

L'alleanza col deficit: un possibile strumento mutativo*

GIAN GIACOMO ROVERA

*Pubblicato su Atti XXIV Congr. Naz. SIPM 1990 "Carattere e cambiamento", CSE, Torino 1988: 445-453.

Summary – THE ALLIANCE WITH DEFICIT: A POSSIBLE CHANGING INSTRUMENT. It's in the interpersonal relationship, especially in deep and empathic interaction, that problems of regression are in analysis played. According to Individual Psychology, it's in the transferal/countertransferal relation, sum of all the experiences taken in the relation, that the pattern of interaction is reactivated. Generally in regressions, during the analysis, an archaic *need for affections* emerges, that requires a "careless ability". When we talk about regression as a therapeutical agent, we must mean a "backward movement", supported or even induced by therapist: a movement addressed to review the Self/Lifestyle, holder of a new changing experience. The regressed subject would be, infact, partly conscious and partly unconscious of his own needs of dependences and the obvious aspect of these needs would be mixed to deep defences that would make their gratifications even more difficult. Therefore, the empathic alliance with psychological deficit, puts itself as a possible changing instrument of character, when it sets in relation with the dynamics of regressive dependence.

Keywords: THERAPEUTICAL ALLIANCE, REGRESSION, CREATIVE SELF

A)

1) *L'alleanza empatica col deficit* psicologico si pone come un possibile strumento mutativo del carattere, nel momento e nella misura in cui si pone in rapporto alla dinamica della dipendenza regressiva; si costituisce anche quale veicolo comunicativo in una revisione del Sé/stile di vita, nell'accezione proposta dalla Individual-Psicologia [20; 2; 28; 24].

Questi aspetti sono particolarmente evidenti nelle sindromi marginali ove il Sé, rattrappito in una sclerosi esistenziale, esprime una specie di protesta vitale: verso il rifiuto della famiglia, la disconferma dal contesto culturale, l'anticipazione del fallimento.

2) Consideriamo alcuni aspetti di questo problema.

Come noto la psicologia dinamica intende per *regressione* un ritorno a forme precedenti dello sviluppo del pensiero, delle relazioni emotive, affettive, oggettuali, nonché delle modalità comportamentali.

Nella concezione di Freud, [10; 12] si ritrova l'idea di un regredire sia dell'individuo

che dell'umanità, nei campi più disparati: biologia, storia delle civiltà, sogni e, naturalmente, in tutti i settori e livelli psicopatologici. In un passo aggiunto a l'Interpretazione dei sogni del 1899, Freud distingueva tre tipi di regressione:

- a) *topica*, nel senso dello schema dell'apparato psichico;
 - b) *formale*, quando modi di espressione e di raffigurazione abituali sono sostituiti da modi più primitivi;
 - c) *temporale*, quando si tratta di un ritorno a formazioni psichiche più arcaiche.
- Per la Psicoanalisi, queste tre aree di regressione coincidono nel loro fondamento e, nella maggioranza dei casi, si trovano intrecciate fra loro [16].

3) La regressione durante l'esperienza analitica è innanzitutto da considerare all'interno della relazione terapeutica, sia duale che gruppale, quale componente del veicolo comunicativo.

In genere, l'interazione fra regressione e dipendenza può realizzare una *dipendenza regressiva* che si evidenzia quale dimensione psicologica arcaica, caratterizzata da intensi bisogni, talora inconsci e talora mascherati, che spesso generano negli Altri incomprensione, rifiuto, frustrazione, scoraggiamento e, non di rado, aggressività [8; 23].

Queste dinamiche, già studiate a fondo da Freud [9], sono state poi approfondite da psicoterapeuti di scuole e di indirizzi diversi, nella terapia delle psiconevrosi, ma specie nelle nevrosi narcisistiche e borderline, nelle condotte presuicidarie, nelle tossicomanie, nei disturbi alimentari psicogeni, in pazienti con gravi problemi psicosomatici, ecc. [3; 5; 27; 14; 19; 6; 17; 28; 26].

Il soggetto regredito sarebbe in parte consapevole ed in parte inconsapevole dei propri bisogni di dipendenze in quanto tali; l'aspetto manifesto di tali bisogni sarebbe infatti commisto a difese profonde (sotto forma di isolamento, ostilità, competitività, disprezzo) che ne renderebbero ancora più difficoltoso il soddisfacimento.

B)

1) Durante il trattamento analitico, la regressione può condurre ad un coinvolgimento dell'analista, giacché qui si tende a stabilire un rapporto oggettuale simile per struttura ad un rapporto primario.

Il terapeuta non dovrebbe per altro tentare di bloccare con le interpretazioni la dipendenza regressiva e dovrebbe mantenere un atteggiamento molto flessibile, favorendo le potenzialità maturative della regressione stessa [3; 5]. In questo rapporto terapeutico, può instaurarsi un circolo vizioso dovuto al fatto che, pure quando vengono soddisfatti desideri intensi, nuovi bisogni, a loro volta, emergono per venire soddisfatti: ciò può mantenere una sorta di assuefazione alla dipendenza regressiva.

2) Michael ed Edna Balint [5] distinguono, a questo proposito, (a) una forma di *re-*

gressione benigna e (b) una forma di *regressione maligna*, riferibili non solo ad una eventuale tipologia caratteristica del livello di regressione, ma anche del livello di interazione analista-paziente.

a) La forma benigna di regressione presenta un rapporto di fiducia reciproca; porta a nuove scoperte; costituisce un riconoscimento dei problemi interiori; modera le aspettative circa il soddisfacimento dei bisogni; evita il coinvolgimento nelle gravi patologie isteriche.

b) La forma maligna di regressione: evidenzia un precario rapporto di fiducia terapeutico, con molte fratture; costituisce una minaccia costante di caduta in un circolo vizioso con richiesta di soddisfare bisogni e realizzazione di una dipendenza regressiva; ha come scopo di raggiungere la gratificazione per mezzo di un'azione esterna; fa emergere richieste molto intense di aspettative; implica atteggiamenti collusivi in importanti patologie isteriche, con elementi genito-orgastici nel transfert, sia normale che regredito.

Sebbene la regressione con dipendenza si presenti nella generalità delle terapie analitiche, solo in alcune forme più gravi, soprattutto qualora non vengano condotte correttamente, essa può risultare distruttiva.

3) Ciò che si vuole qui sottolineare è quell'aspetto particolare della regressione e della dipendenza che pone queste dinamiche psicologiche non solo all'interno della relazione terapeutica, ma *intenzionalmente al servizio dell'analisi stessa*.

Come si è visto precedentemente, nel rapporto analitico si può parlare di regressione, ma in genere in un'accezione delimitabile ai comportamenti/atteggiamenti complessivi del paziente (o del gruppo), in interazione dinamica coll'analista.

C)

1) In Psicologia Individuale, il tema della *dipendenza regressiva come strumento analitico* è stato trattato da vari autori [20; 2; 17].

I due studiosi, che si sono più occupati della dipendenza regressiva al servizio dell'analisi, sono stati Seidel [28], che ha trovato una chiave di lettura e di intervento circa il "deficit psicologico", e Schmidt [26], che ha fatto riferimento soprattutto alle potenzialità creative della regressione. Con queste linee di sviluppo, si può parlare, in Psicologia Individuale, di un particolare approccio terapeutico alla dipendenza regressiva e si possono utilizzare due tipi di regressione (a-b).

a) Il modello proposto da Seidel [28] considera *la regressione come agente terapeutico* nel momento in cui si riesce a stabilire e si effettua un incontro empatico col deficit: cioè con quei sentimenti di insufficienza [13] che l'individuo prova non solo in certe situazioni della vita, ma anche in molte sindromi psicopatologiche; queste, sebbene generino "sclerosi esistenziale", potrebbero al contempo rappresentare la segreta forza motrice del progetto di vita [26].

È questo il primo e più conosciuto tipo di regressione (utilizzato anche dagli psicoanalisti ortodossi) che consiste in un ritorno a precedenti modelli di comportamento o ad esperienze già vissute. La regressione è al servizio di un meccanismo rassicuratorio che legittima la meta funzionale finale, ma che bisognerebbe smascherare.

Quando si parla qui di regressione come agente terapeutico, si deve intendere un “movimento all’indietro” sostenuto o addirittura indotto dal terapeuta: è un movimento rivolto al cambiamento del carattere ed alla revisione del Sé/stile di vita allo scopo di ripristinare, attraverso un recupero di certi significati arcaici, un equilibrio adattativo. In questo caso, la regressione è finalizzata verso una progressione, in altre parole il paziente torna indietro nei propri vissuti profondi insieme al terapeuta, in una sorta di “mondo del noi” (di “Paarung” Husserliano); la ripresentazione di esperienze angoscianti del soggetto può da questi essere ripercorsa nella situazione analitica “con” il terapeuta, non tanto razionalmente quanto emotivamente.

Seidel [28] sottolinea che questo regredire si può intendere come vissuto complessivo regressivo, che comprende, oltreché la regressione del ricordo, anche la regressione della struttura (topica quindi, ma anche formale e temporale). Sicché si può giungere ad una regressione delle motivazioni, dei bisogni radicati nel carattere, addirittura dello stile individuale. Il soggetto, che stagna nel suo vissuto regressivo come un prigioniero, trova in tale regressione una pseudo protezione da nuove offese.

La regressione quale agente terapeutico si costituirebbe come una nuova esperienza maturativa che favorisce il cambiamento dello stile di vita [13]. Infatti, l’incontro incoraggiante con il deficit facilita l’insight (cognitivo, emozionale ed eventualmente anche sensoriale) del paziente ad accettare il suo passato. Ciò dovrebbe giungere ad una consapevolezza di come erano impostati, sullo sfondo di particolari sistemi percettivi, cognitivi ed emotivi, lo sviluppo delle mete e dei mezzi individuali.

Il paziente, nel contesto terapeutico, può ora tendere a mete non fittizie e riconoscere oltreché gli scopi inconsci, anche le mete cosce che vengono inserite in una linea direttrice realizzativa.

È importante, a questo punto, che il terapeuta abbia consapevolezza del valore posizionale delle mete, da intendersi queste sia come mete reali, sia come linee progettuali: e ciò pena la vanificazione dei significati terapeutici della regressione.

b) Un secondo aspetto sinergico al primo riguarda la cosiddetta *regressione creativa o progressiva* [26]. Questo è uno strumento della pratica psicoterapeutica [1] riferito alla contro-attitudine dell’analista, focalizzata sul ricordo regressivo [14; 15; 23; 26]. Nella relazione terapeutica si riattiverebbero *i modelli di interazione*: così Schmidt, nel 1985 definisce le problematiche inerenti al transfert/contro-transfert.

La regressione non dovrebbe essere smascherata come finzione, ma sarebbe invece necessario accoglierla come autentica espressione di un tentativo di elaborazione, da parte del paziente, circa il sentimento della ferita precedentemente subita [20].

Ciò permetterebbe, attraverso il ricordo regressivo e l'elaborazione del rivissuto regressivo, un'autoaccettazione da parte del soggetto, premessa per il superamento creativo della situazione di stallo, verso un riorientamento teleonomico [21].

In questo senso e direzione, si può impostare il tema della riparazione della *ferita centrale* che è per Schmidt [26], l'area di partenza di molti disturbi psicopatologici; ciò rende necessario un lavoro analitico sulle ferite (storiche e fantasmatiche) subite specie nell'infanzia, le quali avrebbero provocato un deficit e portato il paziente sulla falsa pista di una finzione di onnipotenza rigida. Quest'ultima sarebbe causa dell'impoverimento della forza creativa del soggetto, nonché dell'esagerata tendenza alla rassicurazione e, di conseguenza, anche della sovralimentata ricerca di considerazione. Nella pratica terapeutica, tale tipo di intervento corrisponde al regredire col paziente, ricordare con lui, per giungere a quei pregressi "luoghi esistenziali" (corrispondenti in psicoanalisi alla regressione temporale) ove egli era stato penalizzato nel suo più intimo sentimento di stima ed era perciò caduto nella vergogna, nella disperazione, nella paura.

La regressione, quale agente terapeutico, tende a rimotivare il paziente ad andare al di là di questi limiti, fino a rivivere la ferita centrale [26], ponendo quindi il deficit al servizio della progressione [28].

Tale preliminare forma del *recupero della soggettività* fa leva su una residua capacità creativa che bisogna stimolare nei pazienti, col ricordo, anche attraverso l'evocazione dell'immaginario e dei sogni, e rivivere il passato, attraverso frammenti di esso, nel "qui e ora" dell'interazione psicoterapeutica. L'evocazione mnestica si situa in quell'area ri-creativa in cui si sono costituiti i legami affettivi ed in cui sono collocati i primi ricordi, taluni vissuti densi di significato esistenziale, e certe fantasie di realizzazione onnipotente. Si può qui parlare di regressione creativa o progressiva [26] al servizio, come prima si è detto, di un riorientamento teleonomico, della realizzazione di mete storiche e della progettualità.

c) Il lavoro analitico, a favore di una regressione terapeutica che sia anche creativa, si configura concretamente soltanto con il ricordo alle esperienze deficitarie vissute dal paziente durante il corso del percorso evolutivo, dall'infanzia all'adolescenza, vale a dire nel momento in cui si sono specificate certe determinanti dello stile di vita.

La rielaborazione di tali vissuti regressivi è accompagnata e sostenuta empaticamente, identificatoriamente e co-creativamente dal terapeuta, nel cammino dell'analisi: ciò rende possibile il recupero della "sclerosi" psicologico-individuale legata allo stile di vita. Un altro aspetto del vissuto regressivo è quello di correlare il ritorno emozionale alla situazione di partenza (atmosfera familiare, sovraccarico psicotraumatico, esperienze significative).

Secondo Seidel [28], vi è tuttavia una sostanziale differenza tra (1) la rielaborazione terapeutica della pregressa situazione traumatica (che si rifarebbe al primo tipo di

regressione analitica) e (2) la fornitura di possibilità che il paziente riceve attraverso la regressione/progressione terapeutica, di vivere ancora una volta l'antica situazione avvilita (talora protratta nel tempo). In tal modo, anche grazie ad una apertura dei possibili esistenziali, si rende più agevole una soluzione diversa da quella di allora. Il coacervo psichico regressivo, ancora attivo sotto il profilo psicopatologico perché inconsciamente conflittualizzato, si può trasformare in una linea direttrice più realizzativa che, favorendo il cambiamento dello stile di vita, aprirebbe il soggetto verso un progetto autentico di vita.

Il movimento maturativo implica quindi una regressione terapeutica non solo dei ricordi, ma delle emozioni ad essi legate ed anche degli espedienti di salvaguardia, dei tratti di stile personali che il soggetto aveva da quel periodo ritenuto particolarmente traumatici.

Lavorando col materiale regressivo, si deve prendere distanza dalle finzioni non tanto “come se” la relazione terapeutica fosse “de facto una relazione simmetrica” [28], ma “come se” l’analista fosse un “padre-materno che sostituisce la coppia genitoriale nelle arcaiche strutture della costellazione familiare.

Si può ritornare indietro nelle motivazioni, nei bisogni radicati nel carattere e quindi, attraverso il gioco delle frustrazioni/gratificazioni, nello stile personale. Attraverso una strategia transmotivazionale dell’incoraggiamento [23], solo nella misura in cui anche il terapeuta riesce ad avere un’identificazione regressiva col proprio paziente.

D)

1) Il lavoro analitico con la regressione richiede, da parte del terapeuta, innanzitutto una *valutazione diagnostica complessiva* circa le possibilità di impiego di tale strumento, ma soprattutto una corretta modalità di attuazione ed un *preciso utilizzo* terapeutico rispetto alla sintomatologia presentata ed alla struttura psicologica del soggetto.

Il rischio infatti è che l'Identificazione Regressiva non si trasformi in Identificazione Progressiva, ma realizzi una Regressione Maligna secondo l’accezione di Balint (dipendenza regressiva coatta; regressione distruttiva; regressione erotizzata orgasmico-genitale) sino ad una Regressione Catastrofica [29], come ad esempio nelle anoressie mentali.

2) Comunque sia, la regressione in psicoterapia richiede, da parte dell’analista, una capacità di contro-atteggiamento tale, da permettergli di tollerare ed accogliere i sentimenti di paura, dolore e tristezza, rimobilizzati in lui dal paziente. Si tratta di modulare le proprie capacità di regredire e di contenere le ansie quando il paziente sia molto regredito e di *arginare i fenomeni regressivi* maligni, permettendo al paziente di progredire. In altri casi, l’analista deve saper fronteggiare le eventuali situazioni di panico o di evitare le condotte di fuga del paziente, smascherando le ipercompensazioni onnipotenti, o stimolando l’immaginario (ad esempio quello erotico, come nelle sintomatologie parafiliche [7]).

È nel rapporto interpersonale, specie nell'interazione profonda ed empatica, che in analisi si giocano le problematiche della regressione. Come noto, per la Psicologia Individuale, la relazione trasferale/controtrasferale è la somma di tutte le esperienze portate nella relazione [26], ove si determina la riattivazione del modello di interazione. In genere nelle regressioni in analisi, emerge un *arcaico bisogno di tenerezze* [1] che richiede una “capacità di amare” [18; 26].

L'accettazione di questo bisogno del paziente rappresenta anche una facilitazione alla regressione terapeutica; peraltro, i sentimenti positivi del soggetto nei confronti dell'analista non sempre sono di tipo trasferale e, non sempre, costituiscono una resistenza. A questi, è necessario tuttavia rispondere a livello di “incontro degli inconsci” [6], non tanto col ridurre le manifestazioni controtrasferali orientandosi sempre verso l'interpretazione, quanto utilizzando una controattitudine consapevole ed autentica, nell'ambito di una strategia dell'incoraggiamento [23; 25].

Come ancora ricorda Schmidt [26], in condizioni di regressione, il paziente può venire sommerso dalle aspettative, deluse e rimosse, di disponibilità nei suoi confronti. Le capacità di amore e di comprensione del terapeuta devono disporre questi a fornire disponibilità psicologiche al paziente, senza giungere a promettere nulla che non possa mantenere. Altrimenti si rischiano disconferme transazionali, anche attraverso la messa in atto di una rete paradossale degli interventi [22]. Ciò potrebbe essere distruttivo e potrebbe indurre ad una regressione maligna del rapporto o ad un'interruzione traumatica dello stesso.

Favorire la regressione può, inoltre, favorire talora una dipendenza regressiva nell'analista stesso. In questi casi, si rischia di instaurare un rapporto senza fine e senza scampo. Al limite, deve essere proposto in questi casi un trattamento con un altro analista. La regressione terapeutica appare peraltro essere un utile strumento per riparare le “ferite psicologiche centrali” che abbiano squilibrato il Sé/stile di vita e ne abbiano deviato le funzioni.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, Fischer Taschenbuch, Frankfurt/M., 1974.
2. ANTOCH, R. F. (1981), *Von der kommunikation zur cooperation*, Reinhardt, München/Basel.
3. BALINT, M. (1975), *The Doctor; his Patient and the Illness*, tr. it. *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli, Milano 1961.
4. BALINT, M. (1970), *Therapeutische Aspekte der Regression*, Hamburg.
5. BALINT, M., BALINT, E. (1959), *La regressione*, Raffaello Cortina, Milano 1983.
6. BENEDETTI, G. (1980), *Alienazione e personazione*, Einaudi, Torino.
7. CRAPPAULT, C. (1986), La sexoanalyse: une nouvelle approche therapeutique des desordres sexuels, *Psychoth.* 4,1: 35-43.
8. ERIKSON, E. (1963), *Childhood and Society*, tr. it. *Infanzia e società*, Armando, Roma 1967.
9. FREUD, S. (1899), *Die Traumdeutung*, tr. it. *L'interpretazione dei sogni*, Boringhieri, Torino 1980.
10. FREUD, S. (1913a), *Totem und Tabu*, tr. it. *Totem e tabù*, Newton Compton, Roma 1970.
11. FREUD, S. (1913b), Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi, In *Opere*, Boringhieri, Torino 1974.
12. FREUD, S. (1915), *Trauer und Melancholie*, tr. it. *Lutto e melancolia*, In *Opere*, Boringhieri, Torino 1976.
13. HEISTERKAMP, G. (1983), Psychotherapie als beziehungs analyse, *Beitr. z. Indiv. Psychol.* 9, 5: 86-106.
14. KERNBERG, O. (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, tr. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri, Torino 1978.
15. KOHUT, H. (1977), *The Restoration of the Self*, tr. it. *La guarigione del Sé*, Boringhieri, Torino 1980.
16. LAPLANCHE, J., PONTALIS, K.B. (1967), *Vocabulaire de la Psychanalyse*, tr. it. *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, Bari 1968.
17. LEHMKUHL, G., LEHMKUHL, U. (1985), Psychotherapie der Psychosen, *Beitr. z. Indiv. Psychol.*, 6: 46-61.
18. NACHT, S. (1963), *La présence du psychanalyste*, tr. it. *La presenza dello psicoanalista*, Astrolabio, Roma 1973.
19. PAO, P. N. (1979), *Disturbi schizofrenici*, Raffaello Cortina, Milano 1984.
20. RINGEL, E. (1976), Zur Identitätsfindung der Individual-psychologie, *Beitr. z. Indiv. Psychol.*, 145-157, Reinhardt, München/Basel 1978.
21. ROVERA, G. G. (1979), Il Sistema aperto della Individual-Psicologia, *Quaderni Riv. Psicol. Indiv.*, 4: 1-22.
22. ROVERA, G. G. (1982a), Paradox and double bind, *Beitr. z. Indiv. Psychol.* 3: 66-70, 1984.
23. ROVERA, G. G. (1982b), Transmotivazione: proposte per una strategia dell'incoaggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.

24. ROVERA, G. G. (1990), La psicologia individuale, In AA.VV., *Trattato italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
25. ROVERA, G. G., GATTI, A. (1982), Considerazioni psicopatologiche ed applicazioni cliniche in tema di strategie dell'incoraggiamento, *Rass. Ig. Ment.*, 4: 105-132.
26. SCHMIDT, R. (1985), Neure Entwisklungen der Individualpsychologie in deutsch sprachigen Raum, *Zeit. Indiv. Psychol.*, 10: 226-236.
27. SEARLES, H. (1965), *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*, tr. it. *Scritti sulla schizofrenia*, Boringhieri, Torino 1974.
28. SEIDEL, V. (1985), Regression als therapeutisches Agens in der individualpsychologische Therapie, *Beitr. z. Indiv. Psychol.*, 6: 90-99.
29. WOODCOCK, A., DAVIS, M. (1978), *Catastrophe Theory*, tr. it. *La teoria delle catastrofi*, Garzanti, Milano 1982.

Gian Giacomo Rovera
Corso Einaudi, 28
I-10124 Torino
E-mail: ggrovera@hotmail.com