

Il controtransfert nella psicoterapia genitore-bambino – Risultati di un’analisi a più livelli

Centro Studi Martha Harris. Firenze. Maggio 2026

Björn Salomonsson

Perché ci è voluto mezzo secolo perché la psicoanalisi iniziasse a cambiare la propria visione del controtransfert, da elemento contaminante a agente utile, da disturbo da affrontare al di fuori dello studio a strumento, talvolta distruttivo e dannoso, ma anche onnipresente, necessario e, se gestito con saggezza, di vitale aiuto per il paziente. Permettetemi di usare una metafora: i batteri, se si trovano nel posto sbagliato e sono del tipo sbagliato, possono essere letali. Se, d’altra parte, dimorano nel nostro intestino, alcuni di essi sono essenziali per la nostra sopravvivenza. Il controtransfert può essere visto come un tale abitante, difficile da discernere ma anche centrale per comprendere il nostro paziente – o meglio, per comprendere come interagiamo con un paziente e quindi come comprenderlo.

Tornando al lento esordio del controtransfert da osservare con curiosa perspicacia, facciamo un confronto con altre professioni di aiuto, ad esempio un chirurgo, un fisioterapista o un parrucchiere. I loro strumenti creano una distanza dall’altra persona. Al contrario, come terapeuta il mio unico strumento sono io stesso: ciò che sento, vedo, provo, so, ecc. Con questo strumento, non faccio qualcosa ALL’altra persona, ma lo faccio CON lei.

Quando si tratta del nostro chirurgo, fisioterapista o parrucchiere, non abbiamo bisogno di verificare se c’è apprezzamento, interesse o simpatia reciproci – o il contrario. È diverso quando parliamo con qualcuno dei nostri problemi personali. Questa è stata una delle scoperte centrali di Freud: il processo e i risultati della terapia erano strettamente legati a come il paziente viveva la relazione con lui, cioè al suo transfert.

Perché era più difficile per Freud e i suoi seguaci indagare su come interagivano con i loro pazienti e quali forze erano all’opera nel loro lavoro quotidiano? La risposta più semplice è che erano inconsci per l’analista. Il punto principale della mia presentazione odierna è che essi sono effettivamente inconsci, **ma** che spesso lasciano tracce sotto forma di dettagli osservabili nell’interazione tra analista e paziente(i). In altre parole, **l’inconscio dell’analista può essere invisibile a lui o lei, ma non al paziente**. Ciò ha un impatto sul processo terapeutico e, possibilmente, sull’esito.

Registrazione video della Psicoterapia Genitore-Bambino (PIP)

La registrazione video è stata messa in evidenza da ricercatori dell’infanzia come Stern, Tronick, Beebe, Trevarthen e altri. Essi hanno registrato per lo più situazioni sperimentali, non terapeutiche. Se eventi simili si verificano in terapia, potremmo **osservare** e descrivere tali eventi, ma anche **concepirli** psicoanaliticamente, ad esempio, come avvenimenti tra contenitore e contenuto impersonati dal terapeuta e dal bambino, o dalla madre e dal bambino.

Questo è ciò che facciamo in un gruppo di ricerca con Tessa Baradon, Evrinomy Avdi e me, tutti analisti. Crediamo inoltre che tali registrazioni possano ispirare la tecnica analitica, aiutando a comprendere il controtransfert e il modo in cui le comunicazioni verbali e non verbali si intrecciano in dense interazioni emotive. Affermiamo che le registrazioni video possono aggiungere un elemento che altrimenti sfuggirebbe facilmente nelle supervisioni: quei dettagli della comunicazione che il supervisionato non menziona perché non ne è consapevole, specialmente la comunicazione al di là delle parole.

La registrazione video delle sedute terapeutiche è stata raramente ben accolta dalla comunità psicoanalitica. Bion (1962) sosteneva che i suoi scritti contenessero “misurabilmente meno” falsificazione rispetto a una foto che può dare “verosimiglianza a ciò che è già stato falsificato”. In altre parole, le foto possono essere false.

Un tempo condividevo lo scetticismo di Bion, ma quando ho iniziato con la Psicoterapia Genitore-Bambino (PIP), gli eventi delle sedute passavano rapidamente, le comunicazioni erano difficili da osservare e comprendere, la comunicazione non verbale era fondamentale e i miei appunti non riuscivano a cogliere ciò che “stava realmente accadendo”. Ho quindi iniziato a registrare le sedute con il consenso dei genitori.

Mi sono reso conto che il commento comune degli analisti, “Non si può filmare l’inconscio”, è eccessivamente semplificato. Se il clinico partecipa a un gruppo, può parlare del controtransfert in specifici momenti clinici, e il gruppo può ricostruire il puzzle. Ci sono parallelismi con le sedute psicoanalitiche nei gruppi Weaving Thoughts (Norman & Salomonsson, 2005; Salomonsson, 2012b), ma qui si aggiungono i video.

Prima di entrare nel gruppo, pensavo che ci saremmo concentrati sulla diade durante la seduta. Ma ho presto scoperto dettagli del **mio** comportamento di cui non ero consapevole. È vero, ero consapevole di emozioni come la stanchezza, il fastidio, la tristezza e lo shock – ma non del fatto e del modo in cui le manifestavo a livello corporeo. Allo stesso modo, non mi ero concentrato sul loro possibile impatto sulla madre e sul bambino e, di conseguenza, sulla nostra interazione.

Naturalmente, non si può filmare l’Inconscio in extenso, ma ne vediamo le **tracce** man mano che emergono nei comportamenti osservabili dei partecipanti. Sono visibili nel filmato – e necessitano di un’interpretazione psicoanalitica all’interno del gruppo. Senza questa combinazione, tali tracce potrebbero essere trascurate o dare adito a congetture vaghe. È importante guardare i video, più e più volte, per cogliere meglio la semiosi illimitata (Peirce, Eco) di ogni momento.

Caso clinico

La clip che stiamo per vedere riguarda la mamma Flora e la piccola Fleur, di 5 mesi, che ho visitato per un consulto postnatale. Flora non era preoccupata per Fleur o per il loro rapporto. Piuttosto, era tormentata dal fatto che, essendo piuttosto giovane e avendo avuto una gravidanza non pianificata, non riusciva a immaginarsi come madre. Affermava di avere un legame affettuoso e forte con la bambina.

La prima volta che ho incontrato Fleur, lei spesso evitava di guardarmi. Più tardi, quando Flora ha parlato con maggiore calma della sua identità materna, la bambina ha rivolto un sorriso incantevole e gorgogliante e ha cercato a lungo lo sguardo della madre. Decidemmo di incontrarci una volta alla settimana, noi tre, per approfondire le sue difficoltà. Quando sentii che avevamo instaurato un rapporto di fiducia, chiesi di registrare le sedute, e lei acconsentì.

Man mano che la terapia PIP procedeva, il contatto visivo tra madre e figlia non mi preoccupava più, ma molto spesso Fleur evitava **il mio** sguardo. Nella seduta precedente a quella che stiamo per vedere, l'avevo fatto notare a Flora. Lei non aveva notato alcuna evasione dello sguardo a casa e ammise che il mio commento la preoccupava, ma voleva parlarne francamente.

Il filmato è tratto dall'ottava seduta, poco prima di Natale. Ha catturato il mio interesse perché mi sentivo insolitamente stanco. Ricordo di essermi sentita scioccato e sconcertato quando la madre paragonò il cambio del pannolino a una "aggressione". Sentivo anche che il mio contatto con le due non funzionava. Guardando il filmato in seguito, ho notato che dopo il commento di Flora sull'«aggressione», ho spostato bruscamente il busto all'indietro e poi mi sono chinato in avanti con un'espressione assente. Ne ero stato completamente **inconsapevole**. Nel frattempo, la bambina piagnucolava brevemente.

Prima del mio sussulto, Flora stava parlando incessantemente e allegramente del Centro di Salute Infantile, della loro nuova assistente sanitaria, della vaccinazione della bambina, ecc. Fleur mi guardava con cautela e chinava la testa mentre io rispondevo annuendo, sorridendo, sporgendomi in avanti o canticchiando. Tutti i miei sforzi per migliorare il nostro contatto fallirono. La mamma spiegò che "Fleur è timida al mattino", "si sta solo nascondendo" o "è stanca". Percepì che stava sorvolando su questa interazione incerta, e mi sentii frustrato, triste e disorientato.

Mamma: «In realtà, siamo entrambe stanche. Si è svegliata alle 2 e io mi sono svegliata di colpo. Ho pensato di prendere il cellulare, anche se sapevo che non sarebbe servito a nulla. Ma dopo un'ora, ho letto un e-book e mi sono addormentata. Quando uno, o meglio, io, è sveglio di notte, si inizia a rimuginare sulle cose che devono essere sistemate, sai, cose belle e brutte».

Mi sono chiesta cosa intendesse con "cose belle e brutte". Ha criticato suo marito per non fare la sua parte nelle faccende domestiche, poi si è rivolta a Fleur: "Stai facendo le bolle [di saliva]?" Il mio disagio per l'atmosfera strana stava aumentando. Per stabilire un contatto ho chiesto a Flora, in modo amichevole ma brusco: "Come vanno le cose tra voi due?" Lei ha risposto, ora con un vibrato leggermente triste:

M: «In realtà va tutto bene, è sempre così, si pensa di capire come funzionano i bambini e poi cambiano. Ieri abbiamo provato a non cambiare i pannolini prima di andare a dormire, perché si è svegliata COMPLETAMENTE inconsolabile, come se qualcuno la stesse AGGREDENDO!»

Ora, esaminiamo questa sequenza, a partire dalla critica della madre nei confronti del marito per la sua mancanza di aiuto in casa.

Il filmato dell’“aggressione”: mostra 3.01 – 5.41

Il filmato dell’“aggressione”: discussione

Ci sono molte “palle” in movimento in una seduta PIP; lente o veloci, impercettibili o cristalline. Suggesto di parlare del filmato ora, come facciamo nel nostro gruppo di ricerca sulla cosiddetta Analisi ai diversi Livelli, il che implica anche ascoltare il terapeuta, in questo caso me, il mio controtransfert. Quindi, per favore, condividiamo le nostre reazioni.

Di nuovo, mostra la clip “aggressione” 3.01 – 5.41

Torna alla clip (ev. visualizzazione media 3)

Vediamo ora come ho reagito al paragone della madre tra il cambio del pannolino e un’aggressione. In quel momento, sapevo di essere sconvolto da questo termine brutale per quella che ritengo una scena di tenerezza, cura e contatto visivo. Mi sentivo turbato e sgomento, probabilmente perché mi identificavo con la bambina. E le mie reazioni inconsce incarnate, il sussulto + il volto impassibile, una serie di contro-reazioni fisiche, come “Trovo orribile il tuo paragone!” seguite da “lasciami in pace, ho bisogno di tempo per rifletterci”.

Non volevo né imporre i miei valori etici, né criticarla o abbandonarla. Consciamente, volevo mantenere la neutralità, ma il mio linguaggio del corpo trasmetteva qualcos’altro, e le sue reazioni indicavano che lei lo aveva preso come un affronto – perché mentre io indietreggiavo, lei si avvicinava, avvicinava la bambina e le univa i piedi. Contemporaneamente, la bambina piagnucolò brevemente, mentre la mamma diceva: «Non me ne frega un cavolo (di cambiare il pannolino – evitando così l’“aggressione”)» e le accarezzava la schiena.

La bambina si inarcò leggermente all’indietro, guardò di lato e poi tornò vicino alla mamma, che le chiese: «Che c’è, eh?». Mamma ha aggiunto con tono più allegro: «Vuoi indagare?», una domanda strana dato che la bambina stava nascondendo la testa nella spalla di mamma. A questo è seguito un «Vuoi attraccare?», un commento spiritoso sull’allattamento al seno – anche se non vedevo alcun segnale di fame. Mamma ha continuato la sua battuta con «È ora di fare rifornimento». Il mio corpo e il mio viso erano rimasti immobili dopo lo shock. Ora, in risposta alla sua battuta, ho forzato un sorriso – che poi ho sentito non essere sincero.

A quel punto, ha commentato la sua fiducia in Sabina, l’assistente sanitaria. Ricordo di aver pensato: “Fiducia! Sta insinuando che ci sia una mancanza di fiducia tra noi”. Si può notare questo cambiamento di atteggiamento dal fatto che ho smesso di sorridere e ho annuito con una certa energia.

Ho continuato ad ascoltare la sua storia sui ritmi del sonno del bambino, ma il suo commento su Sabina, la morte improvvisa del lattante e le sue parole “Ho mal di pancia” mi hanno dato energia. L’ho interrotta dicendo: “Ma tu SEI preoccupata, e devi avere fiducia in chi condivide le tue preoccupazioni”. Lei lo ha confermato con voce rotta.

Controtransfert e comunicazione incarnata

Al di là del fatto che alcune parti del controtransfert sfuggono alla consapevolezza dell'analista, penso che un altro fattore spieghi perché il controtransfert sia così difficile da comprendere e riconoscere. Come Freud, tutti noi vogliamo aiutare i nostri pazienti. Egli usava occhi perspicaci e strumenti affilati prima di – metaforicamente – praticare un'incisione con un'interpretazione psicoanalitica. Oggi sottolineiamo che il nostro lavoro si svolge all'interno di una relazione con il paziente. Questo influisce anche sul modo in cui definiamo il termine “aiuto”. Diventa meno legato al curare un'altra persona e più legato al fare qualcosa insieme. In breve, meno “aggiustare” e più “stare con qualcuno”.

Prendere sul serio il controtransfert – come fenomeno e come ingrediente necessario – non implica che immaginiamo di essere alla pari con il paziente e che le nostre posizioni siano identiche. È proprio il contrario. Poiché il paziente cerca il nostro aiuto per la sua sofferenza, e noi aiutiamo immergendoci nella relazione terapeutica, E poiché questo ci trascina anche in acque sconosciute della nostra storia – conscia e inconscia – dobbiamo esaminare attentamente come ciò possa influenzare il paziente in positivo o in negativo. È qui che entrano in scena le mie scoperte di tracce inconscie, ma osservabili, del controtransfert.

Quindi, ho fatto un passo indietro e sono rimasta sbalordito e intorpidito. Queste scoperte sono importanti? Immaginate che non avessi registrato la seduta e poi ne avessi parlato con un supervisore o con voi. Avrei potuto iniziare con la mia stanchezza. Immagino che l'avremmo collegata alla mia irritazione per il suo modo loquace e alla frustrazione per non riuscire a raggiungere la ragazza. Naturalmente, avrei menzionato il suo paragone tra il cambio del pannolino e un'aggressione, aggiungendo che ero scioccato e perplesso. Questo, insieme al commento della madre sulla sua fiducia in Sabina, ci avrebbe resi consapevoli del suo transfert negativo.

Al contrario, non avrei potuto menzionare il mio indietreggiare e il mio volto impassibile – poiché non ne ero consapevole. Ha importanza? Dopotutto, il mio commento, “lei È preoccupata e ha bisogno di fidarsi”, dimostra che alla fine ho compreso la nascosta mancanza di fiducia della madre nei miei confronti. Perché allora preoccuparsi dell'indietreggiare e del volto impassibile? Alcuni colleghi che hanno visto questo video mi hanno rassicurato: “Björn, rilassati, vediamo che hai reagito in modo corporeo – ma questo non significa che hai abbandonato la tua neutralità/empatia/contenimento. Queste cose hanno a che fare con il contenimento e la riflessione, non con il fatto che tu faccia questo o quel gesto!”

Beh, sono scettico. Perché ci è voluto così tanto tempo perché i terapeuti discernessero e teorizzassero sulla comunicazione inconscia corporea nelle sedute? Ne impariamo abbastanza durante la nostra formazione? Ci affidiamo troppo alle parole nelle terapie? O, al contrario, forse gli effetti sul mio sussulto e sul mio volto impassibile sulla madre o sul bambino sono stati transitori? Potrei sostenere questa ipotesi in base a come si è evoluta la seduta. La madre mi ha finalmente detto quanto fosse preoccupata prima della seduta di oggi. Nell'ora precedente, avevo accennato al fatto che la bambina sembrava evitare di guardarmi, e questo l'aveva fatta andare nel panico, ha detto, come ogni domanda da parte degli operatori sanitari. Non ha

trasmesso questo panico – o forse dovremmo dire che io non l’ho colto. “Già mentre partivo per la seduta di oggi avevo mal di pancia”.

Si potrebbe anche obiettare che il filmato mostra una situazione estrema che non può essere generalizzata. È vero, non capita tutti i giorni che io indietreggi o irrigidisca il viso. Ma posso assicurarvi che io, e molti altri terapeuti di cui ho visto i video, mettiamo in scena un sacco di “teatro inconscio” durante le sedute. È una recita ad alta velocità, a volte sottile o meno, ma chiaramente visibile e udibile all’osservatore esterno, mentre gran parte di essa è inconscia per gli attori.

Oggi, molti di noi utilizzano il concetto di controtransfert per coprire sia i sentimenti e i pensieri inconsci che quelli consci del terapeuta. Al contrario, le sue manifestazioni corporee hanno ricevuto meno attenzione. Nel mio caso clinico, ero consapevole di sentirmi scioccato dal paragone della madre tra il cambio del pannolino e l’aggressione, infastidito dalla sua loquacità e preoccupato dalla sua voce tesa.

Ora dobbiamo chiederci se l’accompagnamento corporeo abbia avuto un’influenza negativa sul processo terapeutico. Potrei rispondere immediatamente di no, dato che sono uscito dal mio blocco emotivo e ho iniziato ad affrontare l’angoscia della madre. Ma non ne sono così sicuro. Se avessi notato la nostra interazione corporea reciproca, come il mio sussulto e la mia espressione impassibile, oltre al cambiamento di postura della madre per “proteggere” la sua bambina, avrei potuto descriverglielo e chiederle come si sentisse. Penso che questo avrebbe trasmesso una maggiore empatia immediata verso la sua angoscia. Avrebbe fatto qualche differenza per lei e per la bambina? Alcuni colleghi mi hanno chiesto perché non ho semplicemente fatto notare alla madre che aveva usato la parola “aggressione” in relazione al cambio del pannolino, e se le fosse venuto in mente qualcosa. Una domanda pertinente, in effetti! La risposta è che il mio shock e il mio smarrimento hanno di fatto impedito che una domanda del genere venisse fuori!

Forse la posizione più ragionevole è dire: “Va bene così, man mano che l’ora procedeva, ti sei reso conto che poteva esserci un problema di fiducia. Quando glielo hai suggerito, lei ha stabilito un contatto migliore con se stessa e con te parlando della sua ansia e della sua fragile autostima come madre. Se avessi compreso anche l’accompagnamento incarnato, questo avrebbe potuto aggiungere autenticità alla tua interazione, e lei avrebbe potuto sentirsi rassicurata dal fatto che anche tu puoi sentirti ferito e piccolo e sei disposto a parlarne con lei.”

Lascio la questione aperta alla nostra discussione e mi limito a chiedere: cosa ne pensate, per il paziente è importante il nostro aspetto e il tono della nostra voce mentre parliamo con lui? Potrebbe sembrare una domanda retorica con una risposta ovvia, ma ritengo che meriti la nostra seria attenzione. Spero che la pensiate allo stesso modo e attendo con interesse di sentire cosa ne pensate.