



Rebecca Farsi
**Laureata in Psicologia ad indirizzo clinico-
neuropsicologico**

Articolo scaricato da www.humantrainer.com

L'interpretazione del transfert nella Psicoterapia Psicodinamica

INDICE:

1. Introduzione
2. Durata e tipologia psicoterapica come fattori discriminanti
3. Un cambio di prospettiva: studi recenti
4. Riferimenti bibliografici
5. Altre letture su HT

1. Introduzione

Molto è stato detto sul concetto di transfert da quando Freud ne ipotizzò l'esistenza in ambito terapeutico, e per quanto la sua natura presenti ancora oggi dei connotati misteriosi, mutevoli, sotto certi aspetti insondabili, è innegabile come alcune sue caratteristiche siano state raggiunte e identificate dagli studiosi con una certa unanimità. Una tra queste è la sua **oggettiva presenza** nel contesto terapeutico: qualsiasi sia l'approccio specifico, data la natura intersoggettiva della psicoterapia, è ovvio che il paziente sia portato a proiettare sul terapeuta un transfert che andrà ad influenzare il suo rapporto con lui, il funzionamento e il buon esito della terapia stessa.

Un'altra certezza raggiunta sul transfert è quello concernente la sua **identità**: si tratta nella replica di una situazione affettiva che il paziente ha sviluppato in passato con una figura oggettuale significativa, presumibilmente una delle due figure genitoriali, e che tende a riattualizzare nel rapporto con il professionista, lasciando intendere un'implicita identificazione di quest'ultimo con la figura genitoriale. Naturalmente i genitori identificati nel terapeuta non sono corrispondenti alla realtà oggettiva degli stessi, risultando piuttosto la percezione che di loro ha maturato il cliente, nel suo universo psichico. Può trattarsi di una idealizzazione, di un rapporto di dipendenza, ma anche di ostilità e conflittualità. Lo psicoterapeuta dovrà in ogni caso mostrare la capacità di costruire per il paziente un setting empatico e accogliente, e dovrà soprattutto saper tollerare la presenza degli oggetti cattivi relativi alla figura genitoriale che, in una funzione proiettiva e contenitiva, il paziente depositerà in lui.

Il transfert è portatore di un significato plurimo e multidirezionale: prima di tutto ha un valore informativo, perché fornisce indicazioni circa le modalità con cui il paziente interpreta le emozioni affettive e costruisce le relazioni oggettuali; ha poi un valore interpretativo, in quanto serve a dare un significato a certi atteggiamenti tenuti dal paziente all'interno del setting e a comprendere le sue interpretazioni affettive, cognitive e della realtà in genere; e infine un valore predittivo, perché fornisce al terapeuta un'indicazione circa il possibile andamento della terapia, la sua funzionalità, la sua buona riuscita.

La psicoterapia psicodinamica si è in particolar modo interessata alla presenza del transfert all'interno del setting terapeutico, ed è sempre stata una sua premura cercare di isolarne le caratteristiche e la natura specifica per costruire, sulla base di quest'ultima, i possibili accessi

**Rebecca Farsi****Laureata in Psicologia ad indirizzo clinico-
neuropsicologico**Articolo scaricato da www.humantrainer.com

comunicativi al mondo interiore del paziente. E uno dei dubbi che i professionisti del settore si pone frequentemente, a tal proposito, è quello relativo alla **possibilità di interpretare il transfert**, di esplicitarlo in una sorta di confrontazione diretta. La domanda è relativa a quale sia la migliore opzione, dunque, quella volta all'interpretazione del transfert o quella finalizzata alla non rielaborazione dello stesso. Non certo nella volontà di ignorarlo, ma di tenerne a mente la presenza seppur in maniera silente, senza palesarne l'esistenza al paziente.

Una prima distinzione in merito all'opportunità di interpretare o meno il transfert è stata fatta sulla base della tipologia della terapia attuata, e dunque tra la psicoterapia a carattere espressivo e quella a carattere supportivo. Tale separazione non è priva di significato, dato come la psicoterapia espressiva e quella supportiva abbiano una struttura e una funzione diversa proprio sulla base delle patologie che vanno a trattare, e dunque alle persone con le quali si relazionano (alla fine, per quanto si parli di casi e patologie, la psicologia tratta sempre con le persone).

Nella fattispecie la psicoterapia espressiva è maggiormente orientata all'esplicitazione del conflitto psichico, cui consegue una sua possibile spiegazione, e dunque un'acquisizione di significato, tramite la contestualizzazione dello stimolo nel percorso evolutivo del paziente e negli eventi che lo hanno caratterizzato. Si tratta di un lavoro a ritroso che necessita di competenze collaborative, empatiche e consapevoli da parte del paziente, al quale sono richiesti anche una buona tolleranza delle emozioni, un discreto livello di mentalizzazione e gestione dell'ansia, ma anche buone relazioni oggettuali di base, un integro esame della realtà, affiancato da un buon insight e dall'utilizzo di meccanismi di difesa maturi ed evoluti.

Al contrario, la terapia supportiva si rivolge a tutti quei pazienti che, presumibilmente a causa di deficit affettivi sofferti in un periodo evolutivo precedente rispetto ai nevrotici, mostrano una particolare vulnerabilità emotiva, una scarsa gestione dell'ansia, un basso livello di esame della realtà e di autoconsapevolezza, ma anche scarsa mentalizzazione e un Io particolarmente fragile. Non risulta inopportuno credere che l'interpretazione transferale nei riguardi di pazienti con insufficienti relazioni oggettuali possa tramutarsi in un'arma a doppio taglio, in quanto è difficile che egli riesca a vedere nel terapeuta una persona degna di fiducia e in grado di aiutarla. Ove si andasse a scavare troppo profondamente nella coscienza, tali pazienti potrebbero ricevere un danno più che un beneficio: in questo caso l'obiettivo specifico dunque sarà quello di consolidare l'Io, raggiungere l'utilizzo di meccanismi di difesa più maturi rispetto agli arcaici solitamente sperimentati, ma soprattutto aiutare il paziente a tollerare l'ansia e la frustrazione, a creare una serie di supporti emotivi ed educativi in grado di aiutarlo a sviluppare capacità adattive con cui gestire le difficoltà della vita quotidiana. Più che all'esplicitazione del conflitto, dunque, si mira alla sua **gestione funzionale**.

2. Durata e tipologia psicoterapica come fattori discriminanti

In un primo momento l'interpretazione del transfert ha subito una distinzione proprio a ragione della **differenza tra le psicoterapie adottate**: si riteneva funzionale e opportuno esplicitare il transfert nelle terapie **espressive**, al fine di rendere edotto il paziente circa la sua esistenza, di comprenderne il significato, la funzione e la valenza disfunzionale all'interno della patologia; al contrario nella psicoterapia **supportiva** il rischio di interpretare il transfert si mostra elevato, data la fragilità emotiva del soggetto in questione, la debolezza dell'Io, la scarsa dominazione pulsionale e un disfunzionale esame della realtà; il paziente potrebbe mostrare anzi ricadute, un peggioramento dei rapporti con il terapeuta, e questo costituirebbe un rischio per la prosecuzione



Rebecca Farsi
**Laureata in Psicologia ad indirizzo clinico-
neuropsicologico**

Articolo scaricato da www.humantrainer.com

stessa della terapia.

Un altro elemento di distinzione per l'interpretazione del transfert è relativa **alla durata e alla frequenza delle sedute**: il presupposto è relativo al fatto che, notoriamente, un incremento della frequenza delle sedute terapeutiche comporta anche un'intensificazione del transfert, la cui interpretazione si rende a questo punto necessaria proprio per sciogliere quella disfunzionalità patologica che porta il paziente a riattualizzare atteggiamenti ed emozioni passati nel presente, a mezzo di una coazione a ripetere che consente la prosecuzione e il mantenimento della patologia affettiva.

Al contrario, nella psicoterapia psicodinamica breve, in genere posta in essere con pazienti nevrotici, egodistonici e con buone relazioni oggettuali di base, interpretare il transfert potrebbe rivelarsi meno opportuno. Meglio fondare, in questo caso, un solido rapporto di alleanza terapeutica, aumentare l'autoconsapevolezza del paziente ed aggirarne le resistenze senza far ricorso ad un'interpretazione esplicita del transfert, che in caso di sedute brevi e poco frequenti potrebbe mostrare una consistenza piuttosto fragile.

È questa la tendenza che sta prendendo piede negli ultimi tempi: interpretare il transfert senza far riferimento alla frequenza delle sedute, al tipo di terapia posta in essere o alla sua posizione nel polo supportivo-espressivo, ma ricorrere ad un'interpretazione del transfert caso per caso, facendo riferimento al paziente e alla sua personalità più che a qualsiasi altro fattore discriminante (Gabbard, 2006).

In particolare alcuni psicoanalisti sostengono che il transfert debba essere interpretato solo quando costituisce un ostacolo per il processo terapeutico. L'esempio potrebbe essere quello di un transfert negativo, una resistenza passiva o un ostacolo alla prosecuzione della terapia stessa (arrivare in ritardo, squalificare l'operato del terapeuta) solo al fine di riattualizzare con lui il cattivo rapporto col genitore.

3. Un cambio di prospettiva: studi recenti

Di recente sono stati compiuti degli studi mirati a comprendere quali tipologie di pazienti potrebbero rispondere in maniera più opportuna all'interpretazione del transfert, al di là del tipo o della durata della psicoterapia. Il risultato si è rivelato particolarmente interessante, dato come ha messo in discussione le assodate convinzioni previgenti circa l'interpretazione del transfert e i casi in cui effettuarla (Gabbard, 2006; Hoglend et al., 2006; 2011).

In uno studio randomizzato condotto su pazienti con disturbi diversi e trattati con terapia psicodinamica a frequenza settimanale, l'interpretazione del transfert ha avuto effetti positivi proprio per i pazienti con relazioni oggettuali di livello più basso e una più difficile tolleranza di ansia e frustrazione, con i quali si è rivelata un utile strumento per aggirare le resistenze alla terapia; pazienti con relazioni oggettuali di livello più alto, al contrario, sono riusciti a fare progressi, ad instaurare una solida alleanza terapeutica e ad ottenere buoni risultati dalla terapia stessa pur senza un'interpretazione esplicita del rapporto transferale. Sembra pertanto smentito l'assioma in base al quale "the rich get richer", e dunque come soltanto i soggetti con relazioni oggettuali mature potrebbero beneficiare di un'interpretazione del transfert, mentre gli altri ne trarrebbero solo nocimento (Gabbard, 2006).



Rebecca Farsi
**Laureata in Psicologia ad indirizzo clinico-
neuropsicologico**

Articolo scaricato da www.humantrainer.com

Al contrario, in questo studio è stato dimostrato come proprio questi pazienti potrebbero beneficiare in maggior misura di un'interpretazione del transfert nel setting terapeutico - nello specifico si trattava di una media interpretazione de transfert, messa in atto 1-3 volte per seduta (Hoglund et al. 2006).

Un secondo studio del 2008 ha rilevato come i risultati ottenuti dai pazienti con basse relazioni oggettuali si siano rivelati stabili nel tempo: nello specifico, nei 4 anni successivi alla fine del trattamento (a parità di altre condizioni quali life events e uso di antidepressivi), il sottogruppo dei pazienti con più basse relazioni oggettuali e trattati senza interpretazione del transfert ha consultato in numero significativamente maggiore un professionista della salute mentale e ha fatto nuovamente ricorso ad una psicoterapia.

Anche questa ricerca, oltre a confermare l'equivalenza, quanto a efficacia, dei trattamenti che utilizzano l'interpretazione di transfert rispetto a quelli che non ne fanno uso, mostra che l'interpretazione di transfert utilizzata con pazienti con scarsa organizzazione delle relazioni oggettuali non solo, come abitualmente si crede, non è controindicata, ma è anzi associata a esiti migliori rispetto a quanto atteso.

La discriminante essenziale, più che dipendere dalla terapia, sembra dunque in mano al terapeuta, al quale è chiesto di valutare la direzione da intraprendere in base alla personalità e alla tipologia del paziente, senza precategorizzazioni. Si tratta chiaramente di una decisione che va presa quando si è formato un rapporto abbastanza solido col paziente, e attuata in ogni caso con tatto, prudenza e finalità empatica. Importante è il **quando**, il **timing** col quale lo strumento dell'interpretazione viene gestito: le interpretazioni di transfert, infatti, hanno un grande impatto, sia in negativo che in positivo, sull'alleanza terapeutica, e dunque sono degli interventi ad alto rischio ma anche ad alto risultato (*high risk high gain*). È possibile, dunque, che sia importante creare *prima* un clima di accettazione empatica, di supporto e validazione, affinché il paziente possa *dopo* accettare l'interpretazione di transfert (Hoglund e Gabbard et al., 2012).

È poi necessario tenere in considerazione il fatto che pazienti diversi possono rispondere in modo diverso a differenti elementi del processo terapeutico: ad esempio Blatt (1992) osserva che ci sono dei pazienti "introiettivi" che rispondono meglio alle interpretazioni rispetto a pazienti definiti "anaclitici", che al contrario rispondono meglio alla relazione di per sé.

Bateman e Fonagy hanno dimostrato come i pazienti affetti da disturbi dell'Asse II, ovvero da disturbi di personalità e soprattutto borderline, possano trarre maggiore beneficio proprio da terapie che evitano esplicite interpretazioni di transfert, dato come le stesse potrebbero risultare foriere di ansia e investimento pulsionale eccessivi per il paziente; contemporaneamente, tuttavia, altri autori hanno affermato come proprio per i disturbi borderline e di personalità in genere, sarebbe opportuno praticare una terapia basata sull'interpretazione del transfert, e hanno sostenuto tale convinzione fino al punto di dar vita ad una terapia che fa dell'interpretazione di transfert il proprio punto di forza: la c.d. *Transference-Focused Psychotherapy* (TFP), in cui l'interpretazione transferale viene tuttavia attuata dopo aver stabilito una solida alleanza terapeutica con il paziente (Kernberg et al., 2006). Ecco dunque che torna in risalto il **quando** dell'interpretazione, come sostenuto da Gabbard, e questo sarebbe anche a spiegazione di come possano esistere risultati così contraddittori e variegati in una medesima materia.

In verità bisogna ammettere che il transfert interpretato costituisce un vantaggio per la terapia e per l'alleanza terapeutica, tanto che in taluni casi può costituire un punto di svolta nell'outcome:

**Rebecca Farsi**
**Laureata in Psicologia ad indirizzo clinico-
neuropsicologico**Articolo scaricato da www.humantrainer.com

l'interpretazione del transfert è di per sé importante, ma non è bene assumere posizioni preconcezionali in merito alla stessa.

Nulla toglie che, con pazienti con buona funzionalità e buon insight, si possa evitare l'interpretazione, per quanto in genere la stessa sia positiva per il setting. Ma se non costituisce una resistenza, specie in psicoterapia brevi, il terapeuta può decidere opportunamente di non sollevarne l'esistenza psichica anche in presenza di pazienti con buone relazioni oggettuali. Ove invece la sua interpretazione si riveli utile per la terapia, ciò può essere fatto anche e soprattutto con i pazienti dotati di scarse relazioni oggettuali, nello specifico in psicoterapia supportive, perché proprio un'esplicitazione rielaborativa può rivelarsi la chiave di svolta per l'evoluzione affettiva e l'emersione della sua disfunzionalità: non è dunque escluso che una interpretazione del transfert corretta, empatica e condotta con il giusto timing, possa rivelarsi non solo non dannosa, ma opportuna con qualsiasi tipologia di paziente.

4. Riferimenti bibliografici

- Blatt S.J. (2006), *Una polarità fondamentale in psicoanalisi: implicazioni per lo sviluppo della personalità, la psicopatologia e il processo terapeutico*, Psicoterapia e Scienze Umane, XL, 4: 743-764;
- Gabbard, G.O. (2006), *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*, tr.it. Raffello Cortina, Milan (2018);
- Kernberg, Clarkin, J. F., Yeomans, F., Kernberg, O. F. (2006), *La terapia focalizzata sul transfert per il disturbo borderline della personalità*, tr. it. Giovanni Fioriti, Roma, (2017);
- Høglend, P.; Hersoug, A.G.; Bøgwald, K.P.; Amlo, S.; Marble, A.; Sørbye, Ø.; Røssberg, J.I.; Ulberg, R.; Gabbard, G.O.; Crits-Christoph, P. (2011), *Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and quality of object relations*, in J. Consult. Clin. Psychol., 79(5): 697-706;
- Høglend, P. & Gabbard, G.O. (2012), *When is transference work useful in psychodynamic psychotherapy? A review of empirical research*, Cap. 26 In Levy, R. A., Ablon, J. S., & Kaechele, H. (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*, NY, NY, Springer Press.

5. Altre letture su HT

- Romano Biancoli, "[Contributo alla veduta ideologica del transfert](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 23, 2006
- Romano Biancoli, "[Regressione e transfert; Infanzia e sessualità; Interpretazione dei sogni](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 30, 2007
- Romano Biancoli, "[Transfert e Controtransfert](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 27, 2007