

L'USO DEL CONTROTRANSFERT IN SUPERVISIONE

di Antonella Liverano (TSTA) e Cinzia Messina (TSTA)

Nell'impostare il workshop abbiamo pensato di inserire la riflessione sul controtransfert nel più ampio contesto della conoscenza intuitiva. A tale scopo abbiamo usato come riferimento concettuale quanto Berne ha evidenziato a proposito dell'intuizione e di come essa contribuisca ad orientare la comprensione diagnostica del cliente da parte del terapeuta, tenendo tuttavia conto che in tale processo entrano in gioco anche le dinamiche personali del terapeuta. Ecco che la riflessione sul controtransfert in supervisione può aiutare a ricostruire come ci si costruisce la comprensione del cliente e come la si può utilizzare ai fini dell'intervento. In questa prospettiva abbiamo ritenuto utile tenere presenti i diversi aspetti che la Clarkson ha delineato nella dinamica del transfert-controtransfert, facendo anche attenzione a come questi si possono manifestare nel contesto supervisivo in termini di processo parallelo.

Presentiamo, dunque, brevemente gli aspetti essenziali dei tre nuclei tematici (intuizione, controtransfert, processo parallelo) che hanno fatto da sfondo al workshop esperienziale e che sono stati utilizzati per riflettere sulle esperienze fatte di supervisione, rimandando alle fonti citate per gli approfondimenti. Cominciamo con il primo nucleo tematico, sintetizzando il contributo di Berne allo studio della conoscenza intuitiva, facendo riferimento al libro *Intuizione e stati dell'Io* (1992) che raccoglie gli scritti di Berne in materia dal 1949 al 1962 .

“L'intuizione è la conoscenza basata sull'esperienza acquisita attraverso il contatto sensoriale con il soggetto, senza che “chi intuisce” riesca a spiegare esattamente a se stesso o agli altri come è pervenuto alle sue conclusioni. Oppure, in termini psicologici, è la conoscenza basata sull'esperienza e acquisita mediante funzioni inconsce o preconsce preverbalì attraverso il contatto sensoriale con il soggetto.” (Berne, 1992, pag.18-19)

Questa definizione si avvicina a quella di Jung secondo cui l'intuizione “è quella funzione psicologica che trasmette percezioni in modo inconscio” (Jung, C.G. 1921). E' simile persino alla definizione data dal dizionario (Ellenberg, H.F. (1970). *La Scoperta dell'Inconscio*) “*rapida percezione della verità senza attenzione conscia o ragionamento*” .

Non solo l'individuo è inconsapevole di come conosce qualcosa, può darsi persino che non sappia che cosa conosce, ma si comporta e reagisce in modo specifico come se le sue azioni o reazioni si basassero su qualcosa che conosce.

La funzione intuitiva è favorita notevolmente da un certo atteggiamento mentale, la “*disposizione intuitiva*” (Berne, 1992, pag. 34). Requisito necessario sembra essere uno stato di vigilanza e recettività, mentre la partecipazione diretta dell'Io percettivo è di ostacolo all'intuizione;

infatti se colui che cerca di intuire cerca deliberatamente indizi sensoriali già verbalizzati, il processo intuitivo risulta danneggiato.

Berne in *Intuizioni e Stati dell'Io* (1992, pag. 36) dice *“lo stato d'animo intuitivo è rafforzato da un atteggiamento di vigilanza e di recettività senza partecipazione attivamente diretta dell'Io percettivo; esso si ottiene più facilmente con la pratica, può esaurirsi ed è faticoso”*.

L'intuizione consiste in due processi: una “percezione subconscia” e una “verbalizzazione conscia”: “le cose vengono disposte automaticamente appena al di sotto del livello di coscienza, i fattori percepiti in modo subconscio vengono separati, prendono posto automaticamente e sono integrati nell'impressione finale, che infine viene verbalizzata con qualche incertezza” (Berne, 1992, pag. 34).

Il mezzo attraverso il quale il terapeuta sviluppa un'intuizione è la comunicazione nei suoi diversi livelli. Quanto più dirette sono le comunicazioni tanto più precisa sarà la diagnosi preliminare. Spesso il clinico nel fare diagnosi può non accorgersi dello schema di controtransfert e /o della sfiducia – ansia tra sé ed il paziente.

Una delle funzioni della supervisione è sviluppare l'insight del supervisionato, cioè aumentarne la consapevolezza cognitiva ed emotiva di ciò che prima era inconscio (Gee, 1998) e in questo può essere utile tenere conto delle sue intuizioni, come di quelle del supervisore. L'intuizione, come si è detto, interagisce con il controtransfert e dunque l'analisi e l'uso del controtransfert possono sia affinare l'intuizione che promuovere la riflessione sulle dinamiche del cliente e della relazione con lui .

Inizialmente il terapeuta non crea realmente una diagnosi, crea un giudizio preverbale della configurazione senza conoscere nulla della terminologia diagnostica. Successivamente questo giudizio viene espresso con terminologia diagnostica. Qualora il terapeuta abbia esercizio ed esperienza c'è un'integrazione che determina un'analisi integrativa diagnostica.

Una parte dell'analisi è condizionata da esperienze infantili, per cui individui diversi, nell'osservare le persone che incontrano, integrano costellazioni di qualità diverse.

La capacità del terapeuta è riconoscere la comunicazione latente e depurarla isolando i pensieri latenti causati da controtransfert ed ansia poichè la risposta latente si riferisce alla comunicazione latente delle reazioni subconscie del paziente, alla sua situazione, alla percezione subconscia di queste reazioni da parte dell'analista ovvero transfert e controtransfert. Berne (1992, pag. 68) dice *“la risposta latente ad una comunicazione è la conoscenza intuitiva del ricevente”*.

La conoscenza intuitiva affonda le sue radici nelle immagini primarie, ovvero rappresentazioni presimboliche di transazioni interpersonali, che permettono di cogliere gli atteggiamenti arcaici inconsci di altre persone e di leggerne l'espressione sociale. Tali concezioni

primarie possono essere influenzate selettivamente dai bisogni e dagli sforzi arcaici dell'individuo che percepisce, tuttavia, in molti casi, sembrano riflettere qualcosa delle modalità di relazione di un'altra persona.

Nella relazione terapeutica, il paziente cerca nello psicoterapeuta le sue comunicazioni latenti. Egli cerca ciò di cui ha bisogno e paura. Lo psicoterapeuta analizza le comunicazioni per trovare l'argomento latente più importante per il paziente. Nel colloquio iniziale ascolta per verificare che cosa il paziente teme o si aspetta da lui, e non per scoprire se riesce a ottenere dal paziente ciò che desidera. Si forma un'impressione diagnostica, basata non sulle proprie limitate esigenze del momento, ma su ciò che predomina nelle comunicazioni latenti del paziente.

Se il terapeuta si lascia andare a un atteggiamento liberamente fluttuante, mentre ascolta e osserva il paziente, può percepire lo stile della configurazione relazionale basata su un'immagine del paziente in qualche relazione infantile con il terapeuta, o, in ogni caso con qualcuno.

Negli **adulti normali** le immagini primarie raramente vengono alla coscienza, e i giudizi primari sono filtrati attraverso uno spesso strato di determinanti culturali da cui emergono in forma civilizzata in un complesso di idee e sentimenti incorporati in una serie di tali immagini fortemente energizzate.

Nel nevrotico, a causa della natura traumatica degli eventi, le immagini primarie attivate suscitano grande ansia e disperazione. Se il controllo è solo parziale, l'immagine rischia di irrompere, e occorre mettere in atto speciali meccanismi psichici per affrontare l'emergenza.

Nei casi borderline, le immagini stesse diventano coscienti, ma l'investimento emotivo è affrontato separatamente usando i meccanismi psichici della scissione e negazione, ma questi non hanno forza patologica e immediatezza nel modificare il comportamento dell'individuo.

In alcuni schizofrenici, i meccanismi di controllo si bloccano e le immagini primarie attivate diventano coscienti con il loro investimento emotivo pieno e patologicamente forte, portando con sé aspetti diretti di notevole forza e urgenza. L'attenzione di tale paziente può essere spostata dagli altri suoi interessi verso una lotta con questi fenomeni arcaici. Se essi minacciano di sopraffarlo, egli potrà salvarsi se deciderà di espellere le immagini patologicamente energizzate mascherandole come allucinazioni uditive o visive, deliri, riducendo così l'intensità della sua lotta.

Dunque le intuizioni sono un genere speciale di diagnosi derivante da processi arcaici subconsci (preconsci e/o inconsci) e sono basate su immagini primarie attivate da comunicazioni latenti, oltre a ciò che dice il cliente, nonché il suo aspetto e sul suo comportamento e dipendono più dal rumore che dall'informazione.

Da quanto si è detto, si può cogliere come l'intuizione possa arricchire la comprensione dell'esperienza che il cliente manifesta a livello verbale e non verbale nella relazione terapeutica, ed

essere dunque uno strumento prezioso per riflettere sul controtransfert; d'altra parte tale riflessione affina e indirizza terapeuticamente l'uso dell'intuizione. Passiamo dunque al secondo nucleo tematico, il controtransfert, che ha costituito il focus dell'esperienza di supervisione nel workshop.

L'analisi del controtransfert è prevalentemente focalizzata sulla relazione supervisionato-cliente, piuttosto che sulla psicologia del supervisionato in sé e per sé, cioè si cerca di ancorare e collegare il controtransfert al transfert del cliente (Gee, 1998).

Come si è detto all'inizio, per orientarci nei diversi aspetti del transfert-controtransfert, facciamo riferimento al contributo della Clarkson (1991a e b). In questa sede non ci soffermiamo a riportare nel dettaglio il lavoro della Clarkson, ma ci limitiamo a riassumere nei due schemi che seguono le definizioni dei diversi tipi di transfert e controtransfert delineati dall'autrice.

4 Categorie del fenomeno Transfert (dannosi o facilitanti)

Transfert proattivo del cliente Il cliente propone lo stimolo	{	<p>Concordante : proietta sul T il proprio B e si identifica</p> <p>Complementare : proietta sul T il G o il B del genitore del passato. Ripropone simbiosi di I° e II°</p>
Controtransfert reattivo del T Che risponde allo stimolo del cliente	{	<p>Complementare : il T risponde con i sentimenti provati dal G e B originari (iperprotettivo o critico)</p> <p>Concordante : il T risponde sperimentando i sentimenti evitati dal CI o risuonando con il vissuto del CI in modo inspiegabile</p>
Controtransfert pro-attivo del T (transfert del T)	{	<p>Complementare: il T risponde alle proiezioni del CI in base al proprio passato (fa quello che ha imparato e non ciò che serve al CI)</p> <p>Concordante : il T sperimenta le esperienze del CI in base al proprio passato a partire dal proprio bisogno di identificazione</p>
Controtransfert reattivo del Cliente che risponde al materiale proprio del T	{	<p>Complementare : il CI risponde come G o B della storia del T.</p> <p>Concordante : il CI si identifica con il B negato del T, oppure è empatico con il vissuto estraneo del T.</p>

Il transfert può essere, a seconda delle diagnosi e del contratto:

1. **permesso** quando il CI, bloccato nello stadio simbiotico, non può vedere il T come separato da quello che il T fa regolarmente, permette il transfert per poi risolverlo
2. **sollecitato** quando il CI non lo manifesta per non impegnarsi nella relazione: “come ti senti mentre dici questo?” “cosa provi nei miei confronti? In che modo somiglio a tua madre?”
3. **interrotto** quando il CI è molto arrabbiato alla fine della seduta “tu non sei una mia vittima, puoi andare via quando vuoi non come da bambino che non potevi lasciarli”
4. **evitato o attenuato** ignorando il gioco, impegnando l’A o facendo umorismo rifiutandosi di elargire permessi
5. **risolto** permettere che il transfert si sviluppi finché il CI ne colga l’estraneità del qui ed ora e usi l’A per esaminare la realtà. “quando eri piccolo era proprio così! Ma guardandoti intorno! E’ così?”

(da Clarkson, P. (1991a) Through the looking glass: explorations of transference and countertransference. *Transactional Analysis Journal*, 21, 99-107.)

La relazione terapeuta-cliente viene spesso ‘riflessa’ nella relazione terapeuta-supervisore. Qui ci si riferisce al terzo nucleo tematico, cioè al concetto di processo parallelo e Searles (che l’ha individuato nel 1955) considera tale processo di ‘riflessione’ come un tentativo del terapeuta di comunicare al supervisore in modo inconscio qual è il problema terapeutico.

D’altra parte, anche il materiale inconscio della terapia può manifestarsi nei processi e sentimenti riflessi in supervisione (Lendrum – Syme, 1998)

Cogliere il processo parallelo in supervisione permette dunque di comprendere a comunicazione inconscia tra terapeuta e cliente, di accedere al mondo interiore del terapeuta e ciò può aiutare a portare avanti il suo lavoro con il cliente. D’altra parte il modo di portare avanti il processo di supervisione può avere un impatto terapeutico per il supervisionato, senza che per questo la supervisione si trasformi in una terapia (Martin, 1998).

Il supervisore può cogliere tale processo parallelo attraverso la propria risonanza emotiva, ciò che sente, che può anche essere proposto alla riflessione del supervisionato (**ad es. quello che sto sentendo, che per me non è spiegabile, può avere a che fare con quello che sta avvenendo tra te e il tuo cliente?**)(Gee, 1998; Lendrum – Syme, 1998).

Pensare in termini di processo parallelo implica un salto d’immaginazione, un’intuizione, ma dato che l’intuizione non è scevra da pregiudizi, è importante mantenere un atteggiamento

critico su ciò che si pensa, valutandone soprattutto l'utilità ai fini della crescita del terapeuta e del cliente. È importante, dunque, che le riflessioni sul processo siano in termini di "come se", cercando di sviluppare delle ipotesi su cosa appartiene al cliente, cosa al terapeuta e cosa al supervisore. Questi infatti è partecipe, con il supervisionato e il cliente, di un campo sistemico, in una rete di cocreazione di una storia e di un contesto i cui comprendere tale storia nel momento in cui emerge (Mothersole, 1998).

Mothersole (1998, 308) distingue tre tipi di processo parallelo :

- **tipo 1:** aspetto del processo che può essere considerato come proveniente dal cliente e riproposto dal supervisionato in supervisione;
- **tipo 2:** aspetto del processo proveniente dal supervisionato e proiettato sia nella relazione terapeutica che in quella supervisiva, influenzandole entrambe;
- **tipo 3:** aspetto del processo proveniente dal supervisore o dalla situazione supervisiva, passato nella relazione terapeutica.

Accanto a questo va considerato quello che l'autore chiama "nota al margine" che si riferisce al fatto che un dato aspetto del processo proviene dall'esterno della triade supervisiva coinvolta (ad es.: aspetti relativi ad altri clienti, o a dinamiche organizzative).

La Clarkson (1998 p.136) evidenzia che il modello del processo parallelo "incapsula, in termini sincronistici ampi, le dinamiche del transfert-controtransfert che si riflettono attraverso i differenti sottosistemi del processo di supervisione"; la dinamica transfert-controtransfert, distinta dall'autrice nei suoi vari aspetti, come si è sopra schematizzato, può dunque essere usata per decodificare l'eventuale processo parallelo che si verifica in supervisione.

Una volta che il supervisionato giunge a dare un significato al proprio controtransfert, lo può poi utilizzare per orientare terapeuticamente il suo intervento con il cliente.

Bibliografia

- Berne, E. (1971). *Analisi transazionale e psicoterapia*. Roma : Astrolabio.
- Berne, E. (1992). *Intuizione e Stati dell' Io*. Roma : Astrolabio.
- Clarkson, P. (1991a). Through the looking glass: explorations of transference and countertransference. *Transactional Analysis Journal*, 21, 99-107.
- Clarkson, P.(1991b). Further through the looking glass:Transference, countertransference, and parallel process in psychotherapy. *Transactional Analysis Journal*, 21,174-183.
- Clarkson, P. (1998). Supervised supervision: including the archetopoi of supervision. In P. Clarkson (Ed.) *Supervision. Psychoanalytic and Jungian Perspectives* (136-146). London: Whurr Publishers Ltd.
- Ellenberg, H.F. (1970). *La Scoperta dell'Inconscio*. Torino : Boringhieri 1995.
- Gee, H. (1998). Developing insight through supervision: relating, then defining. In P. Clarkson (Ed.) *Supervision. Psychoanalytic and Jungian Perspectives* (9-33). London: Whurr Publishers Ltd.
- Jung, C.G. (1921). *Tipi Psicologici*, in Jung, *Opere*, Vol.VI. Torino: Boringhieri 1969

- Lendrum, S., & Syme, G. (1998). Supervision in bereavement counselling. In P. Clarkson (Ed.) *Supervision. Psychoanalytic and Jungian Perspectives* (95-106). London: Whurr Publishers Ltd.
- Martin, E. (1998). Foreword. In P. Clarkson (Ed.) *Supervision. Psychoanalytic and Jungian Perspectives* (xv-xvii). London: Whurr Publishers Ltd.
- Mothersole, G. (1998). Level of attention in clinical supervision *Transactional Analysis Journal*, 28, 299-310.
- Searles, H. F. (1955). The informational value of the supervisor's emotional experience. In H. F. Searles, *Collected papers on schizophrenia and related subjects* (135-146). London: Hogarth Press.