

Il modello supportivo-espressivo: strumento pratico o finzione nevrotica?

STEFANO CANDELLIERI

Summary – THE SUPPORTIVE-EXPRESSIVE MODEL: PRACTICAL INSTRUMENT OR NEUROTIC FICTION? The present work points to criticize the supportive-expressive model as well as the separation in it between psychotherapy and psychoanalysis. In fact, in spite of the intention to resolve it, the supportive-expressive model seems to maintain the antithetical opposition between the most important two curative factors, attachment/interaction on one hand and exploration/interpretation on the other hand. This is the basis of the distinction between psychotherapy and psychoanalysis. The strong relation among the curative factors is examined and a return to a single psychodynamic psychotherapy, consistent with the adlerian point of view, is proposed. Its characteristics are, finally, briefly exposed.

Keywords: SUPPORTIVE-EXPRESSIVE MODEL, ATTACHMENT/INTERACTION, EXPLORATION/INTERPRETATION.

Negli ultimi anni, si è diffuso sempre più nella letteratura e nella pratica psicoterapeutiche, anche a orientamento individual-psicologico, il modello del continuum supportivo-espressivo. Più propriamente, si dovrebbe dire che, se in letteratura tale modello si è diffuso all'interno di un dibattito teorico tra posizioni sufficientemente definite e riconoscibili, nella pratica clinica psicoterapeutica esso rischia di tradursi in una prassi disomogenea e difficilmente definibile: una serie di nodi problematici (primo fra tutti quello della distinzione/opposizione tra analisi e psicoterapia) fatti apparentemente uscire dalla porta dal lavoro di chiarificazione teorica sembrano rientrare dalla finestra nella pratica terapeutica quotidiana, col rischio di dar luogo a percorsi psicoterapeutici non più chiari e internamente coerenti, bensì "ibridi" e potenzialmente confusivi.

I. Il "continuum"

L'idea di "continuum", infatti, sembra risolvere in modo pacifico la classica quanto controversa opposizione tra psicoterapia "supportiva" e psicoterapia

“espressiva”, suggerendo che tutti i trattamenti psicoterapeutici siano una mescolanza di elementi dell’uno e dell’altro tipo, in misura variabile a seconda delle diverse situazioni terapeutiche. L’immagine che usa Glen Gabbard [16] è quella di un terapeuta che oscilla costantemente lungo l’asse del *continuum supportivo-espressivo* a seconda delle necessità del paziente nei vari momenti della terapia.

Ma è davvero recuperabile nella pratica l’opposizione antinomica stabilita *a priori* tra dimensione *supportiva* e dimensione *espressiva*? Il modello, infatti, prevede un rapporto inversamente proporzionale tra le due modalità, il che vuol dire naturalmente che più vogliamo essere “espressivi” meno dobbiamo essere “supportivi”, e viceversa. Ma una volta stabilito questo rapporto di mutua esclusione, diventa difficile immaginare come realistica e/o desiderabile la psicoterapia “mista” (a metà strada del *continuum*, per intenderci) sulla cui possibilità si fonda il modello, in cui riescano a convivere in pari misura, “al 50%”, elementi ciascuno dei quali, per definizione, per manifestarsi al meglio richiederebbe la scomparsa o perlomeno la forte attenuazione dell’altro. Con queste premesse vivremo sempre una *psicoterapia supportivo-espressiva* in senso stretto non già come un arricchimento, ma piuttosto come una terapia difettuale e ibrida, e avremo sempre la spinta a trasformarla non appena possibile “o” in una psicoterapia espressiva (o prevalentemente espressiva) “o” in una psicoterapia supportiva (o prevalentemente supportiva), perpetuando in tal modo la distinzione, che si voleva superare, tra percorsi supportivi e percorsi espressivi. Per questo, tale modello rischia di aggirare l’opposizione antinomica tra supportivo ed espressivo e, in definitiva, tra psicoterapia e analisi, senza realmente riuscire a risolverla.

II. Il problema del rapporto tra interazione/attaccamento ed esplorazione/comprendimento

Mi pare utile, quindi, affrontare alla radice i limiti di una tale antinomia, partendo dal problema dell’interazione paziente-terapeuta. È ormai assodato che tale interazione è inevitabile. Dalla prospettiva del modello supportivo-espressivo, l’interazione viene di norma vista come un’inevitabile “impurità” nella dimensione espressiva e come elemento fondamentale nella dimensione supportiva. Il modello per definizione non può prevedere, ad esempio, una condizione a un tempo d’intensa interazione e d’intensa attività esplorativa, per il già ricordato rapporto di mutua esclusione previsto per queste due modalità. In tal modo esso risulta riduttivo rispetto alle implicazioni della interazione. La prospettiva individualpsicologica, compatibile con altre prospettive particolarmente stimolanti come, ad esempio, quella dell’ultimo Merton Gill o di Joseph Weiss, allarga invece la portata della dimensione interattiva, vincolandola saldamente alla dimensione conoscitivo-esplorativa dell’*insight*.

II. 1. *La sicurezza relazionale come preconditione dell'esplorazione.* Un importante legame tra interazione/attaccamento ed esplorazione/comprendimento è rappresentato dalla cresciuta evidenza del rapporto tra attaccamento sicuro e attività esplorativa. Le osservazioni di comune riferimento sono a questo proposito quelle della ricerca sulla relazione madre-bambino, di matrice anglosassone, attualmente riprese particolarmente dal lavoro sull'*attachment* di Peter Fonagy e del suo gruppo. In realtà una attenta osservazione del funzionamento della coppia madre-bambino permea tutta l'opera adleriana, molto prima che l'attenzione della comunità psicoanalitica si focalizzasse sulla problematica dell'attaccamento.

Le osservazioni sull'attaccamento indicano come un attaccamento "sicuro" del bambino alla madre o, più in generale, al *care-giver*, sia fondamentale perché il bambino, liberato da ansie eccessive, si dedichi all'attività di esplorazione dell'ambiente che lo circonda. Come riassume Vittorio Lingiardi: «In generale possiamo dire che quando questo bisogno [*di attaccamento*] viene soddisfatto in maniera adeguata si apre per il bambino la possibilità di esplorare il mondo. La figura di attaccamento rappresenta la base sicura da cui egli si può allontanare perché ha la certezza di potervi fare ritorno. Quando, invece, non si stabilisce un attaccamento sicuro, il bambino non è capace di dedicarsi all'esplorazione serenamente e le sue relazioni sono segnate da problemi, spesso drammatici, di vicinanza e separazione» (20, p. 69). Occorre naturalmente particolare cautela per riferire fenomeni osservati nel bambino alla realtà dell'individuo adulto (e viceversa), ma è stimolante pensare che anche nell'adulto, e specialmente nell'adulto nevrotico, si mantenga un vincolo di questo tipo tra attaccamento ed esplorazione, almeno finché non sia avanzata la maturazione psicologica e con essa la relativa indipendenza dalla sicurezza relazionale. Quest'ultima condizione, d'altra parte, corrisponde raramente a quella del paziente impegnato in un percorso psicoterapeutico.

L'ipotesi di una intima relazione tra "sicurezza" nella relazione e possibilità di esplorazione (interiore nei termini dell'*insight*, ma anche esperienziale) nell'adulto, mi pare congeniale alla visione adleriana, e in particolare alla importanza attribuita nella Psicologia Individuale al processo di incoraggiamento. «Tutti i casi di fallimento esaminati – osserva Adler – hanno come caratteristica la mancanza di cooperazione. Per questo, è importante che essa si sviluppi tra il paziente e il terapeuta poiché il loro è il primo serio tentativo... per suscitare il sentimento sociale; pertanto, sin dall'inizio, devono essere prese tutte le misure necessarie a favorirla. Questo è possibile, naturalmente, *solo se il paziente si sente al sicuro con il suo medico*»* (3, p. 158). Pochi anni prima Adler aveva affermato: «La funzione del medico o dello psicologo è quella di

* Questo corsivo e i successivi sono inseriti dall'autore. [N.d.A.]

mettere il paziente nella condizione di vivere un'esperienza di amicizia, di fare in modo che possa trasferire sugli altri il suo risvegliato sentimento sociale. *Questo è un compito simile a quello della madre* che si colloca, appunto, tra la società e il bambino. Se ella non riesce in ciò, allora un tale adempimento, molto più tardi, ricadrà probabilmente sul medico, che potrà assolverlo con maggiore difficoltà» (2, pp. 20-21).

Nello stesso lavoro Adler afferma, com'è noto, che il lavoro dello psicoterapeuta è «*un'assunzione tardiva della funzione materna*» (2, p. 73). D'altronde, già nel 1910, sempre in merito all'atteggiamento psicoterapeutico, osservava a proposito di una propria paziente: «La continuazione della cura presentò il compito più difficile per il medico di malattie nervose, che consiste nel *mettere il paziente in uno stato d'animo tale da poter sopportare dei suggerimenti*» (1, p. 164). Da questi pochi esempi è evidente l'importanza attribuita da Adler al garantire, nei limiti del possibile, una "ragionevole sicurezza" al paziente come preconditione del lavoro esplorativo e trasformativo. Quest'ultimo viene inteso da Adler sia come attività del terapeuta, sia come attività "autoanalitica" e "autotrasformativa" del paziente, nell'ambito di una più generale idea di "coppia terapeutica creativa" [23]. Solamente in condizioni di sufficiente sicurezza il paziente può percepire il piacere dell'esplorazione e del "viaggio" analitico, e questa piacevolezza rappresenta una ulteriore preconditione al lavoro esplorativo: «Un paziente deve provare piacere dall'ascoltare e dal voler comprendere: *solo se accade questo può essere motivato a tradurre in pratica le proprie acquisizioni*» (2, p. 157).

Dal punto di vista individualpsicologico, quindi, non ha senso un'opposizione tra supportività ed espressività, sia pure nei termini *soft* di un *continuum*, per l'intimo legame che occorre tra queste due dimensioni. Al di fuori del contesto adleriano, mi sembra particolarmente stimolante e in parte compatibile con l'impostazione individualpsicologica, la ricerca di Joseph Weiss, del *San Francisco Psychotherapy Research Group*. Secondo la *Control-master theory* elaborata da Weiss [27], il paziente cerca inconsciamente nuove esperienze e persone in grado di superare i "test", cui egli inconsciamente le sottopone allo scopo di disconfermare le proprie credenze patogene infantili. Come osserva Harold Sampson, collaboratore di Weiss, «Le credenze patogene fanno credere alla persona che il conseguimento dei suoi scopi, per esempio essere indipendente, felice o tranquillo oppure avere un matrimonio soddisfacente o una carriera riuscita, costituisca una minaccia per sé o per gli altri. Per evitare di incorrere in questo pericolo, l'individuo evita di perseguire i suoi obiettivi e sviluppa inibizioni e sintomi: la psicopatologia nasce quindi dalle credenze patogene. [...] Il lavoro del paziente è guidato da obiettivi e progetti inconsci e il suo progresso è reso possibile dalla valutazione inconscia di pericoli e opportunità. *Egli allenta la rimozione e progredisce nella terapia quando è convinto*

di essere sufficientemente al sicuro. Il compito del terapeuta è aiutare il paziente nella sua lotta per disconfermare le credenze patogene e per perseguire gli obiettivi da esse ostacolati. Molti sono i suoi strumenti: innanzitutto, l'atteggiamento globale nei confronti del paziente, poi la capacità di superare i test a cui egli lo sottopone, e quindi le interpretazioni» (27, pp. 15-16).

Come chiarisce Morris Eagle: «Superare questi test crea delle *condizioni di sicurezza* che consentono al paziente di abbandonare la rimozione e di *far emergere contenuti tenuti fuori dalla coscienza*» (8, p. 111). Sebbene non vi sia una piena coincidenza tra le credenze patogene e le finzioni, ma piuttosto una parziale sovrapposizione, sono comunque evidenti delle interessanti analogie tra il pensiero di Adler e quello del gruppo di ricerca di San Francisco: in particolare, per quel che riguarda l'importanza assegnata allo sforzo di garantire al paziente una condizione di sicurezza, psicodinamicamente fondata, al di là di generiche e controproducenti rassicurazioni, come prerequisito del percorso di cambiamento. «Io ho sempre reputato molto vantaggioso – dice Adler ne *Il senso della vita* – *mantenere più basso possibile il livello di tensione* durante il trattamento» (3, p. 162).

Come detto, questo invito di carattere generale va individualizzato e contestualizzato nell'ambito di una comprensione psicodinamica e di un'osservazione. «Adler era consapevole – osservano gli Ansbacher – della necessità di controllare i risultati di qualsiasi influenza venisse esercitata [...]. C'è qui una forte somiglianza con quello che Lewin diceva in riferimento alla psicologia sociale, definendo tale modo di procedere “ricerca di azione” [...]. Egli così si esprimeva: “Abbiamo bisogno della verifica per dimostrare a noi stessi se ci muoviamo nella giusta direzione, e con quale modalità ci muoviamo”» (6, p. 383). Nel lavoro del gruppo di ricerca di San Francisco, questo è stato tradotto nel cosiddetto *Plan Formulation Method*, tentativo di sistematizzare i dati derivanti dal lavoro di ricerca in psicoterapia al fine di aiutare il terapeuta a comprendere il piano inconscio del paziente e a superare di conseguenza, in modo il più possibile consapevole, i test posti da quest'ultimo.

Per tornare al nostro argomento, un evidente limite del modello supportivo-espressivo, almeno così come esso viene di norma inteso, è dunque quello di “ridurre” drasticamente la complessità, suggerita da queste osservazioni, del rapporto tra attaccamento e comprensione, dividendole in modo dicotomico. Sulla base di quanto detto possiamo pensare, e di fatto è un comune riscontro nella pratica, che per un dato paziente le condizioni di sicurezza per un lavoro psicoterapeutico profondo siano rappresentate da una modalità di interazione “supportiva”, con un terapeuta che interviene in seduta in modo più frequente e partecipe di quanto farebbe in un contesto classicamente “analitico” o che gli somministra un farmaco, ad esempio. Per questo tipo di paziente *quel partico-*

lare modo di interazione che è l'astinenza relazionale di una analisi cosiddetta "tipo" potrebbe risultare frustrante e inibente rispetto alla possibilità di "mettersi in gioco", e a poco gioverebbero le interpretazioni dell'analista. Viceversa, una modalità supportiva di interazione potrebbe risultare minacciosa per un altro tipo di paziente, che potrebbe sentirla come troppo vicina e incontrollabile o pericolosamente seduttiva: azione paradossale di segno negativo della distanza troppo ravvicinata [24].

In entrambi i casi sarebbe alquanto inibita, o adlerianamente scoraggiata, la dimensione esplorativa, e con essa le potenzialità trasformative e di riorientamento transmotivazionale [24] del paziente. Se si inibisce l'attitudine esplorativa, infatti, il paziente avrà difficoltà a "metabolizzare" in modo creativo le proprie modalità di mettersi in relazione (con se stesso, con gli altri, con la vita), e correrà il rischio di rimanere bloccato nel proprio peculiare stile di vita: in terapia ciò può tradursi in quelle *impasse* profonde in cui talora si arena la coppia terapeuta-paziente. Si strutturerebbe in questi casi un vincolo di transfert-controtransfert cronico, non "analizzabile" anche perché il paziente è cronicamente inibito e scoraggiato nella relazione terapeutica: o evita lo "smascheramento" o lo vive in modo dolorosamente persecutorio.

II. 2. *Interazione come esplorazione.* Se dunque un primo legame tra interazione ed esplorazione è costituito dall'essere la prima il luogo che consente le condizioni di sicurezza perché sia possibile la seconda, un secondo legame tra queste due dimensioni è costituito dalla potenzialità direttamente espressiva della interazione, che può fornire *insight* tanto quanto un'interpretazione. In fondo, l'interpretazione ha un importante valore terapeutico al di là dell'esattezza del contenuto (che è ovviamente importante per quanto è possibile), nella sua capacità deletteralizzante rispetto alle finzioni rigide del paziente, dimostrandogli come sia possibile vedere i fatti in un altro modo. Essa costituisce da un lato una sorta di palestra di *flessibilità cognitiva* e di sentimento del "come se" (internalizzabili), e dall'altro un implicito invito a esplorare modi di pensare e di essere fino a quel momento apparentemente estranei al paziente. Da questo punto di vista l'atteggiamento del terapeuta, anche soltanto un certo gesto, può avere la stessa efficacia espressiva di una interpretazione, rendendo disponibili per le identificazioni creative del paziente [9] modalità alternative di comportamento, magari fino allora sconosciute, nell'ambito di un messaggio complessivamente non rigido, anti-letteralistico e di ricerca di un'ottimale modulazione tra le due istanze fondamentali del sentimento sociale e della volontà di potenza [9].

Se teniamo conto di questo e se consideriamo, d'altro canto, che per alcuni pazienti il "taglio" analitico del lavoro psicoterapeutico svolge una funzione rassicuratoria, di contenimento, per esempio garantendo la scientificità del per-

corso intrapreso e l'impegno a comprendere dello psicoterapeuta, non dovremmo poi sorprenderci di fronte alla possibilità di paradossali rovesciamenti dell'ottica abituale: in taluni percorsi psicoanalitici (nelle intenzioni) l'attività interpretativa potrà rappresentare, infatti, il lato supportivo e l'esperienza relazionale con il terapeuta, invece, quello espressivo.

A titolo di esempio, è interessante, a questo proposito, quello che osserva Paolo Migone (la cui riflessione in generale su queste tematiche è di esemplare chiarezza*) a proposito della cosiddetta TFP (*Transference Focused Psychotherapy*) di Clarkin, Yeomans & Kernberg [7] per i pazienti borderline, chiamata anche inizialmente *A contract-based approach*, poiché in essa viene posta particolare enfasi sull'importanza di concordare con il paziente un preciso e minuzioso contratto terapeutico. Osserva Migone: «Il contratto, per certi versi, sembra quasi un *escamotage*, un trucco per fare molteplici operazioni allo stesso tempo, non solo cioè per gettare le basi per poi poter condurre una terapia (come viene teorizzato ufficialmente), o per saggiare la validità della diagnosi, ma soprattutto (è questa la mia netta impressione) è esso stesso una forma di terapia. In altre parole, sembra quasi che la fase della contrattazione sia la terapia stessa, o una parte importantissima di essa che avviene implicitamente, correggendo schemi cognitivi a cui il paziente non aveva mai prestato attenzione ma che erano operativi, e che vengono modificati in modo altrettanto silente, semplicemente con la interazione [...] col contratto, che riguarda solo il comportamento... viene lasciata intatta la struttura psichica alla base della modalità relazionale, dando l'illusione al paziente che farà questa concessione al terapeuta, mentre sposterà su un altro piano (ad esempio, quello verbale) la sua modalità relazionale supponiamo ricattatoria o di controllo onnipotente. Viene cioè operata una prima differenziazione tra comportamenti e significato di questi comportamenti, chiedendo al paziente di modificare questi comportamenti senza necessariamente interpretarne per ora il significato... Nel fare questo però intanto il terapeuta – quasi come un ipnotista ericksoniano – ottiene già una prima vittoria, un cambiamento del comportamento del paziente, il quale intanto vi si abitua e magari più tardi scopre che ci si può adattare, sostituendolo a precedenti sue modalità, e rimanendo coinvolto in una relazione emotivamente profonda che durerà alcuni anni e che gli offrirà tante altre opportunità di riflettere su se stesso e di cambiare altre modalità disadattive di funzionamento»* (22, p. 57).

Quest'area si sovrappone in parte a quella, molto criticata in passato, dell'"esperienza emotiva correttiva" di Alexander [4, 5]. Quest'ultimo suggeriva che il terapeuta consapevolmente dovesse assumere, per essere terapeutico, un atteggiamento contrario a quello, rivelatosi poi patogeno, tenuto dalle

* Vedi in particolare Migone (1995).

persone di riferimento del paziente nell'infanzia. Alexander fu aspramente criticato, e si sostenne che egli manipolava il transfert (e quindi anche il paziente) inducendo i terapeuti a recitare una parte anziché fare il proprio lavoro al servizio della verità psicologica. Il suo tipo di trattamento venne indicato dagli analisti freudiani ortodossi come “terapia transferale”, considerata a tutti gli effetti una forma di suggestione. La risposta di Alexander e di altri (Merton Gill in particolare) in seguito intervenuti nel dibattito fu (in modo compatibile con la posizione di Adler) che lo stesso *setting* dell'analisi-tipo può essere di per sé altamente suggestivo come potente comunicazione non verbale, in un modo non sempre elaborabile e recuperabile per il paziente nell'ambito dell'analisi [4, 18, 19]. Rispetto alle tesi di Alexander, in realtà, la critica che può essere mossa è circa il rischio di un sentimento di onnipotenza del terapeuta, visto come capace di sottili alchimie e dosature nel proprio intervento con il paziente.

Aldilà di queste controversie, rimane l'indubbio valore espressivo e trasformativo che il modo di comportarsi del terapeuta può avere nell'ambito del processo psicoterapeutico e la possibilità di un suo uso “abbastanza consapevole”.

Un'ultima considerazione merita il fatto che per lo stesso terapeuta l'interazione con il paziente può essere altamente esplorativa. In primo luogo nel senso di una più piena comprensione del paziente (che può essere assai ridotta da un *setting* rigido classico). Dice Adler: «Io vedo un vantaggio a non interrompere i movimenti del paziente, lo lascio alzare, andare e venire, fumare quanto vuole. Occasionalmente, ho anche dato a qualche paziente l'opportunità di dormire in mia presenza [...]. *Un simile atteggiamento può parlare tanto chiaramente quanto l'uso di parole ostili*» (3, p. 158).

Anche in ambito freudiano vi è una sempre maggiore consapevolezza della opportunità di una maggiore libertà interattiva. Tra le molte vignette cliniche offerte ad esempio da Antonino Ferro [13], è interessante a questo proposito quella del “terrorismo basco” in cui lo sblocco nella comprensione del paziente da parte dell'analista da un lato e nell'analisi stessa dall'altro è offerto proprio da due situazioni non tipiche di interazione: la prima, imprevedibile, costituita da un improvviso *black-out* a causa di un temporale e nella quale il terapeuta entra in contatto, nell'esperienza di fantasie controtransferali, con le parti più aggressive e rimosse del paziente; la seconda in cui l'analista istintivamente raccoglie il basco caduto al paziente all'uscita dalla seduta, e si trova a intuire una possibilità di uscita espressiva dalla situazione di *impasse* iniziando a “giocare” sul personaggio (quasi psicodrammatico) del “basco/Basco” che spetta al terapeuta “raccogliere”.

In secondo luogo, l'interazione non rigida con il paziente (“miglior collega”,

come dice Bion, del terapeuta) offre al terapeuta un vertice di osservazione alternativo su di sé e sul proprio operato, e gli permette quindi un monitoraggio continuo sia del proprio controtransfert*, sia di eventuali inconsapevoli derive nevrotiche nel proprio stile di vita e di lavoro. È questo un lavoro, sia autoanalitico sia di supervisione, di particolare importanza laddove, specie nell'ottica adleriana, un importante fattore terapeutico è l'esempio offerto da un terapeuta "sufficientemente" non nevrotico e pronto ad accogliere i rimandi del paziente.

III. *Supportivo-espressivo come finzione nevrotica?*

Se il modello supportivo-espressivo riduce la complessità del rapporto tra interazione e comprensione, potremmo adlerianamente iniziare a considerarlo come una modalità di pensiero antinomico o antitetico, una difesa dall'ambivalenza e dall'insicurezza insite nella dimensione psicoterapeutica, che ha come risultato la produzione della coppia di opposti supportivo (femminile-concavo)/espressivo (maschile-convesso). Da questa particolare prospettiva, le terapie miste supportivo-espressive corrono il rischio di una natura ermafroditica, ibrida e in buona sostanza nevrotica, dove gli opposti divisi coesistono, ma in modo disarmonico e dissonante.

Il rischio è che il terapeuta si "appesantisca", nella conduzione della terapia, di questa finzione nevrotica, che inevitabilmente lo allontanerà mentalmente dal proprio paziente, in una perdita complessiva di interesse sociale e conseguentemente di efficacia terapeutica, se è vero che il primo requisito della psicoterapia è che essa possa costituire una sorta di officina per il collaudo di nuove esperienze di interesse sociale e cooperazione nell'ambito di una complessiva strategia di incoraggiamento.

Per i terapeuti che tentano di rispettare il modello supportivo-espressivo, si possono profilare due scenari. In uno, il terapeuta proverà in definitiva a mescolare l'approccio analitico e quello psicoterapeutico, fedele al modello supportivo-espressivo in senso stretto, ma si troverà poi a compiere delle acrobazie per conciliare i differenti aspetti tecnici dell'una e dell'altra modalità, ad esempio in merito al *transfert*, alla sua "gestione" e alla sua analisi, al problema della regressione, alla neutralità dell'analista e alla sua libertà di interazione e di *self-disclosure*, alla frequenza delle sedute, alla selezione dei pazienti etc. Si tratta della soluzione più chiaramente ibrida ed eclettica, e potenzial-

* Osserva a questo proposito Merton Gill: «L'aiuto più importante al terapeuta, nello scoprire il proprio controtransfert, è dato dall'interpretazione di esso da parte del paziente, in gran parte attraverso riferimenti mascherati nelle sue associazioni» (18, pp. 9-10 della I parte della versione su Internet). [N.d.A.]

mente assai confusiva per il paziente. Nel secondo scenario, suggerito all'inizio di questo lavoro, il terapeuta non appena possibile arretrerà, più o meno consapevolmente, verso la consueta divisione tra analisi e psicoterapia, e i rischi conseguenti sono fondamentalmente quelli derivanti dalla separazione artificiosa tra la dimensione dell'interazione/attaccamento e quella dell'interpretazione/esplorazione.

Anche in questo caso, comunque, il terapeuta si troverà appesantito da un certo grado di artificiosità e disarmonia. Infatti, come osserva Merton Gill a proposito dei terapeuti che praticano con pazienti diversi sia la psicoanalisi che la psicoterapia: «In tale pratica, la manipolazione grossolana e consapevole che il terapeuta può tollerare nella psicoterapia gli rende più difficile adottare lo stato d'animo adatto a cercare, nel lavoro analitico, anche suggestioni inconscie; d'altra parte, influenzato dalla tecnica psicoanalitica corrente, egli soffre, come psicoterapeuta, di un'eccessiva limitazione nell'interazione e nell'interpretazione, soprattutto del *transfert*» [18, Internet, p. 15].

Qualche anno più tardi, sempre a questo proposito, Gill precisò: «Pensando che l'interazione sia permessa in psicoterapia – ma non in analisi - essi possono divenire troppo liberamente interattivi in psicoanalisi, senza portare avanti l'interpretazione di questa interazione, e possono diventare troppo riservati in psicoterapia, ancora una volta senza interpretare questa interazione» (19, p. 68).

IV. Conclusioni

Lo scopo di questo lavoro è quello di proporre una critica al modello supportivo-espressivo, poiché esso, oggi particolarmente in voga, corre il rischio di costituire, per i motivi che ho cercato di esporre, un insidioso “collo di bottiglia” per la pratica psicoterapeutica. In ambito adleriano, una articolata riflessione su questo argomento è già stata proposta da Andrea Ferrero [12], al cui lavoro rimando per un ulteriore approfondimento.

Coerentemente a quanto detto, credo si debba riconsiderare la possibilità di un'unica psicoterapia psicodinamica (o analitica), superando la distinzione tra analisi e psicoterapia e immaginando il rapporto tra attaccamento ed esplorazione, tra supportivo ed espressivo, nei termini delle figure ambigue della *Gestalt* piuttosto che in quelli dell'asse rettilineo del *continuum*.

In estrema sintesi, una tale psicoterapia dovrebbe soddisfare le tre seguenti condizioni:

1. *Garantire al singolo paziente uno spazio di “sufficiente” sicurezza relazionale*, tramite una comprensione psicodinamicamente fondata dei suoi bisogni (e

non dei bisogni della sua diagnosi) e delle sue difese, che riduca al minimo sia il rischio di perniciose ipergratificazioni pseudo-incoraggianti (potenzialmente iatrogene) come fonte paradossale di indebolimento del coraggio e del sentimento sociale [24], sia il rischio di un cronico scoraggiamento magari collusivo con una distruttiva obbedienza al *setting* da parte del paziente. A proposito di quest'ultimo rischio, particolare attenzione andrà posta soprattutto dai terapeuti di "formazione analitica" al problema dell'induzione di una nevrosi di transfert o comunque di una regressione terapeutica, poiché gli aspetti regressivi "indotti" appaiono particolarmente a rischio di inibire lo sviluppo della sicurezza relazionale. Nel 1961, ad esempio, Leo Stone osservava a questo proposito che "l'applicazione indiscriminata e troppo elaborata del principio di astinenza... può produrre una regressione iatrogena prolungata e spuria che esercita un impatto negativo sul procedere dell'analisi" [26]. Sarà utile, piuttosto, procedere dalla superficie alla profondità, come diceva Fenichel [11], accompagnando e sostenendo "identificatoriamente e co-creativamente" la regressione [25], piuttosto che "inducendola". Come osserva lapidariamente Gill: «Quando la regressione va oltre ciò che il paziente porta in terapia, i risultati utili ottenuti esistono *nonostante* questo aumento di regressione, non *a causa* di esso» [18, Internet, p. 5].

2. *"Accompagnare" il paziente*, reso "sufficientemente sicuro", nell'esplorazione di sé e delle proprie modalità relazionali al fine di una riformulazione del progetto esistenziale, senza seguire pericolose derive di volontà di potenza verso l'assunto rigido di una supremazia interpretativa del terapeuta. Terreno privilegiato di questo lavoro è la relazione terapeutica, con il materiale transferale-controtransferale che essa rende disponibile. Il lavoro sul transfert rappresenta la parte forse più feconda dell'attività esplorativa (come ricorda Freud [15], "non si può uccidere un nemico *in effigie*"), da intendersi però come occasione molto concreta, nel cosiddetto *hic et nunc* o, meglio ancora, nel vero e proprio "gioco" [28] della relazione terapeutica di esplorare e comprendere le dinamiche relazionali, e non tanto come fredda "analisi di laboratorio" – dalle valenze facilmente persecutorie – del transfert. Osserva Antonino Ferro: «Come non ricordare quanto diceva Winnicott (1971) a proposito della quantità di cambiamento profondo che lui stesso aveva impedito a causa del proprio personale bisogno di interpretare e di come gioisse ormai nel favorire la creatività del paziente più che della sensazione di essere stato intelligente nel proporre interpretazioni» [14].

3. *Rimanere "sufficientemente indipendente" da quelli che Gill chiamò [17] i criteri estrinseci*: frequenza delle sedute, uso del lettino o della sedia, durata della seduta, lunghezza del trattamento, selezione dei pazienti etc. In particolare, i criteri estrinseci dovrebbero essere al servizio delle finalità della terapia, e non divenire, come di fatto succede ancora spesso, elementi ritualizzati e sacralizzati che si giustificano da sé e che da soli possono connotare l'analiticità o meno del trattamento: *la tecnica deve essere uno strumento e non un fine*.

L'importante è che i parametri definiti (in base alle caratteristiche del paziente, ivi compreso lo *status* socio-economico, al tipo di *setting*, per es. pubblico o privato, alla disponibilità materiale e/o psicologica dell'analista etc.) e le loro eventuali variazioni rimangano il più possibile *disponibili* all'interno del campo terapeutico come materiale su cui lavorare, anche in un secondo tempo, e non vengano "scissi" all'esterno di esso da razionalizzazioni del paziente, del terapeuta o di entrambi.

Aldilà di convenzioni di maniera – come quella, ad esempio, per cui si fa l'analisi (silenzio analitico, posizione girata, sedute frequenti, ecc.) ai pazienti nevrotici e la psicoterapia supportiva (maggiore attività del terapeuta, vis à vis, sedute meno frequenti etc.) ai pazienti borderline – che rischiano di rendere sterili gli elementi di verità che pure contengono, mi pare che l'essenziale della psicoterapia coerentemente con lo spirito di Adler sia, alla fine, come osserva Fassino, quello di "camminare con lo stile del paziente, al suo fianco, perché questi accetti prima o poi di lavorare creativamente con il terapeuta secondo abbozzi di logica consensuale, progredendo nei livelli di motivazione. Si tratterebbe di parlare con le parole del paziente, perché il paziente, dopo aver stabilito un contatto affettivo, possa usare le parole del terapeuta. Giocare con i giochi senza regole del paziente perché lui possa fidarsi e tentare di giocare ai "giochi con regole" del terapeuta" [10]. In tal senso la lezione di Adler si rivela quanto mai attuale, e ad essa sembrano fare ritorno, più o meno consapevolmente, gli altri indirizzi di psicologia del profondo.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1911), Über männliche Einstellung bei weiblichen Neurotikern, *Zentbl. Psychoanal.*, 1: 174-178. Ristampato in Adler, A. (1921), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Astrolabio, Roma 1947.
2. ADLER, A. (1929), *Problems of Neurosis: A Book of Case-Histories*, Kegan Paul, Trench, Truebner & Co., London.
3. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
4. ALEXANDER, F. (1956), *Psychoanalysis and Psychotherapy*, Norton, New York.
5. ALEXANDER, F., FRENCH, T. M. ET AL. (1946), *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*, tr. it. capitoli 2, 4, 17, *La esperienza emozionale correttiva, Psicoterapia e scienze unane*, XXVII, 2: 85-101 (Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/alexan-1.htm>).

6. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
7. CLARKIN, J. F., YEOMANS, F. E., KERNBERG, O. F. (1999), *Psychotherapy for Borderline Personality*, tr. it. *Psicoterapia delle personalità borderline*, Cortina, Milano 2000 (Edizione su Internet pp. 31-39 cap. 1, "Strategie nella psicoterapia delle personalità borderline": <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/clarki99.htm>).
8. EAGLE, M. N. (1984), *Recent Developments in Psychoanalysis. A Critical Evaluation*, tr. it. *La psicoanalisi contemporanea*, Laterza, Bari 1988 (Edizione su Internet cap. 11 (ed. or. cap. 12), "Carenze di sviluppo e conflitto dinamico": <http://www.publinet.it/pol/ital/documig8.htm>).
9. FASSINO, S. (1990), Le due istanze fondamentali nel processo analitico, *Ind. Psychol. Dossier II*, Saiga, Torino.
10. FASSINO, S. (1998), Lo stile di vita e il Sé creativo, in SANFILIPPO, B. (a cura di), *Itinerari Adleriani*, Franco Angeli, Milano.
11. FENICHEL, O. (1941), *Problems of Psychoanalytic Technique*, The Psychoanalytic Quarterly Inc., New York.
12. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
13. FERRO, A. (1996), *Nella stanza d'analisi*, Cortina, Milano.
14. FERRO, A. (1999), *La psicoanalisi come letteratura e terapia*, Cortina, Milano.
15. FREUD, S. (1912), *Zur Dynamik der nebertragung*, tr. it. *Dinamica della traslazione*, in *Opere*, 6, Boringhieri, Torino 1974.
16. GABBARD, G. O. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice - The DSM-IV Edition*, tr. it. *Psichiatria psicodinamica*, Cortina, Milano 1995.
17. GILL, M. M. (1954), Psychoanalysis and Exploratory Psychotherapy, *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 2: 771-797.
18. GILL, M. M. (1984), Psychoanalysis and Psychotherapy: a Revision, *Int. Rev. Psychoanal.*, tr. it. Psicoanalisi e psicoterapia: una revisione, in DEL CORNO F., LANG, M. (a cura di), *Psicologia Clinica. Vol. 4, Trattamenti in setting individuale*, Angeli, Milano 1989: 128-157 (Edizione su Internet: <http://www.publinet.it/pol/ital/10a-Gill.htm>).
19. GILL, M. M. (1994), *Psychoanalysis in Transition*, tr. it. *Psicoanalisi in transizione*, Cortina, Milano 1996.
20. LINGIARDI, V. (2001), *La personalità e i suoi disturbi*, Il Saggiatore, Milano.
21. MIGONE, P. (1995), *Terapia psicoanalitica*, Angeli, Milano (vedi sito Internet: <http://www.psychomedia.it/pm-revs/books/migone1a.htm>).
22. MIGONE, P. (1999), Riflessioni sulla tecnica del contratto nella psicoterapia dei pazienti borderline proposta da Kernberg, *Il Ruolo Terapeutico*, 81: 52-58. (Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt81-99.htm>).
23. PARENTI, F. (1988), Valore dell'inutile e Sé Creativo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 28-29: 7-15.
24. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposte per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
25. ROVERA, G. G. (1990), Aspetti analitici della regressione, *Ind. Psychol. Dossier II*, Saiga, Torino.
26. STONE, L. (1961), *The Psychoanalytic Situation: An Examination of Its Development and Essential Nature*, tr. it. *La situazione psicoanalitica. Uno studio del suo svi-*

luppo e della sua caratteristica essenziale, Piccin, Padova 1986.

27. WEISS, J. (1993), *How Psychotherapy Works. Process and Technique*, tr. it. *Come funziona la psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.

28. WINNICOTT, D. W. (1971), *Playing and Reality*, tr. it. *Gioco e realtà*, Armando, Roma 1974.

Stefano Candellieri

Via. Monferrato, 6

I-10131 Torino

scandellieri@yahoo.it