

## Transfert, distorsione paratattica e terapia adleriana\*

CHRIS MADDOX

*Summary* – TRANSFERENCE, PARATAXIC DISTORTION AND ADLERIAN THERAPY. This paper explores an Adlerian approach to 'transference in psychotherapy. It shows that Adler was the originator of interpersonal theory and therapy. Adler developed a new concept of the unconscious and of transference on the basis of an interpersonal perspective. Adler recognised the transference and gave it a new significance in theory and practice.

*Keywords:* TRANSFERENCE, COUNTER-TRANSFERENCE, PARATAXIC DISTORTION

### I. *Il transfert positivo e negativo*

Il *transfert* si sviluppa nel corso della relazione analitica. Spesso un rapporto interpersonale non esaminato adeguatamente nei suoi molteplici dinamismi sembra procedere secondo movimenti che prescindono dallo *stile di vita* dei singoli soggetti interagenti, per cui si ha l'impressione che gli eventi comunicativi si svolgano come se stessero seguendo un'inesorabile logica su cui non è possibile esercitare alcun tipo di controllo. Se, però, prendiamo come base di appoggio ermeneutico un modello teorico che si occupi delle dinamiche inconsce, improvvisamente riusciamo a trovare un significato, un senso, anche se solo metaforico, per un dilemma che precedentemente si presentava come privo di soluzioni.

Poiché nel modello pulsionale il legame affettivo col padre e con la madre è, in primo luogo, di natura sessuale e aggressiva, di conseguenza la relazione terapeutica freudiana sottende un'inconscia ripetizione delle *fasi* dello sviluppo infantile irrisolte e cristallizzate con la conseguente regressione agli stadi "pre-genitali", la cui fissazione sarebbe alla base di evoluzioni nevrotiche nella vita adulta.

L'incestuoso desiderio vissuto dal bambino nei confronti del genitore di sesso opposto costituisce, perciò, la radice di un *transfert* "positivo" o "negativo": il

\* Pubblichiamo la traduzione dell'articolo, che è apparso nel 1998 nell'*Adlerian Yearbook*, grazie alla gentile concessione dell'*Adlerian Society* e dell'*Institute for Individual Psychology*. [N.d.R.]

paziente prova desiderio, amore o odio per il terapeuta. Nella psicoanalisi classica lo sviluppo di una “nevrosi di transfert” può essere stimolato appositamente per favorire una terapia efficace la quale, dopo aver portato in superficie i conflitti più profondi dell’analizzando, può affrontarli proprio sul terreno del *transfert*, che assume una valenza libidica e rappresenta, in fondo, una “resistenza” alla terapia, in quanto a livello inconscio il paziente non riesce facilmente a passare da una dipendenza tipicamente infantile a un mondo di autonomia adulta.

Stekel\* ha giustamente evidenziato i limiti dell’approccio freudiano al *transfert*, che può generare una dipendenza morbosa e una regressione indotta arti-

\* C’è uno strano destino che unisce e divide due uomini come Alfred Adler e Wilhelm Stekel: entrambi sono figli di mercanti ebrei, giocano in strada, mostrano di possedere talento per la musica e la recitazione. Dopo aver terminato gli studi di medicina a Vienna, esercitano come medici generici e successivamente partecipano attivamente al famigerato gruppo che si riuniva nella “serate del mercoledì”, al numero 19 della Berggasse, in casa Freud. Più tardi diventano rispettivamente presidente e vicepresidente della società viennese e condirettori del “Centralblatt”, lasciando, successivamente, la Società psicoanalitica, e seguendo indirizzi autonomi. «Non si conosce il motivo per cui, dopo una così lunga amicizia, essi avessero in seguito rapporti così cattivi da non rivolgersi neppure la parola e da non salutarsi per strada. [...] Adler fin dal primo momento rimase molto più indipendente rispetto alle fondamentali idee freudiane. Col passar degli anni Stekel si appropriò tranquillamente di molte idee adleriane e il suo insegnamento divenne un miscuglio di concetti freudiani e adleriani, cui si univano i suoi personali. Nel suo libro sull’inferiorità organica nel 1907 Adler parla del significato simbolico dei sintomi fisici cui dà il nome di “gergo degli organi”. L’opera di Stekel *Nervöse Angstzustände*, scritta nel 1908, conteneva una straordinaria raccolta di casi clinici in cui i vari sintomi vengono spiegati come un linguaggio degli organi che esprimeva in modo simbolico sensazioni inconscie. Nel 1908 Adler sostenne, in contrasto con l’opinione di Freud, l’esistenza e l’importanza delle pulsioni aggressive primarie; Stekel si spinse ancora più in là affermando che l’istinto criminale ha un’importante funzione nelle nevrosi [...]. Quando Adler sviluppò la sua concezione della protesta virile, Stekel lo seguì con la sua descrizione della “guerra dei sessi”, e ciò Adler definì “ermafroditismo psichico” fu chiamato da Stekel “bipolarità sessuale”. Mentre Freud parla di rimozione, sia Adler che Stekel sostengono che in realtà il nevrotico non vuole vedere ciò che sarebbe stato rimosso. L’accentuazione posta da Stekel sull’aspetto istrionico di ogni nevrotico mette in rilievo qualcosa che non si discosta molto da ciò che Adler afferma a proposito dello stile di vita del paziente. Ciò che Stekel definisce la convinzione nevrotica di una grande missione corrisponde a ciò che Adler chiama l’aspirazione a essere come Dio. [...] Negli anni venti l’elemento adleriano nell’opera di Stekel divenne ancora più evidente. Nel suo breve scritto sui sogni telepatici Stekel sostiene: «i sogni cercano sempre di anticipare il futuro, essi ci mostrano i nostri atteggiamenti verso la vita e le modalità e le finalità della vita stessa». [...] Nelle sue *Briefe an eine Mutter* (Lettere a una madre) [...], egli parla del significato dei primi ricordi e sostiene che nell’opera di educazione non si deve mai ricorrere alla forza contro il bambino[...]. In un altro scritto Stekel prende in esame le “mete della vita” (*Lebensziele*): il fanciullo si propone una meta irraggiungibile e l’individuo che matura vi rinuncia gradualmente. [...] Il problema centrale dell’autoeducazione è il “coraggio verso se stessi” [...]. Tutte queste sono idee adleriane espresse quasi con le stesse parole” (ELLENBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell’inconscio*, Boringhieri, Torino 1976: 685-686). Le analogie che possiamo facilmente cogliere fra i due pensatori non devono farci minimizzare le forti differenziazioni: Stekel, che era un allievo di Freud, dopo essersi allontanato dal maestro continuò a sostenere di essere uno “psicoanalista”; Adler si avvicinò all’impianto teorico freudiano, sebbene possedesse già idee personali ed originali che, sviluppandosi gradatamente anche durante il periodo della “fase” pulsionale, divennero la base di una dottrina autonoma, che non è mai stata un approfondimento o un ampliamento della psicoanalisi. [N.d.R.]

ficialmente. Il focalizzare l'attenzione sui primissimi anni di vita e il trascurare i conflitti del presente tendono, inoltre, a infantilizzare il paziente, ostacolando la crescita di un Sé forte e in grado di affrontare le situazioni della vita quotidiana. La funzione del *transfert*, invece, risiede, a suo avviso, nella messa in scena e, quindi, nella comprensione dello stile di vita di un individuo. «Noi partiamo dal presupposto che tutti i nostri pazienti abbiano un deficit nel consuntivo di bilancio della vita, che di solito è un deficit di amore. Così l'atteggiamento del paziente verso il dottore è del tipo "Tu puoi curarmi solo se mi dai l'amore che fino ad ora mi è stato negato"» (15, p. 156). D'altra parte, il terapeuta non può assolutamente compensare la mancanza di amore dell'analizzando. Se «un'analisi è impossibile senza transfert» (*Ibid.*, p.157), allora diventa una questione secondaria chiedersi se sia possibile lavorare con o senza *transfert*, le cui dinamiche il terapeuta deve imparare, invece, a interpretare e a trattare con efficacia. «Il paziente sostituisce l'analista con la persona con cui è in conflitto, [...] scarica tutti i suoi conflitti sul dottore – senza tralasciare quelli di vita e d'amore» (*Ibid.*, p. XXIII).

Se Freud parla di "repressione", Stekel usa, invece, il termine "scotoma" la cui "selettività finalistica" implica un non vedere o un non essere consapevoli di un evento o di una esperienza interpersonale difficile. Cosa si guadagna scotomizzando? Tutto ciò che resta al di fuori di una percezione consapevole è dimenticato, per cui è possibile "accantonare" l'esperienza penosa o il conflitto. In terapia i pazienti possono segretamente aspettarsi che il loro *deficit* d'amore sia compensato dal terapeuta. Stekel si orienta verso un approccio di tipo interpersonale, in accordo con le affermazioni di Adler: «Mi aspetto continuamente dal paziente il solito atteggiamento che, in linea con il piano di vita elaborato, manifestava verso le persone del suo ambiente passato, e prima ancora verso la propria famiglia. Quando si trova dal medico, e spesso anche prima, egli prova gli stessi sentimenti che in genere prova verso una persona importante. È completamente falsa l'affermazione che il transfert di tali sentimenti o la resistenza compaiano più tardi, meglio sarebbe dire che in tali casi vengono riconosciuti tardivamente» (5, p. 374).

Alfred Adler, inoltre, riconosce l'importanza assunta dai dinamismi inconsci, quando afferma: «L'intenzione del paziente non è certo di mentirci in modo esplicito, ma noi da tempo abbiamo compreso il significato della profonda differenza esistente tra i pensieri coscienti di un uomo e la sua motivazione inconscia» (*Ibid.*, p. 367). In ogni caso, Stekel, dopo aver abbandonato il concetto freudiano di inconscio e l'impostazione pulsionale, si rifà alla prospettiva interpersonale adleriana che considera il *transfert* come espressione del "piano di vita" e dello "stile di vita" del paziente, in quanto il soggetto è spinto a ripetere il passato non certamente dalla forza degli istinti e degli impulsi, ma dallo "stile di vita", che è influenzato dalle prime esperienze soggettive e dai bisogni.

Nel *transfert* il paziente esprime il *piano di vita* individuale, portando alla luce gradatamente i vari tasselli di un mosaico che assumerà, solo alla fine, un significato unitario. Per l'analisi adleriana il *transfert positivo* è l'espressione da parte del paziente di un vuoto affettivo, di un'impotenza nella progettualità e dell'impalpabile speranza che il terapeuta possa offrirgli una soluzione: spesso un sincero apprezzamento o la gratitudine sono scambiati erroneamente per un *transfert positivo*.

Il *transfert negativo* che rivela, invece, un disappunto "non realistico" nei confronti dell'analista, successivo a un'*idealizzazione positiva*, esprime, forse, uno *stile* relazionale fortemente plasmato da una dolorosa e antica ferita, conseguente a un vissuto finzionale di tradimento e creatasi nell'ambito della vita familiare. Chi, avendo sperimentato eventi carichi di penosi sentimenti d'inferiorità, che hanno minato inesorabilmente le prime esperienze interpersonali, non desidererebbe essere liberato dalla desolante sensazione di essere perseguitato, abusato, trascurato?

## II. Il metodo adleriano

Il metodo adleriano cerca di controllare il *transfert* senza portarlo all'acme, come avviene nella psicoanalisi freudiana, ogniqualvolta costituisca un ostacolo al benessere e al recupero del paziente, perseguendo costantemente l'obiettivo di stimolare la cooperazione del soggetto e riducendo eventuali atteggiamenti regressivi generati "artificialmente". Fin dal primo colloquio lo scopo del terapeuta adleriano è di ridurre gradatamente il *sentimento di inferiorità* del paziente sviluppando il *sentimento sociale*. Un'analisi adleriana tende a ristabilire l'indipendenza e l'autostima del soggetto in cura, evitando di infantilizzarlo e di indurlo ad assumere atteggiamenti regressivi di dipendenza dal terapeuta, che incrementerebbero sensazioni di vuoto e di mancanza. Il paziente arriva agli incontri analitici privo di fiducia in sé e, probabilmente, anche negli altri. Alfred Adler evidenzia un particolare tipo di approccio al fenomeno trasferale e alle sue implicazioni terapeutiche.

Per lui la teoria della *libido* di Freud interpretava esclusivamente in termini sessuali ciò che è espresso dal concetto più ampio di *stile di vita* dell'individuo. Per la "scuola interpersonale" di Adler, della Horney, di Fromm e di Sullivan il processo terapeutico, infatti, rappresenta una rivisitazione dello sviluppo formativo dall'infanzia all'adolescenza attraverso la fanciullezza.

È compito del terapeuta consentire al paziente «l'esperienza di un "amico" e della cooperazione» (5, p. 363), rendendolo capace di "trasferire", successivamente, il suo risvegliato interesse sociale anche sugli altri. Questo processo fi-

nalizzato a stimolare l'insorgere delle disposizioni positive del *paziente* verso l'*altro* e di trasferirle, in seguito, al proprio ambiente, richiama analogicamente la funzione materna che fa da ponte tra le richieste esterne e l'individuo.

Ansbacher osserva: «Adler considera questo procedere come la “tardiva assunzione della funzione materna”» (*Ivi*). Probabilmente l'assunto più importante della teoria adleriana è la nozione di appartenenza e di attaccamento a chi fornisce le prime cure: il *deficit* affettivo è correlato alla qualità del rapporto e alle prime esperienze di “maternage”, per cui sono di basilare importanza l'assenza di ansia nella madre, la fiducia e il benessere sperimentati nella relazione primaria madre-bambino.

Ciò che spesso ritroviamo nel *transfert* è la riproposta dell'atteggiamento pedagogico parentale e dello stile di vita della famiglia d'origine, inclusi i fratelli e le sorelle: l'aspettativa finzionalmente radicata di non essere amato costituisce uno schema appercettivo che, facendo parte del piano di vita del paziente, può essere con molta probabilità rivissuta nella relazione con il terapeuta. Queste attese e i corrispondenti comportamenti di disfatta sono gradualmente portati alla luce attraverso l'analisi dello stile di vita dopo aver rimosso gli “scotomi”. Col tempo il soggetto impara a sviluppare strategie più efficaci per la propria vita.

### III. Resistenza, *transfert* e tendenza alla svalutazione

Per Adler il *transfert negativo* è generalmente inteso in termini di “tendenza alla svalutazione”. La paura di iniziare la terapia è l'espressione di una mancanza di coraggio nel gestire eventi ed esperienze interpersonali. L'aspirazione *fittizia* alla superiorità fornisce la spinta per l'elaborazione di tutta una serie di strategie difensive finzionali grazie alle quali è possibile innalzare il livello di autostima, a tal punto da garantire l'allontanamento del vissuto di inadeguatezza.

I pazienti spesso difendono la mèta fittizia di superiorità, perché senza di essa si sentirebbero privi di capacità e sull'orlo di un precipizio. Adler sostiene che «Noi osserviamo i sintomi come creazioni, come opere d'arte» (*Ibid.*, p. 330), e che per difendere il nostro senso d'importanza, l'immagine del *Sé*, cerchiamo di dare a noi stessi un valore, conseguendo, così, un senso *fittizio* di sicurezza e una direzione. Se ci percepiamo con un significato e con un'identità, ci sentiamo sicuri nel mondo.

Attraverso la *tendenza alla svalutazione* si esternalizza il sentimento d'inferiorità: il paziente cerca di dimostrare che il terapeuta non può aiutarlo, attaccandolo in tutti modi e considerandolo debole e inadeguato. L'analista è percepito come colui che tenta di umiliare o di danneggiare: in definitiva la tendenza alla svalutazione usa l'aggressività per nascondere penosi sentimenti di scoraggiamento e d'impotenza.

Il paziente può aver percepito o sperimentato, in passato, un abuso o può essere stato trascurato da un genitore o da chi avrebbe dovuto prendersi cura di lui: si comporta nel *setting* “come se” il terapeuta fosse la personificazione del genitore. È importante, pertanto, che l’analista comprenda le personificazioni “come se”, imparando a maneggiarle in modo appropriato e collegandole all’analisi dello stile di vita, della costellazione familiare, dei primi ricordi, dei conflitti “antichi” con i fratelli e le sorelle e di quelli “attuali”.

Il lavoro e le idee di Sullivan\* hanno allargato e chiarito l’approccio di Adler al *transfert*. Il suo concetto di “distorsione paratattica” indica che un paziente, o in generale un individuo, tratta un’esperienza interpersonale attuale, riferendola a un antico, spesso disturbante, evento relazionale. In altre parole egli sperimenta il terapeuta in termini di personificazioni internalizzate “come se” relative a passate relazioni. La terapia si conclude con la chiarificazione delle distorsioni paratattiche, con un incremento della consapevolezza, con l’acquisizione del coraggio e dell’autostima. Al termine dell’analisi il soggetto può sperimentare identificazioni correttive, poiché ha imparato nuove e più efficaci modalità di padroneggiare le difficoltà nelle relazioni interpersonali: c’è il passaggio da strategie esperienziali di tipo paratattico a strategie di tipo sintattico [16], da una “logica privata” a una “logica comune” e, quindi, all’interesse sociale.

Per salvaguardarsi dall’ansia il paziente può costruire *espedienti di rassicurazione*, che tuttavia gli impediscono di imparare e di sviluppare la competenza

\* La teoria interpersonale di Sullivan ha molti punti in comune con la dottrina adleriana, sebbene in nessuno dei quattro libri che contengono le sue lezioni pubblicate postume sia mai menzionato il nome di Adler. «Sullivan definisce la psichiatria come lo studio delle relazioni interpersonali e si spinge più in là di Adler sostenendo che la personalità non esiste se non come relazione dell’individuo con i suoi simili. Secondo Sullivan la personalità è quindi un modello di situazioni interpersonali ricorrenti. Il suo sistema del Sé è un’organizzazione stabile di processi interpersonali (qualcosa che assomiglia molto a ciò che Adler definiva lo stile di vita). Sullivan, seguendo anche a questo proposito Adler, considera il concetto di Sé condizionato da valutazioni riflesse, vale a dire dai riflessi che hanno avuto sul soggetto i giudizi formulati su di lui dai genitori e dai parenti più prossimi durante la sua prima infanzia. Ciò che Sullivan definisce personificazioni sono le immagini distorte che l’individuo ha di sé stesso e degli altri, analoghe alle finzioni adleriane. Il concetto adleriano di prospettiva, comprendente le distorsioni individuali di tipo percettivo, mnemonico e logico, si ritrova nella psicologia di Sullivan espresso con una diversa terminologia. Ciò che Sullivan chiama disattenzione selettiva è un aspetto di quelle distorsioni percettive che sono conformi allo stile di vita individuale, e ciò che Sullivan chiama modo di pensare paratattico corrisponde, nella terminologia adleriana, alle distorsioni logiche individuali. Per quanto riguarda la psicoterapia, Sullivan per molti pazienti non usava il divano, ma li faceva sedere su una sedia di fronte a lui, faceva un uso moderato dell’associazione libera e dell’interpretazione onirica [...] e soprattutto si preoccupava di rendere consapevoli i pazienti delle loro distorsioni paratattiche e d’altro tipo. In breve sembra che Sullivan praticasse una sorta di psicoterapia adleriana pur continuando a definirsi uno psicoanalista» (ELLENBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell’inconscio*, Boringhieri, Torino 1976: 737-738). [N.d.R.]

necessaria a occuparsi delle difficoltà del vivere quotidiano e non facilitano l'efficacia della terapia, che si riduce ad un vuoto rituale. L'idea, mutuata dal *modello idraulico* freudiano relativa alla motivazione, secondo cui è "terapeutico" aumentare l'ansia in una persona per poi "lasciar uscire il vapore", nel migliore dei casi è riduttiva, nel peggiore è sadica.

Essere consapevoli dell'ansia e dei sentimenti di sconforto è una cosa; tutt'altra cosa è capire come si possa imparare ad abbandonare inutili *schemi finzionali* autoprotettivi, a diventare coraggiosi, a incrementare la consapevolezza e ad acquisire una serie di risposte nuove al posto di atteggiamenti che esprimono un vissuto desolante di "autosconfitta", basato su *preconcetti errati*.

L'ansia percepita in modo paratattico è talvolta un'esperienza utile se lo scopo è quello di imparare a fronteggiare e a superare tali emozioni. La "disattenzione selettiva" del paziente è dovuta alla natura degli *espedienti finzionali di rassicurazione* utilizzati. Tendiamo a scotomizzare o a "trascurare" in modo *selettivo* le esperienze e gli eventi interpersonali penosi, in quanto la ricerca continua di sicurezza, di autostima e di soddisfazione dei bisogni primari, come il sonno, la sessualità, la fame etc., sono appagati attraverso una ricca vita sociale. Se il passato doloroso con i suoi eventi e le sue esperienze non gratificanti ci impedisce ancora di stringere relazioni positive, allora non stiamo vivendo o non stiamo crescendo al meglio delle nostre potenzialità di esseri umani, combattendo contro fittizi mulini a vento.

L'ansia o il sentimento d'inferiorità sono rimpiazzati da qualcosa di "utile" soltanto nel corso della terapia analitica che, essendo un'esperienza di *relazione duale*, può fornire la base per la messa in discussione e il confronto, in un ambiente protetto, degli *espedienti finzionali di difesa* e della personale immagine svalutata. Il terapeuta può, quindi, aiutare il paziente a rivedere opinioni errate e distorsioni paratattiche.

Nel momento in cui il paziente è impegnato ad analizzare i meccanismi fittizi di difesa rivolti verso il lato *inutile* della vita, l'ansia cresce a dismisura: il problema che si presenta al terapeuta consiste nel riuscire a costruire un'atmosfera comunicativa in grado di indurre nel soggetto in analisi un'utile esperienza pedagogica di apprendimento, essendo state messe a nudo le radici primitive del malessere, il che implica la comprensione del modo in cui le distorsioni paratattiche siano state create proprio dal paziente stesso nei suoi vani tentativi di fronteggiare l'ansia e le minacce alla sua personalità. Come sottolinea ripetutamente Adler, anche Sullivan è convinto che ogni struttura di personalità elabori le personali strategie, finalizzate a conseguire sicurezza e soddisfazione contro sfide e cambiamenti, non per una compulsione a ripetere [14] ma per un intrinseco bisogno di "unità e continuità" nello stile di vita individuale.

#### IV. *Le implicazioni del transfert e della distorsione paratattica*

La struttura del carattere dei pazienti e il loro stile di vita esprimono il modo in cui i meccanismi fittizi di difesa, le varie caratteristiche e le tendenze sono state integrate, acquistando stabilità nel tempo. Un individuo non rinuncia a una scialuppa di salvataggio per un immaginario transatlantico e così la possibilità di una modalità alternativa di affrontare le proprie difficoltà nel vivere deve essere evidente prima che egli possa desiderare di abbandonare gli *scopi fittizi* rivolti al lato “inutile” della vita per adottarne altri sul lato “utile”.

Ma, come Karen Horney [14] ha evidenziato, se non vogliamo usare la nozione di *transfert* in modo semplicistico, nel senso cioè di “ripetizione lineare di esperienze infantili con il terapeuta”, allora l’analista deve analizzare in che modo la struttura del carattere e lo stile di vita del paziente abbiano la funzione di perpetuare il conflitto sottostante: nel *controtransfert* il terapeuta impara, sperimentando e analizzando le proprie reazioni al paziente, a rispondere e a interpretare la relazione terapeutica.

Il teorema di Sullivan [16] relativo alle *emozioni reciproche* chiarisce il ruolo del *controtransfert* considerato da una prospettiva interpersonale. La situazione che si crea nel *setting* tra terapeuta e paziente genera una relazione che produce sentimenti, pensieri, reazioni in entrambi: paziente e analista. Il terapeuta non è uno schermo bianco, ma un *osservatore partecipante*. Nel quotidiano lavoro analitico il terapeuta non può essere neutrale e “obiettivo”: un atteggiamento asettico potrebbe essere vissuto dal paziente come indifferenza e trascuratezza, in quanto un’esperienza reale di mancanza di attenzione può evocare un *transfert negativo* che è, quindi, possibile indurre artificialmente. Ma ciò, a mio avviso, non può essere considerato un *transfert*, ma semplicemente l’incapacità del terapeuta di essere empaticamente presente e accanto al soggetto in cura o addirittura una manifestazione di disinteresse, di mancanza di rispetto o addirittura di cattiva educazione.

Inoltre, l’uso inflessibile del divano in terapia stimolerebbe la creazione di un’atmosfera di tipo sessuale, magica o semi-ipnotica. In queste condizioni il terapeuta potrebbe incontrare difficoltà nel verificare ipotesi e interpretazioni facendo perno soprattutto sulla collaborazione del paziente. Tornando al tema dell’autosvalutazione, la paura di affrontare le proprie difficoltà nel vivere, nell’amare e nelle relazioni intime, potrebbe, per esempio, essere usata dall’analizzando per confermare la propria tendenza alla svalutazione.

Il terapeuta potrebbe interpretare erroneamente l’apparente animosità del paziente come semplice ripetizione della rivalità sessuale con il padre o con la

madre: l'ostilità verso l'analista non è sempre l'espressione velata dell'aggressività nei confronti dei genitori. D'altra parte, la distorsione paratattica dell'esperienza potrebbe indurlo a reagire "come se" il terapeuta fosse il padre o la madre, sebbene le origini del particolare tipo di atteggiamento non siano da ricercare esclusivamente nel legame sessuale o libidico con il genitore di sesso opposto, quanto nell'esperienza di eventi interpersonali dolorosi che hanno danneggiato la crescita e l'autostima del soggetto.

Il teorema delle *emozioni reciproche* include tutti i pensieri e i sentimenti che si collegano all'ansia e ai vissuti d'inferiorità anche del terapeuta, che deve essere consapevole dell'infinito gioco finzionale "come se" indotto dalle proprie emozioni: il personale "percorso analitico, mai concluso", da parte del terapeuta può, infatti, distorcere la propria percezione, la propria abilità a prestare attenzione e a mettersi efficacemente in relazione empatica con l'*altro da Sé* [11].

Fromm [10] ha descritto due tipi di processi che possono svilupparsi all'interno della relazione terapeutica: la dialettica tra "Adulto e Bambino" favorisce nel paziente introspezione, consapevolezza, incoraggiamento e crescita; la risposta attiva del terapeuta, che reagendo a quanto c'è di vitale nel paziente, è in grado di incoraggiarlo nel suo movimento verso la salvezza (*biophilia*). Il terapeuta, che ha condotto una buona analisi personale e didattica e che è, perciò, consapevole delle proprie relazioni interpersonali passate e presenti, può empaticamente capire con più efficacia il paziente [4].

Egli deve saper distinguere il proprio bisogno di sicurezza e di gratificazione, riuscendo a mantenere una linea di demarcazione che non confonda le proprie esigenze con quelle del paziente. L'*empatia* stessa, a sua volta, può essere problematica, perché potrebbe essere vissuta emotivamente da alcuni soggetti in cura come un'intrusione. La comprensione di una distorsione paratattica mette in guardia il terapeuta da questa eventualità.

Gli ingredienti più importanti di un *setting* adleriano sono il rispetto dei confini nella relazione tra *sé* e l'*altro* e l'uso di una delicata *sintonia* che implica nell'analista un alto grado di auto-monitoraggio e di riflessione. Un'analisi personale ben condotta può aiutare il terapeuta a sviluppare queste abilità. Fino a quando la terapia non si sviluppa in un vero e proprio rapporto interattivo, è difficile per il terapeuta capire o sperimentare come il paziente entri in contatto e affronti le proprie difficoltà interpersonali. Essendo un "osservatore partecipante", il terapeuta può verificare ipotesi, scartare supposizioni errate e correre il rischio di essere corretto dal paziente, offrendosi anche come modello che ha il coraggio di essere *imperfetto*.

V. *Il terapeuta adleriano non è uno spettatore*

Come abbiamo visto, nell'approccio interpersonale adleriano, non c'è la necessità di porsi come *schermo bianco* per favorire il *transfert* del paziente, perché l'analisi è un'interazione e la personalità del terapeuta, se usata in modo opportuno, è uno strumento importante nel processo terapeutico. Se valutazioni e atteggiamenti del terapeuta sono comunicati consciamente e inconsciamente attraverso microsegnali verbali e non verbali, allora è possibile utilizzare queste influenze usandole a beneficio della terapia. L'approccio adleriano al *transfert* tende a incrementare «la responsabilità del paziente nel prendersi cura di sé e nel proteggersi da un'eventuale ricaduta» (17, p. 230).

Il paziente può essere incoraggiato nel corso della terapia ad affrontare il futuro, avendo appreso nuove modalità di comprendere se stesso e di avvicinarsi ai propri bisogni di sicurezza e di gratificazione nelle relazioni interpersonali: egli deve essere messo in grado di rispondere alle esperienze e agli eventi attraverso strategie finzionali rivolte al *lato utile della vita*. Inoltre, lo scopo della "cura" non consiste nella scomparsa dei sintomi, ma nell'acquisizione della capacità di pensare e di sentire con spirito di solidarietà e di cooperazione, pur non rinunciando, nel rispetto dei propri bisogni e dei propri sentimenti, alle personali e irrinunciabili istanze di autonomia e di indipendenza. La delusione dei percorsi terapeutici seguiti può essere l'espressione, come abbiamo già detto, della tendenza alla svalutazione e della sensazione di non essere capace di trovare soluzioni al proprio problema.

L'idea dogmatica del terapeuta di non intervenire può nascondere un sentimento di superiorità, così come un consiglio non richiesto può interferire con l'autonomia del paziente. In questo caso, sul piano *controtrasferale* il terapeuta inconsciamente si rallegra nel vedere che il paziente soffre e si dibatte inutilmente, facendogli, così, ripetere l'esperienza di disinteresse, di indifferenza e di crudeltà o il voyeurismo di uno spettatore adulto che non riesce a proteggerlo da un abuso, esattamente come quando era bambino. Un intervento appropriato ed empaticamente incoraggiante, invece, rientra nell'ambito di un percorso analitico individualpsicologico: *il terapeuta adleriano non è uno spettatore, ma un avvocato che difende il paziente dagli abusi e dalle ingiustizie*.

L'analista, che sa perfettamente come rendere più facile la crescita del paziente, deve, tuttavia, imparare a proteggere anche se stesso. Se egli si sente sempre più ansioso, depresso, responsabile, offeso, vuole dire che il paziente è riuscito a passargli la sua "patata bollente". In questo caso, il terapeuta che ha preso sulle proprie spalle il bagaglio delle emozioni dell'analizzando può subire un crollo: assumersi i problemi degli altri non è *terapia*, ma *contagio* "come se" il soccor-

ritore si lasciasse trascinare dall'uomo che sta affogando. Per evitare questi pericoli è necessario che il terapeuta comprenda al momento giusto il significato e le implicazioni del *transfert* e della *distorsione paratattica* per avere la possibilità di proteggersi. Soltanto se l'analista riesce a mantenere dei giusti confini nella relazione *Sé-Altro da Sé* può svolgere una efficace azione terapeutica: indispensabile ingrediente è, perciò, il rispetto che l'analista deve nutrire sia per se stesso sia per il paziente, che deve essere considerato come individuo capace di vincere le proprie difficoltà.

Il terapeuta deve, inoltre, ricordarsi consapevolmente dei propri limiti, tenendosi a distanza dalle lusinghe dell'onnipotenza tanto cara all'"esperto": riconoscere di poter sbagliare e di poter imparare dal paziente dovrebbe sviluppare in lui il senso dello *humour*, incoraggiandolo a un apprendimento continuo. Per questa ragione l'analista, che si sia liberato del *complesso di Mosè*, è in grado di costruire un clima terapeutico più efficace.

Nell'approccio adleriano le distorsioni paratattiche sono correlate alla costellazione familiare e diventano comprensibili in relazione a una specifica esperienza interpersonale o a un evento. Come scrive Hadfield: «Il transfert è la dislocazione di affetto su una persona a cui non appartiene propriamente: allora perché non metterlo in relazione direttamente con la persona a cui esso appartiene?» (13, pp. 419-420).

Questo autore ha inteso il concetto adleriano di *transfert* come un normale processo di attaccamento affettivo, ripercorso durante l'incontro terapeutico, in cui l'analista, che rappresenta le personificazioni "come se" del paziente, lavora con le distorsioni paratattiche costruite dalle strategie finzionali di difesa (i cosiddetti espedienti di salvaguardia) dell'analizzando, gestendo e controllando sentimenti di ansia e di inferiorità del soggetto in cura attraverso l'incoraggiamento.

L'idea di un'attitudine innata per l'interesse sociale è un necessario correttivo della nozione agostiniana di peccato originale, così radicata nella nostra cultura, in Freud e nella Klein [8]. È importante ricordare a noi stessi che non siamo nati "malvagi", ma che abbiamo il potenziale per comportamenti sia costruttivi che distruttivi [9].

Una terapia interpersonale tende a considerare la distruttività come conseguenza di una vita "non vissuta" e di relazioni interpersonali disturbate e tormentate. Quest'idea è inesatta da molti punti di vista, sebbene il quadro sia così complicato da rendere spesso difficile una formulazione che copra adeguatamente la complessità dei fatti. Se compito dei genitori è stimolare nel bambino l'insorgere dell'attitudine a *provare sentimenti d'amore* e la consapevolezza di *essere a-*

*mato*, favorendo lo sviluppo di un senso di fiducia in se stesso e negli altri, il *transfert* costituisce l'espressione di una mancanza d'amore e forse di più. Adler e Sullivan distinguono tra un amore "infantile" e uno "maturo", come, d'altra parte, fa anche Freud attraverso la sua teoria della *libido*, ma, andando più in profondità dello stesso Freud, questi due autori insieme a Fromm e a Bowlby definiscono la capacità di amare sulla base della qualità dell'*attachment* del bambino verso chi gli fornisce le prime cure materne.

Adler, inoltre, sottolinea: «Il rilassamento di una tensione non avviene attraverso la forza curativa dell'amore. Il processo di guarigione è molto più difficile. Sarebbe, infatti, sufficiente circondare d'amore il bambino problematico, il nevrotico, il dipendente dall'alcool, il perverso sessuale e prendersi cura di loro. La Psicologia Individuale vuole formare individui che sappiano essere "buoni compagni": la loro disponibilità è verificabile quando si commettono errori. Solo in questo spirito il soggetto può comprendere con chiarezza il proprio stile di vita sbagliato» (6, p. 306).

## VI. Conclusioni

Ai pazienti per i quali l'amore è qualcosa di estraneo e la maggior parte delle forme di tenerezza è associata a eventi interpersonali penosi e umilianti, la gentilezza del terapeuta può suscitare paradossalmente, come *espediente di salvaguardia*, ostilità e rifiuto; il bisogno di tenerezza del bambino, che è stato sperimentato come un'umiliante sconfitta, deve, perciò, essere evitato per l'ansia che evoca.

Adler propone un nuovo concetto di *transfert*, basato sul "modello attaccamento/relazione". Prima dell'amore adulto il bambino, in una felice situazione interpersonale, si imbatte nei sentimenti di appartenenza, di armonia, di empatia, di identificazione e di fiducia. Solo educando l'individuo alla cooperazione e all'interesse sociale attraverso un "attaccamento" positivo alla vita, si possono sviluppare i requisiti per il vivere sociale e per l'amore. «Quello che i Freudiani chiamano *transfert* può essere spiegato separatamente dalle implicazioni sessuali: esso semplicemente è sentimento sociale» (5, p. 381).

## Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über der nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.

3. ADLER, A. (1930), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
4. ADLER, K. A. (1967), La psicologia individuale di Adler, in WOLMAN, B. B. (a cura di), *Psychoanalytic Techniques*, tr. it. *Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*, Astrolabio, Roma 1974: 319-360.
5. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
6. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1964), *Superiority and Social Interest*, Northwestern University, Evanston.
7. BOWLBY, J. (1969), *Attachment and Loss*, Vol. I, *Attachment*, tr. it. *Attaccamento e perdita*, Vol. I, *L'attaccamento alla madre*, Boringhieri, Torino 1976.
8. DE ZULUETA, F. (1993), *From Pain to Violence. The Traumatic Roots of Destructiveness*, Whurr Publishers, London.
9. FROMM, E. (1973) *The Anatomy of Human Destructiveness*, Rinehart & Winston, New York.
10. FROMM, E. (1992), *The Revision of Psychoanalysis*, Westview, Oxford.
11. FROMM-REICHMANN, F. (1950), *Principles of Intensive Psychotherapy*, tr. it. *Principi di psicoterapia*, Feltrinelli, Milano 1972.
12. GUNTRIP, H. (1961), *Personality Structure and Human Interaction: the Developing Synthesis of Psychodynamic Theory*, tr. it. *Struttura della personalità e interazione umana*, Boringhieri, Torino 1971.
13. HADFIELD, J. A. (1950), *Psychology and Mental Health*, Allen & Unwin, London.
14. HORNEY, K. (1939), *New Ways in Psychoanalysis*, Norton, New York.
15. STEKEL, W. (1950) *The Technique of Analytical Psychotherapy*, John Lane The Bodley Head Ltd, London.
16. SULLIVAN, H. S. (1940), *Conceptions of Modern Psychiatry*, Norton, New York.
17. WAY, L. (1950), *Adler's Place in Psychology*, Allen and Unwin, London.

(Traduzione e adattamento del testo a cura di Alberta Balzani e Giuseppe Ferrigno)

Chris Maddox  
60, Ennis Road  
Plumstead  
GB - London S.E. 18