

QUADERNI DI PSICOLOGIA,
ANALISI TRANSAZIONALE
E SCIENZE UMANE

n° 52 - 2009

PROTOCOLLO DI COPIONE E RELAZIONI ATTUALI

a cura di
Susanna Ligabue

**DISCORSO DI RINGRAZIAMENTO IN
OCCASIONE DELL' ERIC BERNE 2007
MEMORIAL AWARD***

**Helena Hargaden e Charlotte
Sills****

*Traduzione di Claudia
Chiaperotti*

Riassunto

L'articolo si apre con un ringraziamento a coloro che hanno voluto conferire il premio Eric Berne 2007 a Helena Hargaden e Charlotte Sills e prosegue con un'analisi della psicoterapia relazionale vista in un contesto più ampio, esaminando i principi e la filosofia che vi stanno alla base. I diversi aspetti della teoria originaria sono riassunti in modo da collocarli all'interno del campo in rapida evoluzione dell'Analisi Transazionale Relazionale.

Abstract

ACCEPTANCE SPEECH ON RECEIVING THE 2007 ERIC BERNE MEMORIAL AWARD
This article expresses appreciation to those responsible for the 2007 Eric Berne Memorial Award to Helena Hargaden and Charlotte Sills and then goes on to review relational psychotherapy in the context of the wider field, including some of the principles and philosophy of the approach. The features of the original theory are summarized in order to locate the work within the rapidly developing field of relational Transactional Analysis.

* Acceptance speech on receiving the 2007 Eric Berne Memorial Award. L'articolo comparso sul Transactional Analysis Journal XXXVIII, 1, Jan 2008, pp. 8-16 viene tradotto e ripubblicato con il permesso delle autrici e dell'ITAA (International Transactional Analysis Association).

** Helena Hargaden, M.Sc., psicoterapeuta, analista transazionale didatta TSTA. Lavora a Londra ed è direttore di seminari di Analisi Transazionale nel Kent. (e-mail: helenahargaden27@hotmail.com)

Charlotte Sills, M.A., M.Sc., psicoterapeuta, analista transazionale didatta TSTA, già capo del dipartimento di Analisi Transazionale al Metanoia Institute di Londra. È visiting professor alla Middlesex University. (e-mail: charlotte@csills.fsnet.co.uk)

Siamo onorate e liete di ricevere il premio Eric Berne e desidero ringraziare coloro che hanno presentato la nostra candidatura: Charlotte Daelenbach, Elana Leigh e Kathi Murphy, che non può essere qui di persona, ma che è presente in spirito. Sappiamo che ne sono felici. Ci sentiamo inoltre molto orgogliose di essere la prima inglese, nel mio caso, e la prima irlandese, nel caso di Helena, a ricevere questo prestigioso premio.

Siamo particolarmente liete perché questo riconoscimento va essenzialmente alle nostre idee relative a tre diverse sfere del transfert. Per certi versi, ovviamente, non c'è niente di nuovo nel teorizzare diversi tipi di transfert. Ciò è scontato nella psicoanalisi, ed anche nel campo dell'Analisi Transazionale esistono alcuni eccellenti contributi sull'argomento. Già nel 1985 Carlo Moiso aveva introdotto nell'Analisi Transazionale la nozione di transfert G_2 e G_1 e le loro diverse implicazioni.

Quello che è inedito riguardo alle diverse sfere di cui parliamo sta nel fatto che forniscono un modello che consente di prendere in considerazione differenti ambiti dei fenomeni transferali a partire da una prospettiva relazionale e di utilizzarli nel nostro lavoro. Questo è il motivo per cui chi ci ha candidate al premio ci ha particolarmente gratificate, rilevando l'aspetto innovativo del nostro lavoro e riconoscendone il contributo. In Australia, a Sydney, Elana Leigh ha rivisto il suo programma di Analisi Transazionale in funzione di una prospettiva relazionale.

Siamo grate anche ai nostri pazienti, agli allievi in formazione ed in supervisione che ci hanno fornito ispirazione per sviluppare la nostra mappa relazionale. Abbiamo iniziato a mappare il terreno del lavoro che molti analisti transazionali già portavano avanti con profondità psicologica, fornendo agli psicoterapeuti un ancoraggio teorico. Avevamo l'impressione che molti dei nostri allievi si sentissero confusi, avendo in qualche modo travalicato il confine dell'Analisi Transazionale classica, vista come teoria umanistica, per entrare in un ambito di relazioni per il quale non possedevano un linguaggio teorico.

Sicuramente qualcosa della loro esperienza è risuonato in noi. Berne suggeriva che la fase della deconfusione nella psicoterapia richiedesse la psicoanalisi. Ma una volta avviata una relazione terapeutica sembrava incongruo abbandonare i pazienti che avevano iniziato con fatica a parlare dal cuore per inviarli ad uno psicoanalista! In risposta alla frustrazione che Jack Dusay (2007) provava per le "parole, parole, parole e ancora parole" che sembravano andare tutte nella direzione degli

ultimi sviluppi dell'Analisi Transazionale, ci pareva che il nostro lavoro dovesse rivolgersi non alle parole ma alla "assenza di parole" nell'esperienza dei pazienti.

Sapevamo che nella stanza della terapia succede qualcosa di misterioso ed importante. I nostri clienti esperivano ed esprimevano nella relazione con noi stati dell'Io Bambino o stati-sé (self-states) che rappresentavano l'emergere nel presente di relazioni confuse del passato. Si trattava ovviamente di transfert, ma sembrava più diversificato e complesso di quanto potesse essere descritto attraverso la situazione generica di transfert. Per esempio, notammo che differenti tipi di esperienza suscitavano ed evocavano una varietà di stati-del-sé in noi stesse come terapeute. Cosa stava accadendo per cui i nostri sentimenti potevano oscillare in maniera così ampia con persone differenti? Qual era il significato di questi tipi di relazioni? E come potevamo elaborare tutto ciò da un punto di vista teorico, perché potesse essere utile in terapia? La nostra collaborazione è iniziata accapigliandoci su queste questioni, cercando un modo per esplorare la deconfusione nell'ambito dell'Analisi Transazionale.

Le nostre discussioni e le nostre indagini sono andate avanti negli anni, sia all'Istituto Metanoia dove entrambe lavoriamo, sia in luoghi più informali, spesso intorno a un tavolo di cucina, nei caffè o durante i viaggi in treno. Per cui forse è il caso di dire che cosa intendiamo noi per Analisi Transazionale Relazionale. Essenzialmente è un modo di lavorare che dà priorità alla relazione tra paziente e terapeuta, considerata come il principale veicolo di insight e di cambiamento, intendendo dire che è attraverso la connessione tra la persona del terapeuta e la persona del paziente, in uno scambio aperto ed empatico ed attraverso quello che essi creano insieme che il cambiamento si verifica. Ci sono quindi due soggettività in quella stanza e perché avvenga un cambiamento deve esserci cambiamento reciproco. Si tratta di un approccio bidirezionale: la terapia è una strada a doppio senso. Nella stanza della terapia emergono le relazioni del paziente con se stesso e con le figure del suo passato e del presente, così come emergono quelle del terapeuta, e questa è la ragione per cui il terapeuta deve aver fatto un'esplorazione profonda del proprio mondo interiore.

L'Analisi Transazionale Relazionale è anche un modo per riconoscere e per affrontare processi inconsci con potenziali significati multipli non appena emergono. Come afferma Meier (1977/1995), "l'inconscio

Discorso di ringraziamento - Eric Berne 2007 Memorial Award

si fa conoscere in modo indiretto e con effetti particolari!” La relazione adulta presente contiene l’emergere del passato ed anche la possibilità della creazione di qualcosa di nuovo, un cambiamento a livello esperienziale e relazionale piuttosto che ad un livello di comprensione.

Quando Bill Cornell lesse *Analisi Transazionale: una prospettiva relazionale* (Hargaden, Sills, 2002) al fine di recensirlo per il «*Transactional Analysis Journal*» (T.A.J.), ci scrisse “Il vostro lavoro è molto simile alla prospettiva clinica cui attualmente stanno lavorando certi psicoanalisti relazionali a New York. Lo sapete?” (Cornell B., comunicazione personale, 2002). Le osservazioni di Bill risultarono azzeccate. Quando Helena divenne un membro dell’Associazione Internazionale di Psicoanalisi e Psicoterapia Relazionale (IARPP), riconobbe immediatamente gli aspetti simili, nonostante non avessimo letto i loro materiali prima che ci accingessimo a scrivere! Sentivamo l’influenza e l’ispirazione di modelli teorici e clinici provenienti sia dall’interno che dall’esterno dell’Analisi Transazionale, ma non da questi altri. Alcuni appartenenti all’Analisi Transazionale sono seduti in questa sala, ad esempio quelli che hanno contribuito alle interessanti edizioni di aprile e luglio 1991 del «*Transactional Analysis Journal*» dedicati al *transfert*. Quelli al di fuori dell’ambito analitico transazionale includono quanti seguono l’approccio centrato sulla persona, sulle relazioni oggettuali e la psicologia del sé.

L’anno scorso Helena invitò Anthony Bass, membro dell’IARPP, a tenere insieme a lei un corso sull’Analisi Transazionale Relazionale nel Kent. In previsione di questo evento Bass lesse il nostro libro e si disse stupito di quanto il nostro approccio fosse compatibile con la psicoanalisi relazionale:

Mi sorprende non poco vedere che l’Analisi Transazionale è vitale e in continuo sviluppo nel vostro paese. Molti analisti da noi, e io l’ho verificato, sono completamente ignari di questo fatto. Quando faccio notare che l’AT si sta evolvendo, e che indubbiamente è molto più avanti in fatto di molteplicità e di lavoro sugli stati del sé nel quadro degli Stati dell’Io Adulto-Genitore-Bambino e così via, molti sono colpiti dal fatto che noi abbiamo perso il contatto con le origini. Trovo tutto questo molto interessante e mi farà piacere sentire come si sia radicato in Inghilterra, dove la molteplicità, per quello che mi par di capire, sembra essere meno centrale nei gruppi psicoanalitici (Bass A., comunicazione personale, 2006).

In un recente numero di «The Script», Fanita English (2007) dice alcune cose importanti riguardo l'epicopione nell'Analisi Transazionale e si domanda se nelle pieghe dell'Analisi Transazionale non possa esserci una traccia di arroganza dovuta alla ferita causata ad Eric Berne dall'essere stato rifiutato dal mondo della psicoanalisi e se questa non si manifesti in un rifiuto ad "aggregarsi", ipotizzando che forse ciò ha reso l'Analisi Transazionale in qualche modo insulare, cioè non in dialogo con altri approcci psicologici e psicoterapeutici. Il movimento relazionale in Analisi Transazionale si riflette nella varietà degli approcci professionali, nella terapia, nel lavoro con le organizzazioni e con l'arte. Forse questo potrebbe essere il segno di un nuovo desiderio di appartenenza.

Questo riavvicinamento potrebbe essere un segno di come la psicoanalisi tenda a ridurre l'attuale frammentazione. Come la psicoanalisi comincia a riconoscere quello che gli approcci umanistici sanno da cinquant'anni sull'importanza della relazione faccia a faccia e sulla potenza dell'autenticità, allo stesso tempo gli approcci umanistici hanno cominciato a riconoscere l'importanza del rigore e della profondità della psicoanalisi, e se anche non consideriamo l'inconscio allo stesso modo degli psicoanalisti, tuttavia non per questo lo si può cancellare!

Per questo motivo la psicoterapia relazionale rappresenta una specie di ponte concettuale tra le più importanti forze del pensiero psicologico del ventesimo secolo. Speriamo che l'Analisi Transazionale Relazionale possa costruire questo ponte per il dialogo con altri professionisti. I commenti di Tony Bass ed altri colleghi del campo ci hanno portato a credere che questo stia avvenendo, in particolare nel mondo della psicoanalisi. Indubbiamente, ciò apre l'opportunità per i colleghi estranei all'Analisi Transazionale di familiarizzare con concetti importanti come ad esempio il copione (Berne 1961; Steiner, 1974) e il triangolo drammatico (Karpman, 1968). Un collega psicoanalista che lavora al Maudsley Hospital di Londra afferma, ad esempio, di usare regolarmente questi concetti nel suo lavoro e che la prospettiva relazionale gli permette di integrare l'Analisi Transazionale con il suo approccio psicoanalitico. Questo è particolarmente significativo per gli analisti transazionali inglesi perché la nostra associazione nazionale (United Kingdom Council for Psychotherapy, o UKCP) sta mettendo a punto un regolamento della professione. Per questo è più che mai importante essere in grado di dialogare con altre modalità di lavoro.

Discorso di ringraziamento - Eric Berne 2007 Memorial Award

Abbiamo la sensazione che la prospettiva relazionale sia una sorta di femminilizzazione della teoria. Come abbiamo detto, la maggiore influenza sul nostro lavoro è venuta dai pazienti, dai colleghi in formazione e in supervisione, e la maggior parte sono donne. Le donne hanno avuto un impatto importante sulle professioni operanti nel campo della salute mentale e molte di loro si sono dedicate alla psicoterapia, in particolare all'Analisi Transazionale, per via del suo approccio egalitario. Gli psicologi relazionali, (originariamente Jean Baker Miller e i suoi colleghi dello Stone Center) hanno definito la relazione (relatedness) e l'intersoggettività come una epistemologia valida, sostenendo che la nostra visione della vita è distorta perché deriva "solo dalla metà della specie umana" (Miller, 1986). Nella loro critica queste femministe hanno enfatizzato l'attaccamento, la relazione e l'empatia attribuendovi la stessa importanza dell'indipendenza e contrastando l'idealizzazione di una visione maschile di scienza oggettiva.

A noi sembra che la prospettiva relazionale fornisca la possibilità per quello che gli Jungiani chiamano conniuntio, che è un archetipo per incontrarsi e per facilitare l'esplorazione profonda della psiche, un processo caratterizzato dall'assenza di parole. Ciò che vediamo in Analisi Transazionale è l'unione tra ideali maschili e femminili come simbolizzato dall'unione tra le prospettive relazionali e l'Analisi Transazionale classica.

Quando abbiamo cominciato a pensare in questa direzione, il concetto a noi familiare e molto usato della diagnosi degli stati dell'Io (Berne, 1961) si è palesato nel nostro spazio intersoggettivo! Abbiamo pensato ai quattro modi di fare diagnosi, e ci è parso che le diagnosi di tipo fenomenologico e sociale siano più facilmente un riflesso del nostro lato femminile, perché contano sulla validità dell'esperienza personale e della risposta sia nel paziente sia nel terapeuta, mentre le diagnosi di tipo storico e comportamentale riflettono maggiormente gli aspetti tipicamente maschili legati ai fatti e alla razionalità.

Naturalmente, la reciprocità e le implicazioni transferali coinvolgono sia il terapeuta sia il paziente a molti livelli della relazione, ed un tale modo di lavorare comporta delle responsabilità. A causa del potere insito nella relazione terapeuta-paziente e del particolare impatto che esso ha nella sfera transferale nel lavoro, siamo convinte che una delle conseguenze principali del lavoro relazionale sia co-

stituita dalla dimensione etica. Questo perché la potenziale evocazione, attraverso i transfert, dei bisogni più primitivi dei pazienti, dei suoi desideri e delle sue fantasie di arrendevolezza, richiede che si stabiliscano dei confini, una sorta di contenitore nel quale queste esperienze possano essere accolte e protette, non esposte a invasivi commenti di estranei o agli agiti narcisistici del terapeuta. Il contenitore terapeutico deve fornire uno spazio sicuro in cui sia il terapeuta che il paziente possono rischiare lavorando intensamente sulle loro esperienze, traendo in questo modo gli ingredienti necessari ad un processo di trasformazione.

Ci auguriamo di vedere una continua evoluzione della prospettiva relazionale. Il «Transactional Analysis Journal» ed il forum di discussione su internet del tema relazionale sono ricchi di stimolanti sviluppi del campo relazionale, e noi stesse siamo state stimolate ed i nostri pensieri sono stati sollecitati da molti colleghi e amici di tutto il mondo.

Abbiamo lasciato per ultimi i nostri ringraziamenti più sentiti per la persona che ci ha incoraggiate e stimolate, che è stata al nostro fianco mentre scrivevamo *Analisi transazionale: una prospettiva relazionale* (Hargaden, Sills 2002), due capitoli che stanno alla base di questo premio. Un grazie a Keith Tudor, collega e vero amico. Fu lui ad avviare la serie dei libri sugli «Sviluppi Teorici nella Terapia» pubblicati da Routledge, per approfondire il dibattito sulla terapia e promuovere il dialogo tra diversi approcci. *Analisi Transazionale: una prospettiva relazionale* è stato uno dei primi volumi di questa serie. Inoltre voglio aggiungere che, Keith ed il suo coautore Graeme Summers, sono noti per il loro lavoro sulla co-creatività e desideriamo ringraziare entrambi per il tempo piacevolmente creativo che abbiamo passato insieme nel gruppo di scrittura, in un'intensa co-creatività ed intersoggettività, il che ha contribuito in gran misura al cuore ed all'anima del libro!

Autunno 2007

La parte iniziale di questo articolo è costituita dal testo -verbatim- della relazione da noi tenuta alla conferenza internazionale di *Analisi Transazionale* del 2007 a San Francisco, in occasione del conferimento del premio Eric Berne. L'abbiamo qui riferita perché volevamo trasmettere lo spirito del momento e l'esperienza celebrativa del ricevere il premio.

Discorso di ringraziamento - Eric Berne 2007 Memorial Award

Vogliamo ora presentare il materiale per cui abbiamo ricevuto il premio. È tratto da uno dei nostri articoli originali (Hargaden, Sills, 2001), in quanto desideriamo presentare in modo fedele il nostro contributo e come esso si colloca nell'evoluzione dell'Analisi Transazionale Relazionale.

Se avessimo scritto l'articolo oggi avremmo approfondito maggiormente l'aspetto della reciprocità delle dinamiche relazionali. Dopo la pubblicazione del libro, nel 2002, abbiamo ulteriormente sviluppato il nostro pensiero, a volte separatamente, altre insieme. Entrambe eravamo interessate ad elaborare il significato e le implicazioni dei tre ambiti transferali. Inoltre, Helena in particolare ha continuato ad esplorare il significato del controtransfert del terapeuta, studiando la bidirezionalità della relazione inconscia, approfondendo i vari aspetti degli ambiti transferali, come i risvolti erotici della relazione. Da parte sua Charlotte si è interessata al concetto di "terzo", il movimento creato verso una nuova posizione o relazione che è qualcosa di diverso della mera somma delle parti. Originariamente termine psicoanalitico, questa nozione veicola livelli di significato e possibilità che hanno ramificazioni sia nel pensiero cognitivo che umanistico e Charlotte ha esplorato la loro rilevanza in vari contesti, incluso quello organizzativo.

Continuiamo talvolta a discutere tra noi di queste aree di interesse e stiamo cominciando a pensare ad una seconda edizione di Analisi Transazionale: una prospettiva relazionale, da pubblicare nel giro di qualche anno. Al momento non desideriamo riscrivere il nostro modello e pensiamo che l'articolo originale parli da sé. Seguono alcuni estratti del nostro articolo intitolato Deconfusione dello stato dell'Io Bambino: una prospettiva relazionale (Hargaden, Sills, 2001).

Fase due: la relazione transferale

Esistono molte definizioni di transfert, che a grandi linee descrivono il transfert come l'atteggiamento emotivo del paziente nei confronti dello psicoterapeuta. Nella deconfusione, il paziente si sforza di comunicare nel contesto dell'esperienza (non formulata) della relazione terapeutica di cui è inconsapevole; vale a dire che riproduce bisogni disattesi e modelli relazionali precoci all'interno della relazione con il terapeuta. È una specie di "discorso non articolato del cuore" (Morrison, 1983), che comunica al terapeuta, attraverso un comportamento ed un linguaggio

gio codificato, ciò che non può essere verbalizzato direttamente. Molti clinici sono concordi nel rilevare come vi sia un crescente numero di pazienti che presentano questo tipo di problema, che si può definire come un disturbo del sé che si manifesta più frequentemente in tratti narcisistici e borderline. In questo contesto un'utile definizione di transfert viene fornita da Stolorow, Brandchaft, Atwood:

Il transfert è concepito... come l'espressione di una tendenza psicologica universale ad organizzare l'esperienza e costruire significati (Stolorow, Brandchaft, Atwood; 1987).

Noi consideriamo il transfert come un veicolo attraverso il quale il terapeuta scopre gli aspetti inconsci del paziente.

Riscontri neurologici mostrano come l'assenza selettiva di emozioni costituisca un problema. Emozioni ben indirizzate e ben esplicitate sembrano formare un sistema di supporto senza il quale l'edificio della ragione non può funzionare correttamente (Damasio, 1999).

Questi riscontri sembrano indicare che non è possibile separare i sentimenti dalle emozioni e, inoltre, che i sentimenti sono inestricabilmente legati al ragionamento. Le ricerche di Damasio sul cervello dimostrano che il sentimento è sempre presente, anche se non sempre conscio. Gli studi di Shore (1994) indicano che i collegamenti tra sentimenti e pensiero si sviluppano nelle connessioni tra emisfero sinistro ed emisfero destro. Per questo appare logico supporre che la disponibilità emotiva del terapeuta sia centrale nella comprensione dell'inconscio. Inserita in questo contesto, la relazione transferale diventa la via di accesso all'inconscio. Attingendo al lavoro di Menaker (1995), abbiamo individuato tre aree del fenomeno transferale. Abbiamo sviluppato il modello del transfert di Moiso (1985) per distinguere tra i tre tipi di transfert come mostrato nella Figura 1.

Discorso di ringraziamento - Eric Berne 2007 Memorial Award

- a. G1 proiettato
- b. Trasfert idealizzante, speculare o gemellare

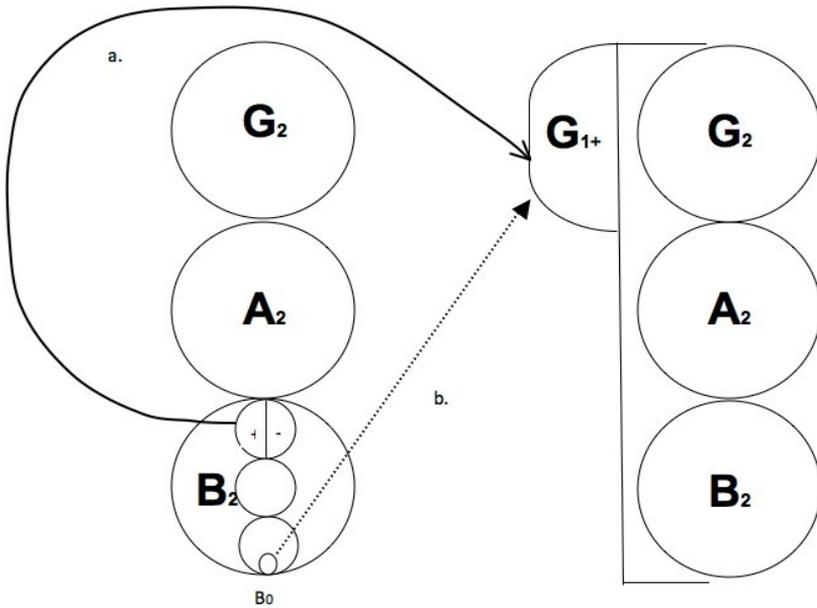


Fig. 1: Transfert proiettivo ed introiettivo (basato su Moiso, 1985)

1. Transfert introiettivo (desideri di B_0): in questo tipo di transfert il paziente cerca di creare una simbiosi (Schiff et Al., 1975) con il terapeuta per soddisfare dei bisogni evolutivi (B_0). “L’introiezione è sia una difesa sia un normale processo evolutivo; una difesa perché riduce l’ansia da separazione, un processo evolutivo perché rende il soggetto gradualmente più autonomo” (Rycroft, 1995). I neuroscienziati confermano questa prospettiva quando descrivono in che modo i sistemi genetici programmano lo sviluppo del cervello e sono attivati ed influenzati dalla qualità del rapporto tra il bambino e il suo ambiente. Quando questo rapporto è problematico, la persona rimane con un senso di sé non sviluppato poiché importanti strutture nel cervello non vengono attivate (Shore, 1994). Il sé scarsamente sviluppato è, perciò, incapace di essere autonomo finché determinate strutture del cervello non vengono attiva-

te attraverso la relazione. Queste ricerche nel campo delle neuroscienze ci forniscono un contesto per comprendere il bisogno psicologico di una relazione transferale.

Kohut (1971) ha descritto l'emergere di bisogni arcaici di simbiosi nella relazione terapeutica come transfert di oggetti-Sé (self-object transference). Secondo Kohut, il paziente sviluppa tali transfert nel tentativo di trovare soddisfazione al bisogno di oggetti-Sé. Il termine oggetto-Sé si riferisce ad un gruppo di funzioni psicologiche che permette a una persona di mantenere una esperienza di sé. Quando questi bisogni vengono frustrati nell'infanzia la persona continuerà anche nell'età adulta a cercare intorno a sé il soddisfacimento dei bisogni di seguito indicati.

Transfert speculare (mirror transference): comprende due tipi di transfert.

Uno è il transfert confluyente speculare, una simbiosi di primo ordine completa (Shiff et al., 1975) in cui il terapeuta viene vissuto dal paziente come parte del suo sé grandioso (B_0 e G_0). Per questi pazienti che vivono il bisogno di un prolungato coinvolgimento del sé, la soggettività del terapeuta può apparire, nel migliore dei casi, irrilevante e, nel peggiore, una fastidiosa interruzione, mentre il loro bisogno terapeutico è quello di venire ascoltati fino in fondo, senza intrusioni.

L'altro tipo di transfert speculare avviene quando il terapeuta viene percepito come separato ed il paziente cerca la sua approvazione e ammirazione. Il paziente ha bisogno di essere rispecchiato per qualcosa che riconosce come autentico in modo da sentirsi visto, incontrato, compreso.

Transfert idealizzante (idealizing transference): se troppo prematuramente si è infranta nel bambino la percezione del suo adulto potente, questo bisogno inconscio di far parte della forza e della calma del "perfetto" altro si rappresenterà nel transfert idealizzante. Tali traumi possono avvenire sia a causa di circostanze sfavorevoli, come nel caso di una madre con depressione post-partum o di un lutto in famiglia, oppure per ragioni di incapacità dei genitori, che possono andare dalla scarsa sintonia, fino all'abuso fisico o emotivo. In terapia molto tempo viene dedicato ad affrontare un qualche trauma e gli aspetti di dissociazione ad esso correlati. Una questione centrale dello stress post-traumatico riguarda il realizzare che nessun adulto è forte abbastanza da impedire che accadano cose tremende: le illusioni vengono spazzate via. Dopo il trau-

Discorso di ringraziamento - Eric Berne 2007 Memorial Award

ma si avverte il bisogno di ricostruire l'illusione: "io sono importante, tu sei onnipotente: il mondo è un posto sicuro." Il transfert idealizzante permette al paziente di occupare uno stato di illusione, una creazione del Giardino dell'Eden prima della perdita, del peccato originale. Da questa posizione, che in questi casi è stata prematuramente interrotta, il paziente può essere aiutato ad assimilare una realtà più funzionale. Il terapeuta, ovviamente, deve essere in grado di abbandonare l'idealizzazione quando il paziente è pronto, altrimenti questi rimane indefinitamente infantile e non impara ad affrontare il tradimento e il disinganno, esperienza autonoma che può portare alla maturità ed alla possibilità di crescita.

Transfert gemellare (twinship transference): fa riferimento a quelli che possono essere chiamati sentimenti di fratellanza, il senso che siamo come gli altri. Il bambino vuole fare "quello che fa la mamma"; vuole identificarsi con il grande mondo e farne parte. In questo ambito transferale, il terapeuta si sentirà spinto da parte del paziente ad affermare un senso di essenziale uguaglianza. Il bisogno di oggetto-Sé del paziente è di essere considerato e di provare un senso di appartenenza e di connessione in modo da potere sviluppare la sua intelligenza e i suoi talenti per acquisire competenze utilizzabili.

2. Transfert proiettivi (G_1+/G_1-) -transfert difensivi-: i transfert oggetti-Sé non spiegano a sufficienza le proiezioni del paziente sul terapeuta. Ritieniamo che questi aspetti, quando sono evidenziati nel transfert, siano piuttosto da considerare in termini di transfert proiettivo o difensivo. È ovviamente possibile che i due tipi di transfert si sovrappongano. Pur desiderando esperienze di confluenza e frizione, il paziente può anche aver bisogno che il terapeuta contenga e affronti le proiezioni. In questo ambito di transfert il paziente proietta G_1+/G_1- sul terapeuta per elaborare e risolvere esperienze non integrate. "Dobbiamo a Melanie Klein se la proiezione è stata accettata come un processo di sviluppo normale" (Rycroft, 1995).

In un ambiente non sintonico con lui, il bambino distingue e separa "buono" e "cattivo".

La scissione dell'Io e dell'oggetto tende ad essere connessa con la negazione e la proiezione e questo terzetto costituisce una difesa schizoide per cui parti di sé (e oggetti interni) sono disinvestite e attribuite ad oggetti del contesto ambientale (Rycroft, 1995, p.173).

Il transfert proiettivo è il meccanismo che il paziente utilizza per mantenere un senso coerente di sé, proiettando conflitti interni repressi sul terapeuta. I pazienti che ricercano questa esperienza transferale oscillano continuamente tra buono e cattivo. L'aspetto idealizzante di questo transfert è diverso dal transfert idealizzante di fusione descritto in precedenza, in quanto generalmente veicola una significativa quantità di ansia sul terapeuta. Il terapeuta sa fin troppo bene che "l'amore" si trasformerà in "odio".

Di fronte alla rabbia del paziente può essere utile distinguere tra almeno due tipi diversi di transfert negativo. Un paziente può essere arrabbiato, furente perché il terapeuta, senza volerlo, non lo ha "considerato", e certamente il terapeuta può anche aver sbagliato. Rotture di questo tipo, spesso viste come errori, possono essere molto utili alla terapia, in quanto il paziente ha l'opportunità di entrare in contatto con esperienze affettive profonde ed esprimerle, per la prima volta, in compagnia di un'altra persona che è comprensiva, premurosa e che se necessario sa anche offrire delle scuse. Talvolta, tuttavia, è necessario "reggere" il transfert negativo per un certo periodo per consentirne l'integrazione psicologica. Winnicott (1949) ci ammonisce a non negare i nostri sentimenti di odio nel controtransfert ma di trovare i modi per contenerli e utilizzarli a scopo di interpretazione.

Se l'attaccamento primario del paziente è stato vissuto attraverso l'odio, questi può avere difficoltà ad attaccarsi in modo sufficientemente sicuro al terapeuta per lavorare in terapia se non sente un po' di quella carica negativa. Questa può essere una situazione difficile per quei terapeuti che non riescono che ad essere accoglienti, positivi ed empatici nei confronti dei loro pazienti. Tuttavia potrebbe essere terapeuticamente inefficace negare sentimenti di rabbia quando l'odio sta cercando di manifestarsi attraverso la relazione terapeutica.

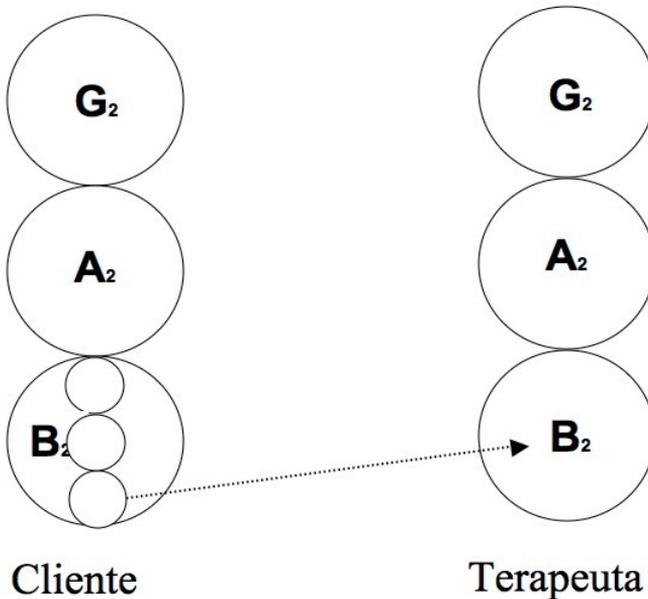
3. Transfert trasformativi (B_1) (Identificazione proiettiva): in questo caso (vedi figura 2) ci riferiamo al processo di identificazione proiettiva, in modo particolare come definito da Ogden (1992) che ha ampliato il concetto originale della Klein (1986). Secondo Ogden, il bambino induce uno stato emotivo nell'altro che corrisponde allo stato che non è in grado di esperire per se stesso. Il ricevente permette allo stato indotto di risiedere al proprio interno e, re-introiettando questa esperienza metaboliz-

Discorso di ringraziamento - Eric Berne 2007 Memorial Award

zata all'esterno, il bambino ottiene un cambiamento nella qualità della sua esperienza. In questo tipo di transfert al terapeuta viene richiesto di trasformare l'esperienza rendendola contenibile e significativa (Ogden, 1992). Questo suggerisce che il nucleo del sé scisso del paziente sia "avvertito" dal terapeuta, che si trova a contenere e a provare qualcosa che è difficile identificare come "altro" che non sia il paziente.

L'identificazione proiettiva è un concetto che descrive il modo in cui stati emotivi corrispondenti alle fantasie inconscie di una persona (chi proietta) sono ricreate ed elaborate da un'altra persona (chi riceve), cioè è il modo in cui una persona usa un'altra persona per provare e contenere un aspetto di sé (Ogden, 1992).

Questo ci indica che il terapeuta deve essere ricettivo nel provare qualcosa che sente come non familiare e che ciononostante richiede la sua attenzione.



Materiale di G_0 e B_0 proiettato sul terapeuta

Fig. 2: Transfert Trasformativi

Discorso di ringraziamento - Eric Berne 2007 Memorial Award

Fase tre: esame del controtransfert

Un caso. Un paziente arriva per la seduta di gruppo e siede sulla sedia del terapeuta. Il terapeuta risponde sedendosi in un altro posto, contenendo sentimenti di inquietudine ed anche un po' di rabbia. Il paziente sembra leggermente a disagio ma inizia a vantarsi del nuovo "potere" acquisito e di come sia ora "al posto di guida". I suoi modi sembrano mostrare un certo disprezzo nei confronti del terapeuta, che comincia a sentirsi impotente, infuriato, traboccante di rabbia. Con il procedere della seduta, alcuni membri del gruppo cominciano a mettere in discussione l'idea del paziente di guadagnare potere perché siede sulla sedia del terapeuta, e il paziente inizia ad apparire sconfitto. A mano a mano che la sua rabbia si placa, il terapeuta diviene consapevole di provare sentimenti di impotenza e umiliazione. Rendendosi conto del proprio disagio, il terapeuta cerca di immaginare come il paziente possa essersi sentito da bambino in alcune delle situazioni del passato che aveva descritto (sapeva che da bambino aveva sfidato in modo insolente una figura autorità e che per questo era stato pesantemente picchiato ed umiliato). Rendendosi conto anche che la situazione di gruppo poteva portare all'umiliazione, il terapeuta interviene per entrare in contatto con il bambino ferito, angosciato, isolato, che si nasconde dietro la difesa grandiosa. La difesa del paziente scompare, ed egli parla in maniera commovente da una posizione autentica esprimendo una dolorosa sensazione di inutilità e un bisogno profondo di contatto affettivo. Il terreno è ora pronto per il successivo lavoro di deconfusione del Bambino.

Se noi intendiamo la relazione transferale come un campo di interazione tra due persone, allora la risposta del terapeuta all'interno di questo campo di energia, comunemente noto come controtransfert, sarà significativa. La sua ricettività delle proprie risonanze soggettive al paziente e la disponibilità a "vivere esperienze" con lui/lei è un aspetto centrale nella psicoterapia relazionale. Tale processo necessariamente comporta una certa riflessione introspettiva, poiché l'informazione non può essere richiamata forzatamente dall'inconscio; essa emerge unicamente se le consentiamo uno spazio.

È attraverso il processo transferale che noi come terapeuti siamo invitati nel mondo inconscio dei nostri pazienti. Per questo motivo, un attento esame del nostro controtransfert è vitale per la crescita ed il cambiamento degli stati mentali del paziente. Nel contesto di una relazione

Discorso di ringraziamento - Eric Berne 2007 Memorial Award

terapeutica le principali ansie del terapeuta saranno spesso “provocate”. Sebbene questo processo possa apparire destabilizzante ed inquietante, esso è in realtà un segno salutare nella relazione terapeutica. Potrebbe anche essere la prima volta che il Bambino del paziente è stato capace di avere un effetto su qualcun’altro e vede che questa persona rimane intatta e integra all’interno della relazione.

Questo è il modo in cui i nostri pazienti sono portati ad usarci, per cercare un’integrazione dei contenuti inconsci dello stato dell’Io Bambino. Nella terapia questo processo segue le stesse regole e le stesse funzioni seguite nel normale sviluppo del bambino. Il terapeuta è in grado di occuparsi dei sentimenti e delle esperienze di frustrazione del bambino/paziente e di aiutare il bambino/paziente a gestirli. Questo si ottiene attraverso un processo noto come “identificazione proiettiva” (Klein, 1986), ma per gli psicologi del sé (Kohut, 1971) si tratta di immersione empatica in se stessi per comprendere ed aiutare un altro a dare senso alla propria esperienza.

Moiso e Novellino hanno sostenuto che in Analisi Transazionale, “le enormi conseguenze cliniche e metodologiche dell’accettare di lavorare con le dimensioni transferale e controtransferale delle transazioni” (Moiso, Novellino, 2000) sono state alcune volte neutralizzate dal fatto di considerare il transfert solo come una delle dimensioni della relazione terapeutica. Essi sottolineano l’originale criticismo di Berne nei confronti della psicoanalisi per il fatto che questa fosse una teoria troppo separata dai problemi di natura fenomenologica. L’Analisi Transazionale ha guadagnato la visione fenomenologica ma si è progressivamente distanziata dalla relazione transferale.

Ora noi cerchiamo di ripristinare questo equilibrio e sosteniamo che rendendo la relazione transferale un aspetto centrale del lavoro abbiamo accesso ad una dinamica emotiva stimolante e complessa. Accettando la validità della vita emotiva del terapeuta, abbiamo disponibile una ricca fonte di informazioni relativamente alla natura dei problemi del paziente. I tre ambiti transferali delineati in precedenza possono essere utili per identificare il controtransfert del terapeuta e imprimere una direzione alla terapia. Per brevità non approfondiamo oltre questi aspetti, salvo dare qualche indicazione su ciò di cui il terapeuta può fare esperienza in questi ambiti transferali.

Discorso di ringraziamento - Eric Berne 2007 Memorial Award

1. Transfert introiettivo: quando il terapeuta viene introiettato o “co-optato”, a volte può essere preda di un senso di noia o persino di sonno. Il terapeuta può accorgersi che i suoi bisogni narcisistici possono essere di intralcio e se non rimane vigile per cogliere i segnali della sua risposta controtransferale, potrebbe insistere con la sua presenza in un modo poco utile alla terapia. Se continua a fare interventi, potrebbe emergere una competizione Bambino-Bambino che non sarebbe terapeutica. Allo stesso tempo, il terapeuta dovrà essere emotivamente sintonizzato in modo da essere pronto a “nominare” e rimandare le risposte emotive senza essere intrusivo.

2. Transfert proiettivi (G_1+/G_1-) – i transfert difensivi-: questi transfert sono più indicativi di situazioni e disturbi borderline. In casi estremi il terapeuta si sentirà come sulle montagne russe, su un minuto e giù il minuto seguente. In casi meno estremi, quando è “su” sarà in ansia prevedendo che la fase “giù” arriverà, se non subito, certamente più avanti. Non c'è un momento di pausa! Spesso il terapeuta si sentirà in contatto con una sensazione intensa di vulnerabilità, dato che i suoi processi primari saranno agitati dalle volatili dinamiche interpersonali. Il terapeuta si sentirà spesso sotto la forte provocazione ad agire il proprio controtransfert e, sebbene apparentemente calmo, potrebbe avere la tentazione di dare un'interpretazione particolarmente “ostile” sotto la parvenza della “terapeuticità”.

3. Transfert trasformazionali (B_1): le reazioni controtransferali in questo ambito sono diverse e spesso profonde. Quando il paziente proietta uno stress arcaico e non elaborato nel contesto terapeutico, verranno mobilitati i processi primari del terapeuta. Il caso raccontato in precedenza evidenzia questo tipo di esperienza.

Bibliografia

BERNE E., (1961), trad. it. Analisi Transazionale e psicoterapia, Astrolabio, Roma 1971

DAMASIO A., The feeling of what happens: Body and emotion in the making consciousness, Heinemann, London 1999

Discorso di ringraziamento - Eric Berne 2007 Memorial Award

- DUSAY J., The power of simplicity. Keynote speech at the International Transactional Analysis Conference, San Francisco, California, 2007
- ENGLISH F., I'm now a cognitive transactional analyst, are you? «The Script», 37 (5), 2007
- HARGADEN H., SILLS C., Deconfusion of the child ego state. A relational perspective in «Transactional Analysis Journal», 31, 2001, pp. 55-70
- HARGADEN H., SILLS C., Transactional Analysis: a relational perspective, Brunner-Routledge, London 2002
- KARPMAN S.B., Fairy tales and script drama analysis in «T.A.B.», 7, 1968
- KLEIN M., The selected Melanie Klein, Peregrine Books, London 1986
- KOHUT H., (1971), trad. it. La ricerca del sé, Boringhieri, Torino 1982
- MEIER C.A., Personality. Daimon, Einsiedeln Switzerland 1995
- MENAKER E., The freedom to inquire: Self psychological perspectives on women's issues, masochism, and the therapeutic relationship, Jason Aronson, Northvale, NJ. 1995
- MOISO C., Ego state and transference, in «Transactional Analysis Journal», 15, 1985 pp. 194-201
- MOISO C., NOVELLINO M., An overview of the psychodynamic school of Transactional Analysis and its epistemological foundations, in «Transactional Analysis Journal», 30, 2000, pp. 18-27
- MORRISON V., Inarticulate speech of the heart. Polydor, 839604-2. Instrumental and song, on CD of the same name 1983
- MILLER J.B., Toward a new psychology of women, Beacon Press, Boston 1986
- OGDEN T., Projective identification and psychotherapeutic technique, Jason Aronson Northvale, NJ 1992
- RYCROFT C., (1968), trad. it. Dizionario critico di psicoanalisi, Astrolabio, Roma 1970
- SCHIFF J.L., et AL., (1975), trad. it. Analisi Transazionale e cura delle psicosi, Astrolabio, Roma 1980
- SCHORE A.N., Affect Regulation and the Origin of the Self: the Neurobiology of Emotional Development, Hillsdale, Erlbaum 1994
- STEINER C., (1974), trad. it. Copioni di vita. Analisi Transazionale dei copioni esistenziali, La Vita Felice, Milano 1999
- STOLOROW R.D., BRANCHAFT B., ATWOOD G., (1982) trad. it. La prospettiva intersoggettiva, Borla, Roma 1996
- WINNICOTT D.W., (1949), Hate in the countertransference in «International Journal of Psycho-Analysis», 30, 1949 pp. 69-74