



L'uso del Sé da parte del terapeuta

di Leonard A. Carlino

Una delle caratteristiche che mi attrassero verso la bioenergetica fu l'abilità del Dr. Alexander Lowen di esprimersi nel processo terapeutico come un artista usa la tela come mezzo per la creatività. In *Dinamiche fisiche della Struttura del Carattere* (1958), Lowen discute la distinzione tra una tecnica di associazioni passive, a cui fa riferimento come analisi dall'alto, ed una tecnica più attiva che lui chiama analisi dal basso. Egli sottolinea i contributi di Ferenczi a questo secondo approccio. Ma il vero contributo venne da Reich quando cominciò ad attaccare le strutture del carattere dei pazienti. Nella *Analisi del Carattere* (1949), vediamo quanto attivo dovesse essere il ruolo del terapeuta secondo Reich. Naturalmente, quando egli iniziò ad usare l'approccio al corpo, non c'era dubbio che questa terapia più attiva fosse radicalmente diversa dall'approccio passivo basato sulle associazioni. Vorrei dare uno sguardo a come l'approccio attivo richieda un attivo uso del sé da parte del terapeuta nel corso della terapia.

Vorrei mostrare anche come le tecniche psicoanalitiche al giorno d'oggi incoraggino il terapeuta ad essere più attivo, diventando in tal modo più simile all'approccio della bioenergetica. Originariamente il pensiero psicoanalitico riteneva che i terapeuti non dovessero coinvolgersi nella interazione analitica. Ciò accadeva nel tentativo di eliminare il controtransfert per non contaminare il processo analitico, essendo il controtransfert la risposta inconscia del terapeuta al paziente. Però la psicoanalisi classica deve confrontarsi con un dilemma. Adesso riconosce che nessun analista è mai completamente analizzato. Cioè nessuno arriva mai ad un punto in cui tutto il suo materiale inconscio diventa conscio. Piuttosto questo processo dura una vita e la consapevolezza esiste lungo un continuum che va dal relativamente inconscio al relativamente conscio. Stando così le cose, ogni interpretazione analitica, non importa quanto passiva, ha elementi del materiale inconscio dell'analista. Perciò gli interventi dell'analista sono sempre in qualche misura inquinati dall'inconscio dell'analista e pertanto costituiscono contaminazione controtransferenziale.

Il pensiero psicoanalitico ha cercato anche di operare una distinzione tra la relazione vera e la relazione transfert - controtransfert. La vera relazione consiste di quelle interazioni tra paziente e terapeuta prive di proiezioni inconse e basate su percezioni accurate. Ciò contrastava con la relazione transfert - controtransfert che includeva ripetizioni del passato non discriminate e non selettive, il che non è appropriato e ignora e distorce la realtà. Comunque dato che nessuno è mai senza un certo grado di contaminazione inconscia, non ci può essere nessuna distinzione netta tra la relazione vera e quella transfert - controtransfert. Piuttosto la realtà viene vista adesso come un concetto relativo che ha significato solo nel contesto terapeutico se viene concordato mutuamente sia dal paziente che dal terapeuta.

Poiché non possiamo fare una chiara distinzione tra il materiale conscio e quello inconscio del terapeuta e poiché la distinzione tra la relazione vera e la relazione transfert - controtransfert è relativa, cosa deve fare un terapeuta? Per il terapeuta nell'attuale pensiero analitico la risposta è di usare attivamente il controtransfert. Essenzialmente i terapeuti vengono incoraggiati ad aver fiducia nelle emozioni che il paziente stimola in loro. La spiegazione razionale è questa: il paziente stimola il suo affetto respinto in noi nella speranza che noi possiamo tollerare l'affetto e darvi una risposta. Il paziente impara a contenere o integrare il suo affetto mentre il terapeuta glielo rimanda. Il rimando non può essere soltanto da una posizione intellettuale neutra, poiché, ciò che è essenzialmente un'interazione affettiva e un'esperienza di riapprendimento, deve coinvolgere una risposta emozionale da parte del terapeuta. In altre parole la "realtà emozionale" tra paziente e terapeuta e la "sola realtà". La spiegazione razionale continua stabilendo: i pazienti vengono da noi poiché credono che noi abbiamo sufficiente conoscenza, abilità ed auto-consapevolezza per guidarli attraverso la loro auto-scoperta. Si affidano a noi per prendere la migliore decisione possibile e per proteggerli da dolore non necessario lungo il

loro viaggio. Ci danno il potere non di presumere di sapere cosa sia giusto per loro, ma di ascoltare, invitarli alla cooperazione e poi prendere la migliore decisione possibile riguardo ciò che è più terapeutico. È con questa comprensione che l'attuale psicoanalisi vede l'uso attivo del controtransfert. Quando gli psicoanalisti usano il controtransfert in modo attivo, lo chiamano *condivisione del controtransfert* – Little (1951) è stato il primo a sostenere questa scoperta. Ella afferma che il solo modo di evitare di essere schiacciati dall'esperienza di fondersi con i problemi del paziente è quello di ammettere il proprio controtransfert al paziente o diventare attivo emozionalmente nella relazione. Le tecniche bioenergetiche offrono una modalità eccellente al terapeuta di diventare attivo emozionalmente, come ha suggerito Little. Marade (1991) afferma che il principio di base che dovrebbe guidare una tale rivelazione è che il terapeuta deve rivelare qualsiasi cosa sia necessaria per facilitare la consapevolezza e l'accettazione della verità da parte del paziente.

McLaughlin (1991) sottolinea l'autenticazione della realtà della relazione piuttosto che della realtà del paziente. Vedere la relazione in questa luce ha un grande effetto di livellamento poiché quello che è importante è la verità, qualsiasi essa sia. L'amore non è più importante dell'odio; l'integrità non è più importante della mancanza di carattere. L'attributo più importante del terapeuta è un impegno inflessibile - un impegno alla verità e a mantenere l'integrità della relazione e del processo ed essere consapevole del come il transfert modelli la controtransfert e viceversa. Noi in bioenergetica abbiamo degli strumenti in più per mantenerci veri. Uno è la verità del corpo visto nel paziente e il secondo è la verità percepita nel corpo del terapeuta.

Marade (1991) afferma che parte della motivazione originale e continua della scelta vocazionale del terapeuta è la necessità sia di guarire che di essere guarito. Rifiutare di riconoscere questo, così come altri aspetti significativi dell'azione reciproca del transfert e controtransfert, può avere come risultato un trattamento non necessario, limitato, inutile o distruttivo. Se un forte controtransfert non riesce ad essere riconosciuto e trattato direttamente in seduta, verrà inevitabilmente fuori in qualche modo. Il modo in cui verrà fuori può prendere la forma di tenere una distanza non terapeutica dal paziente o rifiutarsi di fondersi col paziente per paura di perdere il controllo. O può prendere la forma di ottenere gratificazione diretta dal paziente durante il trattamento o al termine di esso. Piuttosto che il termine psicoanalitico di condividere il controtransfert, preferisco il termine "*uso del sé da parte del terapeuta*".

Ciò, credo, è più coerente con la tradizione bioenergetica e con l'importanza dell'autoespressione per una persona in salute, efficiente. Allo stesso tempo lascia il termine controtransfert per situazioni in cui l'inconscio è il fattore predominante nella interazione terapeutica.

Vorrei adesso menzionare alcune indicazioni e precauzioni che il terapeuta dovrebbe tenere in considerazione nell'uso del sé in terapia - Marade (1991). Il primo passo è, per il terapeuta, essere profondamente consapevole dei suoi punti forti e di quelli deboli. Per noi in bioenergetica, ciò necessita una profonda comprensione dei nostri caratteri e dei loro limiti quando interagiamo con altre strutture caratteriali.

Secondo, tali interventi dovrebbero essere in primo luogo per la cura del paziente e non dovrebbero mai essere intrapresi solamente per la cura del terapeuta.

Terzo, l'uso del sé dovrebbe essere visto lungo un continuum nella relazione terapeutica. Un paziente si muoverà da un livello al successivo man mano che sarà diventato capace di avere a che fare con gradi maggiori di sensazioni intense e avrà acquisito un senso maggiore di sé o, come direbbe l'analista, ma mano che il paziente avrà acquisito una maggiore capacità di relazioni oggettuali. Questa è una utile indicazione per la gestione di relazioni a due. Alcuni pazienti saranno più avanti su questo continuum e perciò, saranno in grado di sostenere relazioni a due a diversi livelli. Ciò è specialmente applicabile per terapeuti in cui i pazienti siano anche i loro studenti in training.

Quarto, il terapeuta ha bisogno di essere profondamente radicato nella sua consapevolezza corporea. Per questo è necessaria la capacità di contenere una forte carica affettiva così come la capacità di esprimere una forte carica a seconda di quale sarà appropriata.

Più il terapeuta è radicato, più forte può essere l'uso terapeutico dell'intervento del sé.

Quinto, lo scopo dell'uso del sé non è necessariamente perché il terapeuta si sente diverso dalle persone che hanno importanza per il paziente, piuttosto, per il terapeuta è gestire i suoi sentimenti in modo più costruttivo di quanto abbiano fatto le persone significative per il paziente. Infine ciò mette in grado il paziente di essere consapevole del suo sentire e dei suoi comportamenti e di prendersi la responsabilità di entrambi.

Sesto, non vi è un singolo modo corretto di applicare l'uso del sé in terapia, ma se il terapeuta è onesto, diretto, scevro da giudizio e di cuore, sarà il più efficace.

Infine una parola di avvertimento riguardo ai confini. I terapeuti hanno bisogno di avere confini stabili e forti particolarmente quando trattano pazienti che non li hanno.

Il terapeuta ha anche bisogno di avere confini permeabili, per permettere esperienze regressive ragionevolmente controllate. Il terapeuta deve essere in grado di condividere l'esperienza di stati affettivi primari del paziente piuttosto che osservarli semplicemente. Condividere vuol dire che il terapeuta deve essere relativamente indifeso e aperto a sperimentare sensazioni potenzialmente disagiati, come la confusione del paziente, le sue ansietà, follie, disperazione, rabbia ed eccitazione sessuale.

In nessun caso si dovrebbe confondere l'uso del sé con il difendere la rinuncia ai confini nella relazione terapeutica. Lo scopo dell'uso del sé è quello di offrire alternative per facilitare l'integrità della situazione terapeutica. Ad ogni modo, poiché il bisogno di esprimersi in una intensa situazione interpersonale è così fondamentale ed inevitabile, l'inibizione dell'affetto da parte del terapeuta può in effetti condurre all'acting-out da parte del paziente. Perciò bisogna che ci sia un equilibrio tra i confini del terapeuta e l'espressione affettiva del suo uso del sé.

In conclusione vorrei spendere qualche parola su come l'uso del sé, se integrato con questi suggerimenti, contribuisca al comportamento etico del terapeuta. La migliore barriera contro l'abuso nei confronti dei pazienti è il grado a cui il terapeuta, in quanto strumento, si è evoluto. Più il terapeuta è radicato nella sua auto-consapevolezza e auto-possessione, maggiore sarà la sua capacità di un uso costruttivo del sé nella relazione terapeutica. Infine il comportamento del terapeuta non sarà dettato da regole etiche provenienti dall'esterno del sé, piuttosto, il comportamento sarà diretto da un senso di principi interiori guidati da un punto di vista energetico.

Tratto da Bioenergetic Analysis.

Traduzione di Roberto Farabone, a cura di Luciano Marchino.