile, in parte, ripercorrere le tracce dell'esordio psicotico del paziente.

Nell'incontro tra analista e paziente, infatti, la qualità dei vissuti controtransferali può segnalare la presenza di uno stato psicotico possibile o in atto. L'esordio psicotico, così, non irrompe sempre nella relazione psicoterapeutica come fenomeno direttamente osservabile, bensì le sue tracce possono essere ripercorse all'interno della relazione con e *attraverso* il paziente, portatore di una struttura psichica già psicotica. “[...] ogni uomo possiede nel suo inconscio uno strumento con il quale è in grado di interpretare il modo in cui si esprime l'inconscio degli altri” (Freud, 1913).

Nel caso specifico, il senso di pesantezza, sgomento e irrealtà provati dall'analista hanno consentito di contenere le parti frammentate della personalità psicotica del paziente (cfr. Bion, 1957) e di *conoscere* il suo funzionamento anche al di là della relazione di transfert (cfr. Khan, 1969).

Nel presente lavoro tenteremo, così, di riportare, in maniera necessariamente selettiva, alcuni stralci del pensiero freudiano in particolare e di quello psicoanaliticamente orientato o semplicemente postpsicoanalitico da un punto di vista cronologico, sul tema del controtransfert. Successivamente ci soffermeremo sull'importanza delle reazioni controtransferali esperite nella relazione con pazienti gravi.

Questo elaborato, nasce come uno *spazio* di pensiero e di riflessione sui temi sopraccitati, senza avere pretese di esaustività e di completezza, bensì si propone di essere uno spunto di discussione e confronto.

Colloquio clinico

Al primo colloquio, Marco si accomoda chinando il capo e arrossendo. E' un ragazzo molto giovane, curato ed abbigliato adeguatamente. La postura, le espressioni del volto lievemente percepibili mi fanno provare una certa tenerezza nei suoi confronti. Il silenzio che aveva accompagnato i primi attimi di questo incontro svanisce con le parole di Marco che, imbarazzato, dice di sentirsi un po' agitato e che non sa da dove cominciare.

Gli dico che deve essere un'esperienza particolare trovarsi in una stanza con una persona appena conosciuta a parlare delle sue cose più intime e che poco importa da dove cominci, può iniziare da dove preferisce.

Afferma che è proprio così. È difficile per lui parlare di sé, ancor più per il fatto che è timido ed impacciato.

Esordisce raccontandomi del suo "male" iniziato circa tre anni fa. Riferisce di aver fatto un uso massivo di droghe dall'età di 15 anni circa. Assumere droga lo aiutava maggiormente nelle relazioni interpersonali, Marco ha deciso di smettere per poter intraprendere la carriera militare. È riuscito nell'intento, ma subitaneamente ha cominciato a stare male, tanto da decidere il proscioglimento. "L'addestramento" era diventato troppo duro al punto di sentirsi "schiacciato". Tornava a casa nei *week-end* e ci metteva un po' a riprendersi, si sentiva sofferente. È tornato a vivere nella casa natale dove il malessere è irrotto violentemente. Ha iniziato a vivere di "immaginazione": vede, immagina le nudità, ora immagina e vede nuda anche me. Inizio a sentirmi imbarazzata e a disagio. Vede animali vari anche di posti e luoghi lontani. Indica alle mie spalle la

presenza di un animale preistorico che cammina osservandoci. Comincio a sentirmi pesante, provando una spiacevole sensazione di irrealtà rispetto alle cose circostanti.

Successivamente a queste “visioni” Marco inizia ad udire delle voci: sono voci di persone a lui sconosciute che ripetono più volte il nome dei suoi genitori. Un senso di spavento, di inquietudine e di dolore mi invade, e mi chiedo quanto debba probabilmente essersi sentito spaventato lui.

Tali episodi accorrono solo in presenza di altre persone, da cui dice di sentirsi osservato e deriso. È iniziata così la chiusura verso il mondo esterno. Non ha più amici e nemmeno una fidanzata. Racconta di aver avuto una storia con una ragazza durata un anno e mezzo e conclusasi circa 5 mesi fa. La storia è finita per un “fraitendimento”: la fidanzata lo ha accusato di aver avuto un rapporto sessuale con un amico. Marco ha reagito con molta rabbia a tali accuse decidendo, così, di interrompere la relazione. Oggi è solo.

Definisce la madre iperprotettiva e il padre assente. Con lui non c'è mai stato confronto e comunicazione. Mi dice che questa ragione, sommata alla modalità prettamente maschilista con cui il padre si relaziona con la madre -“la tratta come un essere inferiore”- lo hanno portato a provare un odio profondo nei suoi confronti.

Descrive la sua infanzia “serena”, aveva tanti amici con cui giocare e divertirsi. Ma racconta: “ho visto mia mamma e mio padre in intimità e sono rimasto a guardare”; è successo intorno ai 9 anni, ma specifica che è per altre ragioni che sono nati alcuni conflitti soprattutto con la madre. Vorrebbe una ragazza, degli amici, “una vita come tutti gli altri, vorrei essere come tutti gli altri”. Io sento dolore e commozione per l'affermazione fatta da Marco. Gli rimando qualcosa circa le difficoltà, le paure e le sofferenze che lo hanno accompagnato in questi ultimi anni. Mi guarda, inizia a piangere e afferma: “è dura veramente, ho paura. La realtà è un inganno, quello che mi è successo è andato contro le cose che più mi piaceva fare, cioè stare con gli altri”. Si colpevolizza perché forse ha fatto molto abuso di sostanze, teme di essersi “bruciato il cervello, forse qualche cellula non si è riprodotta”. Ha paura, tanta paura che sarà sempre così. Mi ringrazia perché si sente meglio ora che ne ha parlato un po'.

Prima di uscire Marco educatamente e velatamente fa un apprezzamento sul mio aspetto. Resto in silenzio di fronte al suo tentativo seduttivo e gli porgo la mano salutandolo.

Sulla tecnica psicoanalitica

L'incontro con questo paziente, avvenuto in un momento iniziale di formazione alla psicoterapia, è diventato spunto di riflessione e di studio a ragione della grande quantità di reazioni controtransferali che ha suscitato nell'analista. Ciò ci ha condotte ad interrogarci sul ruolo e

l'importanza del controtransfert in termini di tecnica - come riconoscere ed utilizzare le reazioni del terapeuta nella relazione con il paziente - ma anche in termini di formazione personale per poter distinguere quanto della reazione dell'analista appartenga a se stesso e quanto invece sia frutto della relazione.

Ci proponiamo, così, di esporre in maniera non esaustiva alcuni contributi e riflessioni teoriche sul tema della controtraslazione.

La scoperta del controtransfert, la sua evoluzione ed importanza nella teoria e nella tecnica psicoanalitica ricalcano le vicissitudini del transfert. Anche il controtransfert, difatti, fu, agli albori, considerato un elemento di disturbo, un serio pericolo per il lavoro analitico, come del resto può rappresentare.

Freud introdusse ufficialmente il tema della *Gegenübertragung* nel Marzo del 1910¹ al Congresso Internazionale di Psicoanalisi tenutosi a Norimberga. “*Abbiamo acquisito la consapevolezza della controtraslazione che insorge nel medico per l'influsso del paziente sui suoi sentimenti inconsci [...] Ogni psicoanalista procede esattamente fin dove glielo consentono i suoi complessi e le sue resistenze interne [...]. Chi non riesce a concludere nulla in siffatta autoanalisi, può senz'altro abbandonare l'idea di essere capace d'intraprendere un trattamento analitico sui malati*” (Freud, 1910, p. 200).

Cronologicamente antecedente è il carteggio tra Freud e Jung, scambio epistolare che mette in luce la speciale relazione che Jung aveva intrattenuto con la sua paziente Sabina Spielrein, dove si legge: “*Ci si fa in tal modo la necessaria pelle dura, si domina la controtraslazione in cui ci si viene a trovare ogni volta e s'impara a spostare i propri affetti e a piazzarli in modo opportuno.*” (Freud, 1973, p. 248).

Le raccomandazioni tecnico-terapeutiche che Freud espresse con metafore efficaci quali riflettere come uno specchio e agire come un chirurgo impassibile, probabilmente furono prese alla lettera dai suoi seguaci. Tali indicazioni assunsero così un carattere prescrittivo e sopirono il dibattito al riguardo per più di 40 anni. In accordo con Racker (1979), siamo dell'opinione che le analogie espresse dal padre della psicoanalisi possono prestarsi a facili equivoci e a ciechi estremismi. Freud suggeriva agli analisti di assumere l'atteggiamento del “chirurgo” per proteggere paziente ed analista dalla cieca ambizione di quest'ultimo a curare e dalle identificazioni senza riserve. Freud, infatti, attribuiva grande importanza ad un atteggiamento attivo e combattivo, ad esempio egli rammenta all'analista di mostrare il suo “*serio interessamento*” (1913) al paziente, così come, nella *Nuova serie di lezioni* (1933), sottolinea come il risultato del trattamento dipenda dalle “*forze di*

¹ Questa conferenza fu poi pubblicata con il titolo di *Le prospettive future della tecnica psicoanalitica*.

segno contrario che siamo capaci di mettere in moto". Cosicché, anche il suggerimento dell' "analista-specchio" (1912) forse è stato seguito con un certo dogmatismo: " [...] *consigliava [Freud] così per contrastare il costume diffuso tra gli analisti del primo periodo, di riferire ai pazienti fatti della loro vita privata. Sii uno specchio allora significa parla al paziente soltanto di lui stesso*" (Racker, 1979, p. 50-51).

Successivamente, si notò che la controtraslazione poteva essere uno strumento tecnico della massima importanza, potendo in taluni casi fornire all'analista indicazioni sui fenomeni che intervengono nel paziente nella relazione con l'analista. Il cambio di prospettiva avvenne in America e contemporaneamente in Inghilterra (Heimann, 1950; Little, 1951) e in Argentina (Racker, 1968).

Il controtransfert si configura, allora, come una delle risorse più importanti a disposizione del terapeuta. L'ostacolo, allora, può essere rappresentato dalle barriere che l'analista oppone al riconoscimento del proprio controtransfert. "*Il controtransfert non costituisce solo una parte della relazione analitica, ma è una creazione del paziente, è una parte della sua personalità*" (Heimann, 1950, p. 77).

Heinrich Racker, psicoanalista di origine polacca emigrato in Argentina, attribuisce al controtransfert un duplice significato: interprete dei processi inconsci e oggetto di questi stessi processi; esso quindi "*interviene e interferisce nel processo analitico prima, in quanto l'analista è un interprete, poi perché egli è anche oggetto degli impulsi.[...] La percezione [del terapeuta] può essere corretta ma ciò che viene percepito può provocare reazioni nevrotiche che nuocciono alla capacità interpretativa dell'analista*" (Racker, 1970, p. 179).

Baranger e Baranger definiscono la relazione analitica come una "*situazione di due persone intrinsecabilmente legate e complementari per la durata della situazione, e contenute in uno stesso processo dinamico.[...] E' quel che si intende dire quando si raccomanda a buon motivo, di utilizzare il controtransfert come strumento tecnico*" (Baranger, 1990, p. 27).

Così, la discussione sul controtransfert si è arricchita di altre indicazioni di tecnica già espresse da Freud nel 1912. In *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, il padre della psicoanalisi propone alcune regole tecniche: occorre utilizzare un'attenzione fluttuante (*Gleichschwebende Aufmerksamkeit*), ossia abbandonare ogni tipo d'espedito e affidarsi alla propria memoria inconscia (Freud, 1912): "*egli [l'analista] deve rivolgere il proprio inconscio come un organo ricevente verso l'inconscio del malato che trasmette.* (Freud, 1912, p. 536) *L'inconscio del medico [come organo ricevente] è capace di ristabilire, a partire dai derivati dell'inconscio che gli sono comunicati, questo stesso inconscio che ha determinato le associazioni del malato*" (Freud, 1912a, pp. 536-537).

La controtraslazione con i pazienti psicotici

Con i pazienti gravi, il controtransfert assume maggiormente una funzione di contenimento e una funzione di trasformazione. All'interno della funzione di contenimento l'analista opera un suo proprio processo trasformativo interno che trova successivamente espressione nell'interpretazione. È quella che Rosenfeld chiama "*la funzione di tradurre le esperienze in parole*" (1989).

Così Khan definisce la controtraslazione come "*la capacità non patologica dell'affettività, dell'intelligenza e dell'immaginazione dell'analista di comprendere tutta la realtà del paziente.*" (Khan, 1969, pg. 199). Ovvero, consente all'analista di riconoscere l'uso che il paziente fa di lui-oggetto per transitare dalla *illusione* alla *disillusione* e costruire un corretto rapporto con la realtà, come la madre *sufficientemente buona* con il neonato (Winnicott, 1969). Per poter usare l'oggetto, il soggetto deve distruggerlo: paradossalmente è anche nella sopravvivenza dell'oggetto che consiste la disillusione, così il bambino si rende conto di non essere lui a creare il mondo. Come la madre sufficientemente buona sopravvive agli attacchi del suo bambino, allo stesso modo l'analista, attraverso il proprio controtransfert, riconosce la natura degli attacchi del paziente, vi sopravvive e mette le basi per una corretta relazione del soggetto con la realtà.

Il controtransfert, così, favorisce lo *sperimentare* nella relazione analitica per *conoscere* (Khan, 1969). Riconoscere ed interpretare il controtransfert restituisce al paziente la sensazione di *essere* nella relazione analitica, ponendo le basi per l'entrata in relazione prima con il terapeuta e poi con la realtà. Ciò è possibile soltanto mantenendo la dovuta separazione tra analista e paziente e questo avviene proprio grazie alla non confusione tra i sentimenti dei due attori. "*È indispensabile che nell'equazione clinica i confini e i processi psichici di almeno una delle due parti, e cioè dell'analista, siano sempre chiaramente strutturati e definiti secondo le loro funzioni e i loro scopi*" (*ibidem*, p.199). Così torniamo ai "resti non analizzati" (Freud, 1910) di Freud, sebbene il concetto si arricchisca della possibilità di far incontrare tali resti con le comunicazioni del paziente per produrre un pensiero nuovo, un *conoscere* frutto della esperienza nella stanza analitica: da ostacolo a strumento per la comprensione del paziente.

Non ultima è la funzione di contenimento che il controtransfert consente di sviluppare all'analista delle parti frammentate della personalità psicotica del paziente. Nella relazione analitica il terapeuta si fa depositario degli aspetti dell'Io, del Super-io, degli impulsi rimossi del paziente e, in base all'identificazione proiettiva, questi elementi si estendono anche all'analista. Secondo il pensiero di Bion (1957), la caratteristica della personalità psicotica rispetto a quella nevrotica consiste nella frammentarietà accorsa nella strutturazione del rapporto con la realtà. Nella relazione analitica, il paziente utilizza l'*identificazione proiettiva* come *comunicazione* preverbale primitiva, tipica del

neonato e del paziente grave, cui la madre o l'analista risponde attraverso il processo di *rêverie*. L'accoglimento da parte dell'analista di tale movimento si ravvisa nel controtransfert che, riconosciuto e interpretato, restituisce al paziente la sensazione di esistere: l'analista prova ciò che il paziente non riesce a sentire da solo ma che può solo evacuare.

Il controtransfert rappresenta, quindi, prima di tutto un segnale di quanto accade nella relazione tra paziente ed analista, e, soprattutto con i pazienti gravi, il recettore principale delle loro comunicazioni che utilizzano un registro prevalentemente non verbale. Così, nel caso dell'esordio psicotico, tale *comunicazione* può indicare che qualcosa si sta rompendo, che la frammentarietà sta irrompendo nella relazione. Ciò avviene perché il paziente è già portatore di una sua personalità, di una struttura psicotica. “ [...] *se gettiamo per terra un cristallo, questo si frantuma, ma non in modo arbitrario; si spacca secondo le sue linee di sfaldatura in pezzi i cui contorni, benché invisibili, erano tuttavia determinati in precedenza dalla struttura del cristallo*” (Freud, 1932 p. 177). Ed è nell'esordio psicotico che può esitare tale rottura irrompendo nella relazione analitica spesso preannunciato dal sentire dell'analista, riconosciuto nel suo controtransfert come una comunicazione. Proprio in questo caso, con pazienti gravi per i quali la costruzione del legame – anche e soprattutto quello analitico – può comportare l'insorgenza di angosce di frammentazione, spesso occorre “sopportare” il controtransfert. Riconoscerlo, interpretarlo ma non verbalizzarlo; contenere la distruttività e garantire al paziente la continuità dell'essere, dell'esperienza e del conoscere (Kahan, 1969); fare ciò che Bion ha descritto bene con il concetto di *reverie*, che rimanda direttamente alla relazione madre-bambino e che induce alla consapevolezza che è necessario che l'analista sia in contatto con il proprio inconscio affinché possa, poi, dialogare con quello del paziente (Bion, 1957).

Quando il paziente comunica con un linguaggio non verbale tale da poter essere colto dall'analista solo attraverso il controtransfert, non fa altro che *usare* l'analista come oggetto nella situazione clinica. Così, sia il contenimento della non-interpretazione e la tolleranza del controtransfert (che può essere talora insostenibile con i pazienti gravi), sia l'interpretazione verbalizzata, sono strumenti attraverso i quali l'analista si lascia *usare* dal paziente nel suo progresso verso il rapporto con la realtà.

Bibliografia

- Baranger M., Baranger W (1961) La situación analítica como campo dinámico, *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 4, 1, tr. it.: La situazione analitica come campo dinamico. In: *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*, Raffaello Cortina, Milano, 1990
- Baranger M., Baranger W. (1982) Proceso y no proceso en el trabajo analítico, *Revista de Psicoanálisis*, 39, tr. it.: Processo e non processo nel lavoro analitico. In: *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*, , Raffaello Cortina, Milano,1990
- Bion, W. R. (1957) *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando editore, Roma, 1970
- S. Freud, C. G. Jung, (1906-1913) *Lettere tra Freud e Jung*, , Bollati Boringhieri, Torino, 1974
- Freud S. (1910) *Le prospettive future della terapia psicoanalitica*. OSF vol. 6
- Freud S. (1912) *Tecnica della psicoanalisi:Dinamica della traslazione*. OSF vol. 6
- Freud S. (1912) *Tecnica della psicoanalisi:Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*. OSF vol. 6
- Freud S. (1914) *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi:Ricordare, ripetere, rielaborare*. OSF vol. 7
- Freud S. (1913) *La disposizione alla nevrosi ossessiva*. OSF vol. 7
- Freud S. (1913) *Ulteriori consigli sulla tecnica psicoanalitica*. OSF vol. 7
- Freud S. (1933) *Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni)*. OSF vol. 11
- Heimann P. (1950) On countertransference. *Journ. of Psychoanal.*, 31

- Khan, M. (1969) *Lo spazio privato del sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1979
- Little M. (1951) Countertransference and the patient's response to it . *Journal of Psychoanalysis*, 32
- Racker H. (1968) *Studi sulla tecnica psicoanalitica*. Armando, Roma, 1979.
- Rosenfeld H. (1989) *Comunicazione ed interpretazione*. Bollati Boringhieri, Torino
- Winnicott D. W. (1951) *Gioco e realtà*. Armando, Roma, 1974.
- Winnicott, D.W. (1960) Il controtransfert. In *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando editore, Roma 1983
- Winnicott D. W. (1964) L'importanza del setting nelle situazioni regressive in psicoanalisi. In *Esplorazioni psicoanalitiche*, Raffaello Cortina Milano, 1989