

Psicoterapia del profondo di matrice adleriana: intersoggettività e relazionalità

EIFE, G., MANSAGER, E., WITTE, K. H., (2021), Adlerian Depth Psychotherapy: Intersubjective and Relational Elements, *J. Individ. Psychol.*, 77(3): 286-304.

Traduzione italiana di Giansecondo Mazzoli

Summary – ADLERIAN DEPTH PSYCHOTHERAPY: INTERSUBJECTIVE AND RELATIONAL ELEMENTS. The authors share the context of the depth-psychotherapeutic approach of Alfred Adler. Then, responding to the growth of interpersonal approaches in psychoanalytic and psychodynamic psychotherapy, the authors present vignettes of Adlerian psychotherapy to demonstrate its historical and companionable approach to intersubjectivity and relational elements in the larger world of psychotherapy. Publishing in an Adlerian journal rather than one of psychodynamic psychotherapy offers members of the North American Society of Adlerian Psychology a taste of Adler's expanded potential in the therapeutic setting.

Keywords: ALFRED ADLER, PSICOLOGIA INDIVIDUALE E ANALISI, PSICOTERAPIA DEL PROFONDO ADLERIANA, PSICOANALISI E PSICOTERAPIA ANALITICA RELAZIONALE

I. Introduzione

Alfred Adler fu un innovativo collaboratore di Sigmund Freud e fu anche il primo ad abbandonare la Società Psicoanalitica di Vienna. Dopo i giudizi che Freud espresse sulla Psicologia Individuale di Adler e sulla Psicologia Analitica di Jung [17] in un suo articolo sui primi periodi della psicoanalisi, i freudiani hanno dedicato poco interesse ai lavori di Adler.

I suoi contributi alla formulazione e ai successivi sviluppi degli stessi principi psicoanalitici sono stati sostanzialmente ignorati, come se la psicoanalisi avesse decretato la sentenza di morte della Psicologia Individuale che, invece, è sopravvissuta e il suo approccio psicoterapeutico non solo si è inserito nel solco della psicoanalisi, ma si è anche integrato in quello più ampio delle psicoterapie psicodinamiche. Va ricordato che tra i diversi principi teorici formulati da Adler e sviluppati da autori di matrice psicoanalitica nel corso di decenni, vi è anche l'approccio intersoggettivo e relazionale che troviamo ben espresso nell'opera di Alfred Adler.

Giova anche ricordare, per dovere di verità, gli altri nuclei che, scorporati dalla base teorica adleriana, sono stati accolti, sviluppati e oggi inseriti in molte tecniche psicoterapeutiche psicodinamiche: l'orientamento all'obiettivo, l'interdipendenza sistemica, l'influenza della fratria, le dinamiche interpersonali e la percezione soggettiva della realtà. Di fatto, l'utilizzo di porzioni dall'insieme teorico adleriano ha dato vita a innesti fruttiferi rilevabili nell'efficacia di molti approcci psicoterapeutici attuali.

Va anche menzionato il fatto che l'eredità psicoterapeutica di Adler ha preso, nel corso del suo sviluppo, anche un altro specifico orientamento, in particolare negli ultimi 70 anni, germogliato dalle radici delle vicende della vita di Adler. È noto che mentre l'ombra funesta del nazionalsocialismo si diffondeva in Europa, Adler si spostò negli Stati Uniti, dove, nel 1937 si concluse la sua vita, all'età non così avanzata di 67 anni. Nel Nord America l'interpretazione degli orientamenti terapeutici di Adler prese una direzione decisamente diversa da quella che si era delineata in Europa.

All'inizio degli anni '50 venne fondata nel Nord America l'associazione nazionale che, nei successivi sviluppi dagli anni '60 in avanti, fu profondamente influenzata dal pensiero di Rudolf Dreikurs; da lui origina la centralità data agli aspetti cognitivi e comportamentali della teoria di Adler. La sua interpretazione ha orientato la Psicologia Individuale verso le problematiche dell'educazione e della consulenza familiare e ha delineato un modello di terapia breve. La psicoterapia del profondo, di matrice analitica, si sviluppò solo sulla costa orientale e rimase minoritaria, debolmente rappresentata nelle riunioni annuali della *North American Society of Adlerian Psychology* (NASAP), segnando la situazione che giunge ai giorni nostri.

Sebbene buona parte degli Istituti adleriani del Nord Europa si siano strutturati sulla scia dell'interpretazione di Dreikurs e seguano la corrente che domina in America, la più parte dei nuclei adleriani europei ha mantenuto l'orientamento psicodinamico e la conseguente prassi analitica, anche se con alcune differenze tra i diversi Istituti. A metà degli anni '70 i disturbi mentali sono stati inclusi nell'elenco delle patologie curabili nei servizi della sanità pubblica e gli istituti adleriani in Europa si sono trovati nella necessità di avvicinarsi agli standard delle altre scuole di psicoterapia, tutte ispirate al paradigma freudiano. I Neo-Kleiniani, gli Psicologi del Sé, gli Esistenzialisti e i teorici delle Relazioni Oggettuali, si sono allineati a una comune linea metodologica psicanalitica.

Dagli anni '90 si è verificata la "svolta relazionale", a conferma del nuovo orientamento penetrato nella psicoanalisi per il lavoro di un influente gruppo di psicoanalisti [11]. Gli psicoterapeuti adleriani (*non i counsellors – nell'accezione europea del termine n.d.t.*) si sono trovati ad allinearsi a questi orientamenti nel loro operare clinico e, sebbene fosse implicita la concordanza con la relazionalità adleriana, alcuni di loro hanno messo da parte la loro teoria di riferimento. Pur nei diversi percorsi seguiti dagli sviluppi della Psicologia Adleriana in Nord America e in Europa, si può dire che l'assetto di base della psicoterapia adleriana – umanistico, teleologico, olistico –

appare oggi in linea con la psicoterapia psicodinamica europea e con la rivoluzione cognitivista nordamericana.

Nonostante – o forse a causa – di questi specifici sviluppi, lungo tutta la costa dell'Atlantico, è sorto, negli ultimi decenni, un vivace movimento di psicoterapeuti adleriani psicodinamici. Le esperienze di orientamento psicodinamico che ne sono seguite hanno dato concreta espressione all'approccio che Adler utilizzava nella sua pratica clinica, ben coniugabile con gli aspetti olistici e socialmente orientati della sua teoria. Un ben sviluppato *corpus* di concetti metodologici della psicoterapia del profondo adleriana, nella sua essenza creativa e artistica, dimostra la connessione tra l'originaria intersoggettività e relazionalità di Adler con l'intersoggettività rilevabile nel lavoro degli psicoanalisti e psicoterapeuti relazionali.

In questo articolo gli autori presentano, con l'illustrazione di casi clinici, la loro vicinanza alla comunità psicoanalitica per l'intersoggettività e la relazionalità alla base del loro operare come psicoterapeuti e analisti adleriani. Nei testi si è cercato di ridurre al minimo la terminologia psicoanalitica, fatta oggetto di spiegazione solo quando necessario. Ciascun caso clinico è presentato da un terapeuta che contribuisce all'articolo in modo indipendente, ciascuno con una propria introduzione. Si è scelto di non commentare i reciproci lavori e di non dare, in conclusione, alcuna sintesi esplicativa. In questa impostazione, il valore clinico è dato dai casi presentati.

II. GISELA EIFE: *Il Momento di Incontro come fonte del sentimento comunitario*

Il concetto di “*Momento Presente*” proposto da Stern è un eccellente stimolo per comprendere come Adler sviluppava, orientato dal sentimento di comunità, le sue relazioni terapeutiche. Adler sosteneva che la crescita personale è sempre un atto creativo, simile a quello di un artista che diviene tutt'uno con la sua opera; questo concetto è una buona metafora per descrivere il nostro essere nel mondo che ci colloca tra l'orientamento al compito e il sentimento di comunità. Nei “*Momenti di Incontro*” descritti da Daniel Stern, gli “*stili di vita congelati*” si sciolgono e lasciano spazio alla vicinanza emotiva, sentimento che cura e che si sviluppa tra terapeuta e paziente.

Adler ritiene che ogni esperienza traumatica possa essere compensata e che la nostra psiche si strutturi seguendo mete che riguardano la sicurezza e la superiorità. Le persone cercano l'aiuto della terapia quando le compensazioni falliscono; accanto a questa dinamica Adler pone la questione del livello di sviluppo del sentimento di comunità. Le sofferenze psichiche si originano quando la vita è affrontata in modo rigido: un paziente si sente intrappolato e si isola dalla comunità deprimendo il suo sentimento comunitario. Riconnettersi con questa dimensione è, per Adler, il principio che apre la strada alla guarigione. Alla luce di queste considerazioni sostengo la tesi che, in terapia, il sentimento comunitario emerge in momenti speciali che possono passare inosservati o presentarsi come “*Momenti di Incontro*”.

II. 1. *Presentazione del caso*

Una donna di 36 anni era venuta in terapia dopo aver girato per tutta la notte con un coltello in mano, ossessionata da due parole: “*Voglio ucciderlo*”. In seduta racconta che era andata a casa del compagno; aveva suonato alla porta e quando lui le aveva aperto si erano abbracciati con molta passione. La loro relazione era fatta di frequenti alti e bassi e, per certi periodi, avevano anche evitato di frequentarsi. Avevano passato un fine settimana affettivamente intenso e alla fine della bella serata al ristorante, lui le aveva confessato che si vedeva con un'altra donna e che voleva chiudere la loro storia. In preda alla disperazione era scappata a casa e poi, mossa dal dolore, era tornata fuori dove accadde quanto ho più sopra descritto.

La paziente racconta di aver avuto spesso questi agiti; il primo che ricorda avvenne quando era adolescente. In quel periodo utilizzava varie droghe, compresa l'eroina. Ricorda che un giorno i suoi genitori l'avevano chiusa in camera ma lei, spaccato il vetro della finestra, era scappata rimanendo fuori per tutta la notte. Al mattino aveva chiamato i genitori per chiedere loro se doveva tornare a casa o se non fosse meglio andare a vivere da qualche altra parte, lontana da loro.

Il periodo successivo non era stato facile. Aveva lasciato la scuola dopo le scuole medie inferiori, aveva iniziato a lavorare, era rimasta incinta e aveva poi iniziato un percorso di disintossicazione assieme a un amico, che poi aveva sposato. Si era sposata due volte, sperando sempre di costruire una vita rispettabile, ma in entrambe le situazioni la relazione era durata molto poco. Non aveva qualifiche professionali, senza molto successo aveva gestito un negozio dell'usato e, all'inizio della terapia, viveva con i sussidi sociali.

Nelle nostre sedute, la paziente parlava di sé in modo impulsivo e appassionato; si riteneva un essere umano cattivo e una pessima madre. Nei mesi precedenti non riusciva, al mattino, ad alzarsi e quando i suoi tre figli tornavano a casa da scuola, lei era ancora a letto e li mandava al supermercato a comprarsi da mangiare.

Ecco alcune informazioni sulla sua prima infanzia: i suoi genitori si sono sposati molto giovani e avevano lasciato la paziente con la nonna per i primi 3 anni. La madre rimbrottava sempre la figlia perché, rimasta incinta, era stata costretta a sposare suo padre. La paziente era quindi cresciuta sentendosi in colpa per il solo esistere. Adorava suo padre, anche se non sapeva dire perché; era come se avesse bisogno di qualcuno da amare. Il padre, che aveva rotto tutti i rapporti con la sua famiglia d'origine le ricordava spesso che assomigliava a una sua orribile sorella.

II. 2. *Psicodinamica*

Cercherò di abbozzare alcune linee della psicodinamica della paziente e di dare indicazioni sul suo Stile di Vita per capire come, nelle nostre sedute, si è sviluppato il “*Momento di Incontro*”.

La paziente era stata non solo emotivamente trascurata da sua madre, ma anche condannata a sentirsi in colpa per il suo stesso esistere. Si sentiva ignorata e rifiutata, schiacciata dalla sensazione di profonda inutilità e di essere una nullità, come se non esistesse affatto, psichicamente morta.

Per superare questi intollerabili sentimenti di inferiorità, la paziente impiegava un'enorme quantità di energia e di aggressività. Da adolescente si era ribellata ai suoi genitori, era entrata nel mondo della droga e, più tardi, aveva rotto tutte le relazioni potenzialmente “normali”. Tentava di ribellarsi all'essere condannata a vivere come un'emarginata, ma accettava inconsciamente la sua identità negativa e la viveva con un senso di potenza.

Descrivo ora il “*Momento di Incontro*”: la paziente entra nello studio mangiando un *muffin* – cosa non accettabile in una seduta – sorridendo, fiera di sé. Improvvisamente, a quella vista, mi sento pervasa da una forte aggressività e percepisco immediatamente il rischio di reagire con un comportamento inappropriato. Mi volto verso la mia scrivania per calmarmi e aspetto che la paziente si accomodi. Poi mi siedo anch'io e ritrovo la calma. La paziente mi guarda e scatta qualcosa. Dice: “*Sei arrabbiata*”.

Mi sento nuovamente invasa dalla rabbia. La paziente scoppia in lacrime. Sono confusa e spaventata: che cosa è successo? Mi avvicino a lei e metto la mia sedia vicino alla sua. La paziente, scossa dal pianto, si calma e mette la sua mano sulla mia. Mi viene da piangere. Restiamo in silenzio e percepisco che stiamo vivendo uno stato di profonda, reciproca connessione.

II. 3. *Concettualizzazione*

In clinica siamo avvezzi a cercare interpretazioni psicodinamiche; ma nel caso descritto potrei dare spiegazioni che non coglierebbero l'essenza del “*Momento di Incontro*”. Tuttavia, mi sia permesso di tentare un chiarimento usando il concetto di identificazione proiettiva.

Nel corso delle sedute avevamo sviluppato il percorso terapeutico; i temi dell'essere inutile, meschina e rifiutata erano stati trattati in vari modi. Quanto la paziente aveva inconsciamente voluto evitare, ma al tempo stesso cercato di provocare, era accaduto: essere accettata e non allontanata, anche quando trasgrediva le regole e mi sminuiva con un sorriso di trionfo. All'inizio e durante la seduta che ho descritto mi aveva mes-

so alla prova e aveva alzato l'asticella delle provocazioni. Ci era riuscita; mi aveva fatto sentire ridicola e umiliata. Mi aveva tirato dentro le ferite che la vita le aveva inferto. Ecco l'identificazione proiettiva: lo schema relazionale interiorizzato si era rianimato in una comune costruzione inconscia: da una parte il trionfo e il potere, dall'altra l'inutilità e l'impotenza. La mia aggressività era una difesa contro il maltrattamento e il mio senso di inutilità.

Un'ulteriore interpretazione può spiegare l'episodio usando il concetto di *enactment*. La mia paziente aveva messo in scena il suo schema relazionale patogeno. Si era comportata come una bambina che voleva finire il suo *muffin*, appena comprato in panetteria, un'azione non intenzionalmente aggressiva. Tuttavia, se un impulso è ripetutamente contrastato o frainteso come aggressione, provoca non solo una pulsione aggressiva ma anche la fusione del Sé con l'aggressione.

La mia spontanea reazione contro-transferale di fronte alla sua trionfante messa in scena aveva innescato questa fusione; ciò significa che l'aggressività non era solo un affetto passeggero ma un inconsapevole agito attuato da una paziente altamente esplosiva, simile a un vulcano che fa eruzione. In una tale collusione nevrotica data da una ri-traumatizzazione relazionale, l'impotenza è estremamente umiliante e il potere è sperimentato come un assoluto trionfo.

A questo punto l'interpretazione psicodinamica può dirsi conclusa, ma queste delucidazioni non colgono ciò che è realmente accaduto nel "*Momento di Incontro*". Le spiegazioni psicodinamiche tendono a definire e portano a evitare altri interrogativi e all'apertura ad altre, nuove esperienze. Daniel Stern [21] distingue tra un significato che può essere capito attraverso una spiegazione e un significato compreso attraverso un'esperienza che può andare a sondare inesauribili profondità.

Stern riesce a caratterizzare vividamente la fenomenologia del "*Momento di Incontro*". All'improvviso emerge la sensazione – disturbante, strana, spaventosa, carica di aspettative e di angoscia – che qualcosa sia imminente, che si stia entrando in una zona sconosciuta, non prevedibile.

“La presenza è soggettivamente esperita come in un momento di verità. Si crea uno spazio aperto, in cui ognuno è solo in presenza dell'altro e qualcosa di nuovo può evolvere. Questi momenti sono saturi di un futuro sconosciuto, che può essere vissuto come un vicolo cieco o come una nuova opportunità” (23, p. 912).

Oltre alla meravigliosa descrizione fenomenologica di Stern, vorrei condividere come ho vissuto quel momento: di fronte al sorriso trionfante della paziente mi ero sentita, all'improvviso, una nullità. Era più che un'umiliazione. Non sentivo nulla, ero un nulla. Poi fui quasi travolta da un'aggressività incredibilmente forte. La forza e l'intensità delle mie reazioni erano travolgenti, come se qualcosa fosse stato portato all'estremo.

Il momento condensava la mia reazione contro l'inutilità; non sapevo se condannare o accettare il suo comportamento provocatorio, se accogliere o rifiutare il suo Sé profondo. Scegliere l'una o l'altra strada mi sembrava questione di vita o di morte. L'aggressività che sentivo poteva portarmi a reazioni che avrebbero potuto avere un effetto devastante e questo mi scosse molto. All'improvviso le mie difese si ruppero.

Non ero in posizione di potere e non c'era bisogno che lei mi battesse, mi umiliasse o si vendicasse di me. In quel momento la paziente è scoppiata in lacrime. Quel pianto non voleva vendicarsi di me, ma la mia aggressività non è passata di fronte alle sue lacrime. Di fatto, però, anche questa spiegazione non rende la complessità della situazione. Ciò che in quel momento ci colpì fu il profondo sconvolgimento emotivo che entrambe ci trovammo a vivere.

Se seguo il movimento sottostante [22] del “*Momento di Incontro*”, trovo che la rigidità nevrotica degli schemi interiorizzati (concetto di Adler di Stile di Vita inconscio) può crescere di intensità producendo uno stato di alta eccitazione che inevitabilmente approda a una qualche risoluzione. È stato a quel punto che le rigidità che ci intrappolavano si sono frantumate, sono improvvisamente diventate coscienti e lo Stile di Vita congelato della paziente ha iniziato a sciogliersi. Attraverso questa crisi la nostra consapevolezza, fino ad allora piuttosto statica e avvitata su se stessa, è diventata vivace e molto più chiara.

Il momento ci ha trasformato, un cambiamento ci ha trasportato in un'altra dimensione. E questa è la mia tesi: c'è stata un'esperienza trans-soggettiva con una resa, un lasciar andare tutti i meccanismi di salvaguardia; è apparsa una nuova consapevolezza della nostra esistenza, una profonda connessione e, allo stesso tempo, la coscienza di qualcosa di più grande di noi. Questa trasformazione persisterà anche quando i meccanismi di salvaguardia quotidiani riorganizzeranno lo *status quo ante*.

Secondo Stern et al. [23], è necessario qualcosa di più dell'interpretazione per produrre un cambiamento terapeutico. Un tale “*Momento di Incontro*” chiama in gioco il terapeuta come persona. Per Adler, la sintonizzazione intuitiva del terapeuta, l'empatia e l'immersione artistica nel nucleo esistenziale del cliente è essenziale. Il sentimento primordiale di connessione è l'aspetto fondamentale del sentimento comunitario di Adler. Il sentimento comunitario è meravigliosamente descritto da Adler [7] che dice: “*Vedere con gli occhi di un altro, ascoltare con le orecchie di un altro, sentire con il cuore di un altro*” (7, p. 64).

III. *ERIK MANSAGER: L'autenticità dei movimenti psichici e costruzione del reciproco benessere*

I movimenti psichici nello Stile di Vita dei pazienti possono essere esemplificati con la descrizione dei casi clinici; quello di Suzanne illustra bene l'influenza del suo sen-

timento di inferiorità, i conseguenti espedienti creativi per gestirlo, orientati ad affermare il proprio potere sugli altri. Di maggior rilevanza sono i movimenti del primo incontro – potenziale genesi di un sentimento comunitario – che attiva la situazione che può favorire l'avvio di nuovi orientamenti e la rimodulazione delle esperienze che il paziente fa nelle diverse situazioni di vita.

La psicoanalisi relazionale e la psicoterapia adleriana del profondo condividono la dinamica della vitalità, costruito ben esemplificato nell'approccio teoretico di Daniel Stern. Si tratta di una espressione che descrive lo sviluppo dei movimenti che avvengono a livello interpersonale, già proposti da Adler nella sua teoria. Cito da Stern [22] a proposito della dinamica della vitalità: *“L'esperienza dinamica si origina da forze in movimento, il centro del movimento diventa cruciale. Il movimento è l'esperienza più arcaica e fondamentale. Molti pensatori hanno spesso argomentato che... il movimento... è la dimensione prioritaria nell'esperienza di tutta la vita”* (22, p. 19).

E continua più avanti: *“In ogni individuo sembra esserci una 'super-Gestalt' di forza, movimento, tempo, spazio e intenzionalità, un insieme che si combina per dare forma alla dinamica della vitalità”* (22, p. 27).

Si resta colpiti, come adleriani, da questi e da altri commenti di Stern sul movimento per l'analogia con la centralità che il concetto ha nel pensiero adleriano. Quanto illustrerò nel caso che segue – con particolare attenzione al movimento e all'intenzionalità – è proprio una *“super-Gestalt”*.

Adler sostiene che: *“C'è verità solo nel movimento”* (1, p. 114) e che è necessario decifrare i significati che si celano in esso. Qualsiasi movimento si osservi – sia esso fisico o psichico – ha sempre uno scopo, una tendenza, un obiettivo. Pertanto, Adler insegna che tutti i comportamenti sono guidati e ogni azione non è indipendente dalle altre; una linea comune, univoca e inconscia, orienta l'individuo verso la ricerca del benessere, soggettivamente concepito e finalizzato a ottenere futuri vantaggi.

Quando si considera un'organizzazione di personalità psicopatologica, le sue funzioni e modalità espressive, si pensa allo stato mentale "come a una realtà dal movimento congelato" che ha bisogno di essere sciolta e portata, dalla mente del terapeuta, a riprendere fluidità per riuscire a comprendere in pieno le sottostanti dinamiche (9, p. 35). Il re-indirizzamento terapeutico di questo movimento si compie stimolando la crescita del sentimento comunitario, passando dalla ricerca dei significati ego-centrati a quelli centrati sul benessere reciproco. È a questo obiettivo terapeutico che fa riferimento il titolo di questo mio contributo.

Di seguito condivido dei segmenti di due sedute del "caso di Suzanne", un primo incontro e uno successivo avvenuto alcuni mesi dopo. Dopo le brevi descrizioni delle sedute presenterò le linee concettuali e la sintesi dinamica dei costrutti che rivelano la

Gestalt del movimento psicologico della paziente: *prendere le distanze* da un intenso sentimento di inferiorità e *andare verso* gli specifici, inconsci obiettivi finzionali.

III. 1. *Presentazione del caso*

Suzanne è una donna di origine caucasica di 46 anni, secondogenita in una fratria di quattro figli, tre dei quali maschi. È originaria del Sudafrica, dove sono rimasti i suoi fratelli; lei invece ha seguito in Svizzera il marito che ha oggi 48 anni. È in questo Paese che la coppia chiede l'aiuto psicologico. Suzanne ha sempre desiderato diventare un'infermiera; si era formata per questa professione ma poi ha ottenuto un incarico come assistente sociale.

Dopo il trasferimento in Svizzera non ha più lavorato. Si era sposata 20 anni prima e dal matrimonio sono nate due figlie, oggi adolescenti: Alice di 17 anni e Beth di 15. Suzanne ha chiesto un aiuto psicologico a seguito del ricovero di entrambe le figlie in un reparto di psichiatria, durato 8 settimane, a causa di un grave quadro depressivo e di comportamenti autolesionisti della figlia minore Beth.

III. 2. *Parti della prima seduta*

Nella prima seduta Suzanne si presenta come una mamma che desidera il meglio per le figlie. Dava molta importanza e aveva a cuore la loro indipendenza; era attenta a che assolvessero diligentemente i loro doveri scolastici senza doverle sollecitare per fare i compiti, prepararsi bene per gli esami, avere una buona socialità e non farsi coinvolgere nel provare un qualsiasi tipo di droga.

Parlando della sua infanzia si descrisse obbediente ma testarda e condivise un primo ricordo: *“Una volta, dovevo avere 5 o 6 anni, non volevo restare a letto. I miei genitori si erano molto arrabbiati con me e mi imposero di non alzarmi più. Allora mi infilai un dito in gola finché riuscii a vomitare sulle lenzuola. Mi alzai per dirlo ai miei genitori e mi sentivo in colpa; però ero riuscita ad avere un po' della loro attenzione. Mia madre cambiò le lenzuola, mi rimboccò le coperte e dopo un po' presi sonno”*.

Verso la fine della seduta, condivise l'angoscia per la grave situazione delle figlie e Suzanne, in modo brusco, disse: *“Sono esausta. Vorrei avere un cancro o sbattere da qualche parte con la macchina! Farei qualsiasi cosa pur di finirla con questa vita. Non riesco ad affrontare queste situazioni”*. C'è stato il tempo per descrivere meglio i comportamenti delle figlie che la facevano sentire disperata. *“Da dove potrei cominciare?”* chiese, *“Mi sento manipolata da Beth fin da quando era piccola. Una volta l'abbiamo scoperta mentre rubava qualcosa, ma ancora oggi nega quel fatto”*.

III. 3. *Concettualizzazione iniziale*

Propongo alcune osservazioni e ipotesi da considerare come iniziali comprensioni dei movimenti inconsci che dirigono l'intenzionalità cosciente di Suzanne; si tratta di spinte motivazionali che agiscono sotto la soglia della coscienza, sono preconsce o totalmente inconse.

Nei primi anni di vita delle figlie, Suzanne pensava che l'orientare i figli ad essere indipendenti e intraprendenti fosse un sano principio educativo. All'epoca, la vita in famiglia procedeva in modo armonico ed era difficile individuare la fonte delle difficoltà che si sarebbero poi palesate negli ultimi due anni. Nel rivedere il proprio essere madre pensava di aver agito bene e di aver portato le figlie ad una sana indipendenza.

All'inizio dell'adolescenza accettava le loro prese di posizione ma, con il passare del tempo, le figlie erano diventate inconcludenti e adesso sentiva il bisogno di intervenire per scuoterle dall'indolenza in cui erano cadute. Nella prima seduta aveva detto che si sentiva "stupida" quando osservava le figlie che non sembravano mai in grado di organizzarsi ed essere felici. Passava quindi all'azione con continue pressioni che però toglievano alle ragazze la libertà di gestire le loro frustrazioni e la possibilità di essere autonome in qualsiasi decisione.

I fallimenti delle figlie esasperavano e minavano il benessere di Suzanne. La situazione stava probabilmente stimolando un'identificazione proiettiva, attivata dall'inconscio sentimento di inferiorità per non essere lei stessa stata capace di soddisfare le aspettative dei suoi genitori. Ricordava che mamma e papà volevano che lei si comportasse da brava ragazza, semplicemente questo, e che non la spingevano a raggiungere gli stessi traguardi richiesti ai suoi fratelli.

Le aspettative dei genitori verso il femminile erano quindi inferiori rispetto al maschile e lei, non volendo accettare l'implicita posizione di inferiorità, si rifiutava, ribellandosi, di soddisfare le loro aspettative.

Una prima ipotesi che spiega la contro-finzione di Suzanne (si allude qui al comportamento socialmente accettabile adottato per mascherare la sottostante aggressività) riguarda l'approccio energico, da leader ottimista, dato al suo essere genitore. È probabile che questo atteggiamento sempre fiducioso coprisse spinte ancora più ambiziose; era certo adeguato quando le figlie erano bambine ma oggi non lo è più.

Ascoltando la descrizione dei comportamenti delle ragazze si ha l'impressione che entrambe non fossero preparate ad affrontare l'adolescenza, che rifiutassero di accettare gli impliciti compiti evolutivi e che stessero vivendo una ben celata oppositività. Di fatto evitavano le normali sfide che gli adolescenti affrontano. A Suzanne non era chiara quale linea educativa fosse bene tenere ma non riusciva a trattenersi dall'in-

sistere che le figlie fossero attive; avanzava le richieste dapprima con le buone poi passava a dare ordini in modo autoritario. Mi chiedevo come Suzanne avrebbe potuto comportarsi se avesse capito che le figlie erano davvero impreparate ad affrontare le richieste adolescenziali. Ipotizzavo quindi che gli obiettivi inconsci di Suzanne non potessero che ruotare intorno alla questione delle aspettative, sia quelle personali che quelle degli altri.

Questo iniziale inquadramento delle spinte emotive inconscie di Suzanne, attivate dai rifiuti delle figlie di soddisfare le sue richieste, fa pensare alla connessione con gli arcaici sentimenti di inferiorità relativi al non aver soddisfatto le aspettative dei genitori. L'interpretazione dinamica orienta a prendere in considerazione l'inconscio obiettivo finzionale che vuole soddisfatte tutte le aspettative.

Se questa ipotesi troverà conferma, si può pensare che la contro-finzione da leader ottimista dei primi anni di vita delle bambine, si è ora sgretolata sotto i colpi delle aspettative deluse. Si può così comprendere l'avvilimento che le fa addirittura pensare di voler morire, di rifiutare sia il ruolo di madre sia le due adolescenti, responsabili di non farla sentire a suo agio in quel ruolo.

III. 4. *Parti delle sedute successive*

Questa seduta si è svolta dopo le vacanze invernali. Suzanne entra con aria sconfortata, resta in silenzio per quasi un minuto e poi dice: *“Ho voglia di arrendermi”*. Spiega che la figlia Beth si era rifiutata di tornare a scuola, cosa che aveva fatto infuriare sia lei che il marito. Per reazione Beth si era chiusa in camera e si era rifiutata di uscire. Suzanne era andata in panico: aveva rivissuto l'inizio della precedente crisi depressiva, scatenata da un'analogha situazione, con i tagli alle braccia di Beth.

Seguirono i tentativi di far uscire la figlia dalla camera per riprendere a dialogare; quando la ragazza era uscita dalla camera le aveva parlato con calma, senza mai alzare la voce. Chiesi a Suzanne come si era sentita: rispose che era ambivalente. Da un lato era felice per essere stata ascoltata, ma temeva che Beth avrebbe cercato di ottenere solo quello che aveva in mente.

Nel riflettere sull'accaduto, Suzanne ammise che le minacce non portano a nessun risultato. Provai a esplorare il livello di consapevolezza sui vissuti della figlia e mi accorsi, da un improvviso lampo negli occhi, che Suzanne riusciva a cogliere qualcosa di nuovo. Aveva forse capito che Beth non si sentiva proprio di andare a scuola, ma aveva anche colto che la ragazza aveva la forza di tenerle testa rifiutando in modo deciso le sue richieste. Nell'ascoltare questa narrazione coglievo in Suzanne un certo scoraggiamento, ma poi si calmò. Sospirando disse: *“Ho fallito in tanti momenti... è folle che io sia ancora così attaccata alle stesse cose!”*. Poi, con la testa tra le mani, disse: *“Sai, alla fine del liceo mi avevano detto di essere tra le allieve che sarebbero state inserite*

nella lista di chi poteva sostituire i cantanti del coro più importante e di essere scelta come titolare nella squadra di basket dell'università. Quando poi vennero comunicati i nomi scoprii che non ero in nessuna lista. È da allora che sento di non valere molto. Probabilmente non ero all'altezza di quelle posizioni, questa è la realtà”.

Ho chiesto a Suzanne di parlare un po' più a fondo di queste opportunità negate: *“Ti ricordi come vivevi prima che fosse comunicata la lista delle persone scelte per quei ruoli?”*. *“Oh sì”*, disse lei *“Avevo molte attese. Speravo e pregavo di essere scelta. Ero convinta di fare bene e mi aspettavo di essere selezionata”*.

Le ripetute delusioni erano state comunque gestite per cui ho chiesto: *“Come hai vissuto quei momenti?”*. *“Beh, all'inizio ero eccitata, - ha risposto - ma alla fine, realizzando che ero stata scartata sentivo rabbia e risentimento. Non potevo crederci! Pensavo che tutto l'impegno che avevo messo era, in realtà, fatica sprecata. Mi rifiutavo anche di pensare in che cosa avessi dovuto migliorare per arrivare tra le migliori”*.

Ho colto un'improvvisa vivacità quando è rientrata in contatto con il suo risentimento. Aveva focalizzato l'idea che non bastava quello che aveva fatto e che la decisione di non lottare per migliorare era il problema. Ho azzardato: *“In quei momenti che cosa pensavi di te?”*. *“Beh, all'inizio ero convinta del mio rifiuto di continuare a impegnarmi, ma forse valeva la pena fare di più... Tuttavia, abbastanza presto ho iniziato a pensare che non avrei mai potuto suscitare l'approvazione di quelli che sceglievano. Quindi, ho pensato, perché continuare a darmi da fare?”*.

“Se tu dovessi oggi rivedere, con l'esperienza che hai maturato con gli anni, il tuo essere l'adolescente di allora, potresti indicare alla giovane Suzanne una via diversa d'uscita?”.

Dopo alcuni momenti di riflessione, Suzanne disse: *“Hmm. Forse ora riuscirei; ma allora non mi sembrava così. Certo, avrei potuto insistere, provare di nuovo. Mi piaceva molto cantare e fare sport. Cose divertenti, ma le ho abbandonate e non mi sono più messa in gioco”*. Poi, dopo un'altra pausa: *“Hmm, è proprio come quando ho rinunciato ad impegnarmi come infermiera accettando il lavoro nell'assistenza sociale”*.

Le sedute sono proseguite esaminando le oscillazioni dell'autostima, le paure di non essere all'altezza delle situazioni e il rifiuto di mettersi in gioco. In quei momenti si individuava una certa apertura; il sorriso ironico che accompagnava le constatazioni dei suoi limiti era qualcosa di nuovo.

Qualche ora dopo la seduta inviò la seguente mail: *“La seduta di oggi è stata per me un momento aha!. Ricordo che a scuola mi sentivo falsa o che non ero abbastanza: non abbastanza brava, non abbastanza intelligente, non abbastanza capace. Ho percepito oggi di poter capire i miei bluff, i miei autoinganni. Come potevo aspettare che mi dessero ruoli per i quali non ero disposta a lottare? Capisco che avere coraggio per non rinunciare è il modo per non rifugiarsi nella paura del fallimento”*.

Nelle diverse sedute che seguirono, sentii che Suzanne stava realizzando che il decidere lei che cosa fosse meglio per le figlie era, in qualche modo, la causa dei loro disagi. Non era necessario rinunciare al suo ruolo di madre solo perché la sua strategia non aveva funzionato. Si andava sviluppando in lei una sana curiosità verso le motivazioni inconse e una propensione ad ascoltare le figlie, smettendo di incitarle a seguire strade che lei pensava giuste.

III. 5. *Concettualizzazione successiva*

Nel rivedere le ipotesi formulate sul funzionamento complessivo di Suzanne, condividerò alcuni aspetti dell'organizzazione della personalità, a partire dagli atteggiamenti infantili nel rapporto con i genitori.

Suzanne ricorda che sua madre si aspettava molto da lei e che da bambina aveva sempre assecondato le sue richieste. Suo padre era molto autoritario e, fino alla ribellione adolescenziale, lo aveva sempre rispettato ed era stata una bambina ubbidiente. È bene ricordare che assecondare un genitore non significa cooperare con lui. L'ubbidienza non va confusa con la cooperazione. Può essere che un bambino percepisca la pericolosità del non ubbidire e faccia cose che in realtà non vorrebbe fare.

Queste questioni, apparentemente semplici, erano punti di snodo per comprendere gli atteggiamenti di Suzanne verso le relazioni, condizionate dall'impronta emotiva delle aspettative della madre a cui non poteva che ubbidire. L'ubbidienza la rendeva passiva e la conseguente sensazione di non essere mai *realmente* capace di fare quanto si aspettavano da lei può essere stata la matrice del suo senso di inferiorità.

Certamente le risposte infantili alle aspettative dei genitori avevano poi dato vita alle ribellioni adolescenziali finalizzate alla ricerca della libertà personale, una dinamica che offre indizi importanti sulla formazione degli obiettivi inconsci che orientano oggi il suo modo di percepire la realtà, di strutturare le sue convinzioni e i comportamenti. Di fatto era sempre all'erta, di fronte a nemici potenziali, visti nelle persone che si aspettavano qualcosa da lei. Poteva essere chiunque le dicesse che cosa avrebbe dovuto fare e a cui doveva sempre e comunque solo ubbidire.

Il bisogno di essere libera dalla pressione delle aspettative degli altri era alla base delle spinte inconse che la portavano a costringerli a soddisfare le *sue* attese per sentirsi *totalmente libera* dall'obbligo di esaudire qualunque richiesta. Questi obiettivi funzionali, posti a ricerca della sicurezza, dovevano essere consapevolizzati. Di fatto gli attuali obiettivi inconsci condizionavano gli orientamenti, come fossero l'ago della bussola che indica la "stella polare" della sicurezza, da ricercare in tutte le attività.

In questo funzionamento Suzanne aveva sviluppato modalità relazionali socialmente accettate che coprivano la sottostante aggressività. In modo parzialmente cosciente,

la contro-finzione di Suzanne era giocata sullo stile all'apparenza incoraggiante, che nascondeva le insistenti richieste rivolte alle figlie di essere performanti secondo lo standard dei suoi desideri. Il suo comportamento contro-finzionale le permetteva di negare la fondamentale aggressività delle sue richieste anche quando veniva apertamente contrastata. Di fatto però, le ragazze percepivano la prepotenza della madre e si ribellavano, in modo del tutto simile alle disubbidienze che lei stessa aveva attuato nella sua infanzia.

Questa ricostruzione dei movimenti psicodinamici di Suzanne offre la struttura concettuale che consente di comprendere le difficoltà che si sono sviluppate nella famiglia e che dovevano essere affrontate come descriverò nelle osservazioni conclusive.

III. 6. *Sforzarsi di trovare il senso delle difficoltà*

L'ipotesi fin qui formulata sul funzionamento psicodinamico, ha permesso una coerente attribuzione di senso alle iniziali preoccupazioni derivanti dal cattivo funzionamento delle figlie che, con buona probabilità, sentivano di doversi esibire per la loro madre, di non riuscire a soddisfare i suoi standard e di deluderla. Questa configurazione ricalca con esattezza quella che Suzanne aveva vissuto con sua madre che le chiedeva un continuo esibire i comportamenti scelti per lei.

Ci si può chiedere come le figlie avrebbero potuto ribellarsi a una madre che aveva motivazioni tanto ambivalenti. Un'aperta ribellione sarebbe stata forse possibile, ma l'oppositività poteva anche avviarsi verso strade alternative. È probabile che le figlie di Suzanne percepissero la depressione come un modo efficace per ribellarsi a una madre richiedente e poco coerente: voleva diventare un'infermiera, ma poi ha fatto altro; aveva imparato a fingere di essere malata per liberarsi da scomode richieste.

III. 7. *Lottare per il benessere reciproco*

Nelle successive sedute il lavoro fu diretto alla rielaborazione del sentimento di inferiorità, possibile nella cornice della nostra interazione. Si affrontò la difficoltà, ancora attuale, di sentirsi incapace di soddisfare le aspettative degli altri e di sentirsi "falsa". In una seduta intuì, grazie anche a dialoghi di impronta socratica, che poteva provare a impegnarsi in qualcosa che fino a quel momento non aveva preso in considerazione. Arrivò a comprendere che stava effettivamente *rifutando* di soddisfare le aspettative degli altri e si comportava come se non fosse mai "abbastanza brava" per appagarle.

Scoprì il coraggio di sentirsi in diritto di rifiutare richieste non gradite e di assumersi la responsabilità di ristrutturare le relazioni, in particolare quelle con i suoi genitori e le sue figlie. Si sentì pronta ad accettare le sue dinamiche psichiche. In altre parole stava vivendo ciò che Adler intendeva per "coraggio": non già un comportamento eroico, ma semplicemente e in modo autentico, fare ciò che non è abituale, accettando

il rischio di non avere la certezza del risultato. Nella sua disponibilità a fidarsi di un altro – all'epoca, il suo terapeuta che le augurava ogni bene ed era pronto ad aiutarla collaborando con lei – Suzanne aveva iniziato a lottare per il reciproco benessere, di se stessa e delle sue figlie.

IV. KARL HEINZ WITTE: *Coinvolgimento emotivo ed esperienza della “verità individuale”*

L'intersoggettività e la relazionalità nella terapia adleriana sono linee guida che derivano dal concetto di sentimento comunitario. Si tratta di un'impostazione che consente alla coppia terapeutica di vivere le emozioni del cliente che nascono tanto da sue specifiche sofferenze quanto dall'impostazione dello Stile di Vita. L'esperienza di entrare in contatto con la “verità” del cliente – e con il suo potenziale curativo – può avvenire con l'immergersi, con il suo analista, nei bisogni e nei movimenti emotivi connessi alle sue mete finzionali. Fare esperienza del sentimento di comunità in terapia può modificare le interazioni che il cliente ha con le persone e le cose del suo ambiente di vita.

Per descrivere i processi di cura che attivava, Alfred Adler era solito usare queste espressioni: “*Posso guarirvi*”, diceva ai suoi pazienti, “*solo con la verità a cui io stesso sono giunto*” (6, p. 79). È un'espressione che può sembrare strana. Il terapeuta ha una verità? Cos'è la verità? Conosciamo tutti le difficoltà epistemologiche per trovare la verità. “*Non siamo benedetti dalla verità assoluta*”, affermava spesso Adler (10, p. 98). Tuttavia, considerava cruciale il compito che ciascuno trovasse la propria, personale verità e la considerava come la “*verità assoluta individuale*” (5, p. 27)¹.

C'è un'altra citazione, ampiamente conosciuta, di Wilfred Bion [12]: “*L'evoluzione dello sviluppo mentale sembra dipendere dalla verità che tutti gli organismi viventi dipendono dal cibo. Se manca o è carente, la personalità si deteriora*” (12, p. 38). Senza dubbio, né Adler né Bion alludevano alla verità oggettiva, ma entrambi hanno evidenziato come la verità sia cruciale per la nostra vita personale. La verità personale corrisponde al concetto di Winnicott [24] del “*vero Sé*”. Il fenomenologo Heinrich Rombach [19], descrivendo la psicoterapia afferma: “*Nella vita interiore, ogni persona porta la propria luce, la propria verità. Solo quando si riconosce la verità dell'altro, lo si conosce veramente*” (19, p. 255)².

¹ Adler (5, p. 27): “*Come un problema matematico, anche la vita ha una soluzione per ogni individuo: essere assolutamente sinceri con se stessi. Tuttavia, questa soluzione è difficile da trovare e impossibile da raggiungere completamente*”. In originale: “*Wie eine solche [Rechenaufgabe] trägt auch das Leben jedes Einzelnen seine Lösung, seine absolute Wahrheit in sich, nur dass wir sie schwer und unmöglich ganz errechnen können*” (4, p. 110).

² “*Nell'aspetto interiore della sua vita (non nell'anima), ognuno ha una luce diversa, una verità diversa. Si comprende l'altro solo quando si comprende la sua verità*”. In originale: “*Im Innenaspekt seines Lebens (nicht seiner Seele) hat jeder ein anderes Licht, eine andere Wahrheit. Er begreift den anderen nur, wenn er seine Wahrheit begreift*”.

Il riconoscimento della verità personale dei nostri clienti è una parte essenziale della psicoterapia relazionale e intersoggettiva. In questo articolo desidero evidenziare il contributo di Adler al tema che ha posto una pietra miliare nella costruzione della struttura della psicoterapia relazionale del profondo.

IV. 1. *Presentazione del caso*

Propongo l'esemplificazione di una *verità personale* proposta da un cliente: *“Nel conversare con gli altri, sono tanto abile che nessuno si accorge che non sono per nulla autentico. Sono sempre molto attento e mi adatto rapidamente alle situazioni. In pochi secondi intuisco ciò che può colpire il lui o la lei che ho di fronte e come potrebbero reagire. Sono capace di raccontare aneddoti o di proporre discussioni aggiornate sulla politica. Le persone hanno la sensazione di passare con me serate piacevoli. Ma io condivido solo ciò che si trova nel cortile esterno della mia coscienza, non mi metto in gioco e non lascio intuire ciò che c'è nella mia coscienza profonda. Con altre parole potrei dire che osservo i momenti sociali come se li stessi guardando con un telescopio rovesciato. Tutto rimane distante da me; io non percepisco fastidio e sofferenza per tali situazioni, semplicemente le sento infinitamente lontane”*.

In questa auto-descrizione si può cogliere l'impotenza del cliente, dimensione che può contagiare anche il terapeuta e tutto ciò che può essere immaginato per aiutare questo cliente è a rischio di scivolare nel nulla. Manca infatti il presupposto per costruire una relazione autentica; in altre parole mettere in campo qualcosa che possa arrivare a toccare il suo cuore.

IV. 2. *Concettualizzazione*

Date le caratteristiche dell'auto-valutazione e del funzionamento interpersonale, si potrebbe formulare, per questo cliente, una diagnosi di disturbo narcisistico di personalità. Nel percorso clinico si cerca di giungere a iniziali comprensioni del funzionamento psicodinamico attraverso l'esplorazione anamnestică; si esaminano le esperienze che ha compiuto nel periodo dello sviluppo e nel contesto di appartenenza. Vorrei qui solo dare una sintetica lettura dei dati e accennare al probabile funzionamento psicodinamico.

Nelle relazioni familiari sono significativi il clima affettivo, la disponibilità al prendersi cura e i legami d'amore. A grandi linee, nella vita del nostro cliente c'era il “troppo” di queste cose piuttosto che il “troppo poco”. Da bimbo era trattato come un principe, sempre valorizzato sia dai parenti di parte materna che di quella paterna. Preoccupazione e amore ansioso erano gli atteggiamenti abituali della mamma mentre il papà desiderava vedere lo sviluppo delle abilità, sempre orientato dall'attesa di registrare la crescita dei progressi del suo erede.

L'amore da un lato e le aspettative performanti dall'altro generavano nel figlio una sorta di ambiguità nel suo sentire, un conflitto tra l'affettività e la tensione verso l'autorealizzazione. L'orientamento della crescita personale ha puntato verso la valorizzazione degli sviluppi intellettuali e professionali, nonché delle prestazioni sociali. Tuttavia non era soddisfatto di questi successi perché non li sentiva in armonia con il suo vero Sé. Non era in grado di ricevere l'affetto dei suoi amici e dei colleghi e, soprattutto, non riusciva a ricambiarlo. Dalla percezione di queste incapacità nasceva il continuo rammarico del cliente.

Gli psicoanalisti e i terapeuti elaborano le ipotesi psicodinamiche sul funzionamento mentale di un cliente dall'insieme degli indizi rilevati dalle narrazioni sulle circostanze della sua vita. In generale, questo è un metodo ermeneutico che è diretto verso un'interpretazione che porta a supposizioni o a convinzioni molto diverse a seconda della scuola di pensiero a cui aderisce il terapeuta [14, 16]. Alfred Adler ha proposto, nella sua teoria, una serie di concetti che permettono di sviluppare la comprensione del funzionamento dei nostri clienti e di stabilire le linee guida per un utile percorso terapeutico.

IV. 3. *La posizione intersoggettiva di Adler*

Nelle considerazioni che seguono desidero focalizzare un solo principio fondamentale della teoria e della pratica terapeutica di Adler: il suo approccio marcatamente intersoggettivo.

Generalmente il sistema della diagnosi psicologica è organizzato su quadri clinici che riassumono, in modo coerente, analoghi sintomi psicopatologici provati da diverse persone. Questi quadri forniscono la diagnosi dello specifico disturbo mentale del paziente. Adler [8] chiamava questa diagnosi, basata sulla somiglianza sintomatologica, la "diagnosi generale". Ai suoi occhi, invece, era necessaria la "diagnosi speciale" che: *"È in grado di comprendere il senso della selezione dei sintomi solo quando la consideriamo come una forma d'arte. Dobbiamo spogliarci della nostra visione giudicante e osservare con stupore come ogni persona sia un artista nella sua vita"* (8, p. 10). Adler era convinto che: *"I sintomi che indicano realtà analoghe non esistono"* (8, p. 11).

I giudizi che si elaborano in terapia cercano di giungere a conclusioni appropriate – diagnosi, ipotesi, interpretazioni – che, in genere, sono tendenzialmente corrette, ma spesso vengono trattate come affermazioni che pretendono di essere *"la verità"*, più o meno oggettiva. Quando Adler suggerisce di astenersi dalla *"visione giudicante"* indica un approccio diverso, non ermeneutico, "non interpretativo" [23]. Come può essere gestita questa indicazione? Come detto più sopra, Adler vuole che si consideri la "selezione dei sintomi" come una "forma d'arte" e il cliente come "un artista della sua vita".

Questa raccomandazione diverge dal solito approccio occidentale, classico in epistemologia e nella psicologia accademica. La comprensione terapeutica, per Adler, procede: *“Raggiungendo in modo artistico e profondo quella persona ed entrando intuitivamente in empatia con la sua natura”* (3, p. 123).³

È qui sottolineata l'attenzione e l'immersione nell'Altro con cui ci si identifica: *“Noi ci identifichiamo con un'immagine guardandola. Ci identifichiamo anche con tutti gli altri oggetti inanimati, per esempio, giocando a biliardo o a bowling: il giocatore segue la palla con gli occhi e fa il movimento che spera faccia la palla”* (7, p. 65).

Adler raccomandava una specifica attitudine per comprendere la “verità personale” di un cliente: *“Dobbiamo arrivare al punto di essere in grado di dire: se mi trovassi nella stessa situazione, se avessi lo stesso atteggiamento sbagliato verso la vita, se mi fossi allenato nello stesso modo di questa persona, soffrirei più o meno degli stessi sintomi. Solo allora, dopo una tale identificazione, potremmo pretendere di capire veramente una persona e comprendere la sua selezione di sintomi”* (8, p. 10).

Quando analista e cliente sono in buona sintonia, si trovano nell'alveo della “verità”. In questa vignetta è soprattutto l'analista ad essere emotivamente attivato, mentre il cliente soffre perché le emozioni non lo toccano e il non sentire è un'esperienza davvero dolorosa. Il cliente si sente condannato a vivere nella miseria emotiva, in un deserto interiore. Se pensiamo ai sentimenti che si sviluppano tra analista e cliente ce la caviamo con i termini psicoanalitici di transfert, controtransfert e identificazione proiettiva, oppure con i termini adleriani di obiettivi finzionali e sentimento d'inferiorità. Questo è il nostro discorso professionale. Ma se li consideriamo dal punto di vista fenomenologico che cosa significano questi termini?

Quando in seduta un analista avverte che la relazione con il cliente volge al negativo, subentra la noia, il dialogo si fa improduttivo e l'atmosfera assume aspetti quasi tossici, significa che la sintonia empatica con il cliente si è interrotta e l'analista è concentrato su ciò che deve dire, sulle parole da utilizzare con attenzione, che non suonino offensive. Può accadere che la negatività del cliente influenzi, quasi infetti, la mente dell'analista, cosa possibile durante la fase di sintonizzazione.

Se una tale condizione si prolunga nel tempo si può supporre che l'analista si stia identificando con la sola sofferenza del cliente oppure che sia rimasto intrappolato nelle inibizioni o nell'insensibilità emotiva del cliente che desidera suscitare la commossa con-partecipazione dell'analista. Questi può entrare in contatto con l'intera gamma delle emozioni del cliente, quindi non solo con la sofferenza ma anche con le risorse, sia quelle attuali che quelle potenziali.

³“Attraverso l'immersione artistica, l'empatia intuitiva e l'essere del paziente”. In originale: *“Durch künstlerische Versenkung, intuitive Einfühlung in das Wesen des Patienten”* (2, p. 69).

Le risorse empatiche dell'analista sono la condizione indispensabile perché si attivi la speranza nel cliente di dar vita a percorsi di cambiamento. Se nella relazione viene toccato il suo nucleo esistenziale si sviluppano le naturali forze dell'autoguarigione. Non è la "verità" delle parole che può dire l'analista a promuovere la guarigione, ma la leva emotiva che può essere azionata dalle parole.

Non facciamo esperienza della "*verità personale*" attraverso le parole; infatti una *partnership* veramente attenta mantiene una reciproca comprensione anche quando le parole sono inappropriate. Quindi non è la comprensione razionale che contribuisce alla genuinità, ma la connessione reciproca "nell'essere", per così dire, nel sentire il nucleo dell'altro, nell'esperienza di vivere le emozioni ed essere toccati emotivamente. "*Assaporiamo, annusiamo e tocchiamo la personalità, il carattere, il tono, l'essenza dell'altro*" (15, p. 25), è tutto questo che può attivare il processo di guarigione.

Ci sono momenti importanti nella relazione terapeutica in cui tutte le incertezze teoriche, intenzionali o pregiudiziali si dissolvono e il cliente e l'analista sono abbagliati da un "infinito senza forma" [18], toccati da una verità comune, catturati in una comprensione senza parole. Inutile dire che questi momenti non sono affatto di beatitudine ma sostanzialmente spaventosi. Michael Eigen [15], in *Image, Sense, Infinities, and Everyday Life*, ha raffigurato meravigliosi esempi di questo tipo di momenti.

È al lavoro di Wilfred Bion [13] che devo le indicazioni più importanti e la guida in questo campo dell'esperienza, coniugate a quanto ho trovato nelle radici della psicoterapia intersoggettiva in Alfred Adler.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), The neurotic character, in STEIN, H. T., KOEN, C., *The collected clinical works of Alfred Adler*, Vol. 1, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham 2002: 1-315.
2. ADLER, A. (1913), Individual Behandlung der Neurosen, in EIFE, G., *Alfred Adler Studienausgabe*, Vol. 3, Vandenhoeck & Ruprecht, Gottingen 2010: 57-77.
3. ADLER, A. (1913), Individual Psychological treatment of neuroses, in STEIN, H. T., LIEBENAU, G. L., *The collected clinical works of Alfred Adler*, Vol. 3, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham 2003: 115.129.
4. ADLER, A. (1923), Die Gefahren der Isolierung, in DATLER, W., GSTACH, J., WININGER, M., *Alfred Adler Studienausgabe*, Vol. 4, Vandenhoeck e Ruprecht, Gottingen 2009: 107-112.
5. ADLER, A. (1923), The dangers of isolation, in STEIN, H. T., LIEBENAU, G. L., *The collected clinical works of Alfred Adler*, Vol. 5, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham 2004: 27-29.
6. ADLER, A. (1928), Psychology and medicine, in STEIN, H. T., LIEBENAU, G. L., *The collected clinical works of Alfred Adler*, Vol. 6, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham 2004: 77-83.
7. ADLER, A. (1928), Reason, intelligence and feeble-mindedness, in STEIN, H. T., LIEBENAU, G. L., *The collected clinical works of Alfred Adler*, Vol. 6, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham 2004: 64-69.
8. ADLER, A. (1931), The child's symptom selection, in STEIN, H. T., LIEBENAU, G. L., *The collected clinical works of Alfred Adler*, Vol. 7, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham 2005: 10-20.
9. ADLER, A. (1931), The compulsion neurosis, in STEIN, H. T., LIEBENAU, G. L., *The collected clinical works of Alfred Adler*, Vol. 7, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham 2005: 35.
10. ADLER, A. (1933), Origin of the striving for superiority and social interest, in STEIN, H. T., LIEBENAU, G. L., *The collected clinical works of Alfred Adler*, Vol. 7, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham 2005: 95-100.
11. BEEBE, B., LACHMANN, F. (2003), The relational turn in psychoanalysis: A Dyadic System View from Infant Research, *Contemp. Psychoanal.*, 39: 379-409.
12. BION, W. R. (1965), *Transformations*, Karnac Books, London 1984.
13. BION, W. R. (1970), *Attention and interpretation*, Karnac Books, London 1984.
14. EIFE, G. (2016), *Analytische Individualpsychologie in der therapeutischen Praxis: Das Konzept Alfred Adlers aus existentieller Perspektive*, Kohlhammer, Stuttgart.
15. EIGEN, M. (2016), *Image, Sense, Infinities, and Everyday Life*, Karnac Books, London.
16. FOSSAGE, J. L. (1990), The Analyst's Response: How Theory Shapes Technique, *Psychoanal. Inq.*, 10: 601-622.
17. FREUD, S. (1914), *Zur Geschichte der Psychoanalytischen Bewegung*, tr. ingl. *On the History of the Psychoanalytic Movement*, in STRACHEY, J. (1957), *The Stan-*

Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol.14, Hogarth Press, London 1957: 7-66.

18. LOMBARDI, R. (2015), *Formless Infinity: Clinical Explorations of Matte Blanco and Bion*, Karnac Book, London.

19. ROMBACH, H. (2012), *Strukturanthropologie: "Der menschliche Mensch"*, Alber Studienausgabe.

20. STEIN, H. T. (2013), *Classical Adlerian Depth Psychotherapy* (Vol. 1 - *Theory and practice: A Socratic Approach to Democratic Living*), Alfred Adler Institute of Northwestern Washington.

21. STERN, D. N. (2004), *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, Northon & Company, New York.

22. STERN, D. N. (2010), *Forms of Vitality: Exploring Dynamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy and Development*, Oxford University Press, Oxford.

23. STERN, D. N., SANDER, L. W., NAHUM, J. P., HARRISON, A. M., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A. C., TRONICK, E. Z. (1998), Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation, *Int. J. Psychoanal.*, 79: 903-921.

24. WINNICOTT, D. W. (1960), Ego distortion in terms of true and false self, in WINNICOTT, D. W. (1965), *The Maturational Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*, Hogarth Press, London: 140-157.

Gisela Eife è medico, specialista in psicoterapia, psicoanalista adleriana (DGPT, DGIP) e formatrice presso l'Istituto Alfred Adler di Psicologia Individuale di Monaco. Esercita la professione privata dal 1987. È membro del Comitato Editoriale della Alfred Adler Studienausgabe, curata da Karl Heinz Witte. È stata la curatrice del volume 3 di questa serie, pubblicato nel 2010.

Erik Mansager è un consulente clinico professionale autorizzato in Illinois. Vive a Ginevra, Svizzera, dove lavora come psicoterapeuta sotto l'egida di Family-Counseling Services. Mansager è membro di facoltà presso il campus di Ginevra della Webster University ed è Presidente del Consiglio di amministrazione dell'Istituto Alfred Adler in Suisse Romande (<https://adler.institute/>).

Karl Heinz Witte lavora da 35 anni in pratica privata con clienti in psicoterapia analitica. Oltre al suo lavoro terapeutico e ai compiti amministrativi nelle società professionali, ha curato la Alfred Adler Studienausgabe, pubblicata in sette volumi dal 2007 al 2010.

Gisela Eife
E-mail: eife@g-eife.de