

La resistenza alla psicoterapia, una prospettiva relazionale

FLAVIO CASOLARI

Summary – RESISTANCE TO PSYCHOTHERAPY, A RELATIONAL PERSPECTIVE. Resistance to psychotherapy, a relational perspective- Resistance to psychotherapy is part of the key concepts of the classical psychoanalytic theory. The conception of this phenomenon, developed by Freud, still seems to influence the action of many professionals dealing with mental health. This despite the fact that Alfred Adler's writings present a vision of the same phenomenon which surpasses and considerably enriches the Freudian perspective, thanks to a greater attention to the dynamics of the patient- therapist relationship. This proves to be very useful to avoid some risks that occur when the therapist interacts with the patient's lifestyle, for instance colluding or conversely contrasting its characteristics in an excessive way. If not sufficiently considered, these dynamics can hinder the development of a therapeutic alliance, which is one of the main treatment tools of psychodynamic approaches in psychotherapy. For this reason, this article deals with the complex topic of resistance to psychotherapy. Firstly the article focuses on trying to understand its role inside the psychoanalytic theoretical-methodological system, and then it takes into consideration the Adlerian vision of it, underlining its usefulness in psychotherapeutic practice.

Keywords: RESISTENZA AL TRATTAMENTO, DINAMICHE DELLA RELAZIONE PAZIENTE-TERAPEUTA, ALLEANZA TERAPEUTICA

I. Alcune definizioni di Resistenza al trattamento: l'influenza della psicoanalisi freudiana

Secondo la definizione del Dizionario di Medicina "Treccani", una delle più autorevoli enciclopedie italiane, in psicoanalisi viene definita resistenza " Qualunque forma di opposizione utilizzata dall'analizzando per impedire l'accesso ai propri contenuti inconsci, ostacolando l'insight (cioè la comprensione del significato di pensieri, emozioni, sintomi e comportamenti) e il cambiamento" [7].

La definizione appare molto simile a quella che troviamo in "Psichiatria Psicodinamica", principale manuale psichiatrico a orientamento psicodinamico, dove la resistenza al trattamento viene indicata come "...il desiderio del paziente di mantenere lo status quo, di opporsi ai tentativi del terapeuta di produrre insight e cambiamento" (13, p.13).

Da queste definizioni si può notare il forte influsso della psicoanalisi freudiana e della sua visione intrapsichica dei fenomeni, sia a livello culturale che in ambiente medico-psichiatrico. Nel definire il fenomeno della resistenza alla psicoterapia, infatti, l'accento viene posto quasi esclusivamente sul paziente, prendendo in considerazione il ruolo del terapeuta in modo marginale, nei termini di un tentativo di produrre un cambiamento nel paziente.

Il prossimo paragrafo tratterà l'introduzione del concetto di resistenza ad opera di Freud e il suo ruolo all'interno della teorizzazione psicoanalitica classica. In particolare verranno sottolineati alcuni limiti della visione freudiana di questo fenomeno che, seppur nato più di un secolo fa, appare ancora oggi centrale nella pratica psicoterapeutica ad orientamento psicodinamico.

II. *Freud e la "lotta" contro le resistenze dei pazienti:*

Nel contesto della teorizzazione psicoanalitica classica sembra che il concetto di resistenza sia stato introdotto nel momento in cui Freud, durante i primi trattamenti con i suoi pazienti, era incorso in alcune inaspettate criticità, come ad esempio la difficoltà di questi nell'attenersi alla regola fondamentale o più o meno aperte critiche rispetto ad alcuni aspetti del suo metodo di cura. Freud aveva assegnato la responsabilità di questi "intoppi", riscontrati durante il processo di cura psicoanalitica, a un fenomeno che aveva identificato col termine "Resistenza al trattamento", al quale aveva attribuito il ruolo di concetto cardine della sua teorizzazione (11, p. 475).

Nel modello freudiano le manifestazioni della resistenza alla psicoterapia sono concepite come un evento intrapsichico, dovuto al fatto che il paziente si rivolge sì allo psicoanalista per essere sollevato dai suoi sintomi psicopatologici, ma nello stesso tempo i meccanismi di difesa agiscono in senso antiterapeutico, cercando di mantenere inconsci le pulsioni e i conflitti, causa della sua sintomatologia e sofferenza psicologica. Questo approccio intrapsichico nel concepire le resistenze emerge ulteriormente esaminando le modalità con cui Freud si approcciava a queste in ottica terapeutica.

Il padre della psicoanalisi, infatti, nei suoi scritti parla di una vera e propria lotta contro le resistenze dei pazienti, messa in campo per eliminare quelli che lui identificava come ostacoli al progredire del trattamento, promettendo al soggetto vantaggi e premi se rinunciava agli atteggiamenti "resistenti" (10, p. 313).

Questo metodo, che appare fortemente legato a modalità suggestive secondo un ideale di "educazione psicoanalitica", presenta il limite di non prendere in considerazione il punto di vista del paziente, le sue possibili, reali difficoltà rispetto alla cura (per come Freud la intendeva) e l'influsso della relazione, e quindi anche dello stesso terapeuta, sulle resistenze. Secondo un modello medico di inizio novecento, nel cui contesto nasce la teoria psicoanalitica, il terapeuta, infatti, viene considerato il detentore della

conoscenza, che interpreta dall'alto il disagio del paziente, consentendogli di accedere a contenuti e significati di cui questi non è consapevole.

Cesare Musatti, pioniere della psicoanalisi italiana, sottolinea come nel modello freudiano sia insita questa logica che, a livello relazionale, può portare a un conflitto tra la volontà del terapeuta e alcune caratteristiche dei pazienti, identificate come resistenze. Questi, infatti, a causa della loro nevrosi, tenderebbero a opporsi allo psicoanalista durante la cura (14, p. 112).

Il rischio di questa lotta paziente-terapeuta può ostacolare l'instaurarsi di una relazione collaborativa, secondo la prospettiva adleriana, invece, fondamentale perché il paziente implementi il suo sentimento sociale, raggiungendo una condizione di maggiore benessere. Nel momento in cui il terapeuta pretende di sapere a priori le cause della sofferenza e del disagio del paziente, può essere spinto a porsi in una condizione di eccessiva superiorità, utilizzando modalità pedagogiche e suggestive che possono ostacolare l'instaurarsi di una relazione sufficientemente paritaria ed empatica, caratteristica fondamentale dei trattamenti adleriani.

III. *Wilhelm Reich e la "Corazza caratteriale"*

Wilhelm Reich, medico e psicoanalista allievo di Freud, membro della società psicoanalitica di Vienna, arriva a estremizzare il concetto di resistenza al trattamento proponendo un suo metodo terapeutico chiamato "Analisi del carattere" [17].

Nell'approcciarsi al paziente attraverso la tecnica psicoanalitica, Reich, come Freud, si era trovato a dovere fronteggiare alcune difficoltà, legate a una non aderenza dei pazienti alle prescrizioni dello psicoanalista.

Ad esempio certi pazienti presentavano delle difficoltà nella tecnica delle libere associazioni; non avevano niente da dire o deviavano le comunicazioni rispetto ai contenuti ricercati dal terapeuta; non si riconoscevano nelle interpretazioni riguardanti alcuni aspetti della loro sintomatologia; mostravano un atteggiamento di sfida nei confronti del terapeuta e, in conclusione, faticavano ad allinearsi a un modello di salute mentale ben definito nella mente dello psicoanalista stesso. Reich ha proposto un suo metodo per trattare le resistenze al trattamento che amplifica e ricerca lo scontro paziente-terapeuta, già riconosciuto da Freud come necessario per superare questi intralci alla cura psicoanalitica.

Secondo Reich tutti i pazienti, da subito, tenderebbero a resistere alla psicoanalisi mediante atteggiamenti e tratti del carattere peculiari a cui lo psicoanalista deve porre particolare attenzione. Compito primario del terapeuta risulta quello di eliminare le resistenze, interpretando non tanto i contenuti inconsci del paziente, quanto il suo atteggiamento negativo e di chiusura nei confronti della terapia psicoanalitica, rendendolo consapevole di questo per potere procedere nel trattamento.

Reich definisce questo atteggiamento resistente del paziente "Armatura o Corazza caratteriale" (17, p.76).

L'utilizzo del termine "Armatura caratteriale" esemplifica molto bene la concezione di Reich del trattamento psicoanalitico, che può assumere i connotati di una vera e propria guerra psicologica tra terapeuta e paziente, il quale, metaforicamente, si difende da questi attacchi attraverso un'armatura. Per descrivere il lavoro sulle resistenze dello psicoanalista, inoltre, Reich usa il termine di "Scardinare", proponendo un'azione carica di una componente particolarmente aggressiva nei riguardi del paziente. Il pericolo insito in questo modo di vedere la psicoterapia è ancora una volta quello di instaurare un'inutile quanto possibilmente dannosa lotta con il paziente e le sue caratteristiche personologiche, aspetto che può ostacolare l'instaurarsi di una relazione promotrice di crescita e cambiamento.

IV. *Resistenze, transfert e contro-transfert*

In psicoanalisi l'idea di resistenza è legata, sia da un punto di vista teorico che nella pratica clinica, ad altri due concetti fondamentali: quelli di transfert e contro-transfert.

Il transfert o traslazione, secondo la concezione freudiana, ha in sé il carattere di resistenza (14, p. 107) perché il paziente, invece che ricordare ed elaborare gli atteggiamenti e gli impulsi emotivi caratteristici della sua vita passata, tende a ripeterli nel contesto della relazione con lo psicoanalista, ostacolando e resistendo al processo di cura (9, p. 263).

Oltre ai vissuti dei pazienti verso l'analista, Freud sottolinea che anche gli analisti possono essere coinvolti a livello emotivo nei confronti dei pazienti e che anche questa eventualità può mettere a rischio la cura psicoanalitica, per come lui la intendeva. Secondo Freud, infatti, il contro-transfert è dovuto all'influsso del paziente e della sua nevrosi sui sentimenti inconsci dell'analista (4, p. 13).

In questo senso i vissuti contro-transferali possono mettere in pericolo la capacità dello psicoanalista di mantenere quella "neutralità analitica" fondamentale per interpretare correttamente i contenuti inconsci dei pazienti (metafora dell'analista come specchio o chirurgo) (8, p. 40).

Da ciò risulta evidente come il concetto di resistenza alla psicoterapia sia nato all'interno di un impianto teorico-metodologico, la psicoanalisi freudiana, che identificava la relazione paziente-terapeuta e i vissuti degli "attori" che vi erano coinvolti, come un potenziale pericolo, tanto per il paziente, che, se troppo coinvolto, non sarebbe riuscito a portare alla consapevolezza e superare i suoi conflitti, quanto per il terapeuta, che sarebbe potuto rimanere invischiato in vissuti difficili da elaborare e controllare, arrivando potenzialmente a colludere con la stessa psicopatologia di chi si era rivolto a lui.

Il modello freudiano, tuttavia, ha il limite di considerare le resistenze alla psicoterapia in particolare e i disturbi psicologici in generale, come un "fatto privato", derivante da conflitti e impulsi inconsci che, affiorando alla consapevolezza, possono essere maggiormente controllati. In questa logica manca, tuttavia, una visione intersoggettiva dei fenomeni psicologici che risulta invece una caratteristica fondamentale della psicologia individuale, introdotta da Alfred Adler, che verrà approfondita nel prossimo paragrafo.

V. *Alfred Adler e il significato relazionale delle resistenze*

Adler, così come Freud, riconosce l'importanza del fenomeno della resistenza alla psicoterapia e cerca di comprenderne le manifestazioni durante i trattamenti individual-psicologici. Tuttavia, la sua concezione di queste varia sostanzialmente rispetto a quella freudiana.

Secondo Adler, infatti, le manifestazioni della resistenza durante il processo psicoterapeutico sono non solo un fenomeno intrapsichico, ma soprattutto un'espressione della relazione che si instaura tra il paziente e lo psicoterapeuta. Queste, infatti, dipendono in parte dall'atteggiamento del paziente, determinato dal suo peculiare stile di vita, ma, fin dal primo incontro con lo psicoterapeuta, anche da come quest'ultimo si pone e reagisce nei confronti di chi si è rivolto a lui per un aiuto.

L'atteggiamento "resistente" viene identificato da Adler come una "tendenza a deprezzare", o "tendenza alla svalutazione", che il soggetto nevrotico mette in atto nei confronti delle altre persone, in particolare di quelle verso cui si sente in stato di inferiorità (1, pp. 176-177). Tale tendenza, spesso esagerata nel paziente, può favorire la comparsa di atteggiamenti di eccessiva contrapposizione nei confronti del terapeuta, determinati in massima parte da timori relativi ai propri complessi di inferiorità.

Tenuto conto di ciò, secondo la prospettiva adleriana è importante che il terapeuta faccia in modo di comprendere e accettare queste modalità relazionali dei pazienti, in quanto espressioni del loro particolare stile di vita, per poi cercare insieme a questi dei modi per allentarle, dapprima nel setting terapeutico, e poi anche nei contesti relativi ai compiti vitali.

Dal punto di vista adleriano, quindi, il paradosso del paziente che vuole guarire, ma allo stesso tempo "resiste" alla cura diviene maggiormente comprensibile. Le manifestazioni della resistenza, come la tendenza a deprezzare e svalutare lo psicoterapeuta, infatti, non sono tanto dovute al fatto che questi non vuole guarire, ma rappresentano un'espressione del particolare atteggiamento del paziente nel momento in cui entra in relazione con un altro essere umano, che considera superiore a se stesso. Secondo tale visione il paziente mette in campo delle strategie per svalutare il terapeuta, o minare il processo terapeutico, con il fine di mascherare le proprie debolezze e carenze.

Questo perché manca del coraggio necessario per mettere in campo strategie e abilità per migliorare la propria condizione, incamminandosi verso quello che Adler identifica come il lato utile delle cose, riferendosi ad un atteggiamento empatico e collaborante con gli altri membri della comunità [3].

Per raggiungere l'obiettivo di una revisione dello stile di vita del paziente risulta necessario che le sue fragilità siano messe in luce nel corso della psicoterapia, assieme ai possibili pregiudizi e timori rispetto al terapeuta e al trattamento.

Tale processo deve però essere graduale e, come lo stesso Adler suggerisce, il terapeuta deve cercare di muoversi con "cautela" in base alle caratteristiche del paziente, rispettando le resistenze emerse, ma cercando allo stesso tempo di allentarle per quanto possibile (2, pp. 58-59).

Considerando le resistenze in questo modo il pericolo di una contrapposizione paziente-terapeuta, presente nella concezione psicoanalitica freudiana, risulta fortemente ridimensionato, grazie ad una maggiore attenzione alle dinamiche relazionali che si creano nel corso del trattamento. Nello stesso tempo viene anche evitato il pericolo di essere coinvolti dal paziente in dinamiche collusive rispetto alla sua psicopatologia, minaccia sempre presente se non si prendono in considerazione o si sottovalutano questi fenomeni.

In tal senso la relazione e i vissuti degli attori che agiscono nel setting terapeutico, gradualmente compresi e modificati grazie alla capacità del terapeuta di monitorare l'andamento della relazione, divengono indispensabili per portare il paziente verso una condizione di maggiore benessere, allentando gradualmente le sue difficoltà, riflesso del suo stile di vita carente di sentimento sociale.

VI. Resistenze dei pazienti o del processo terapeutico? I concetti di atteggiamento e contro-atteggiamento

I concetti adleriani di Atteggiamento e Contro-atteggiamento sono proprio utilizzati per riferirsi alle dinamiche relazionali paziente-terapeuta. Il concetto di atteggiamento riguarda il modo in cui un individuo, in rapporto al proprio stile di vita, si pone rispetto a determinate situazioni e relazioni. Il contro-atteggiamento, invece, identifica una reazione in risposta agli atteggiamenti di un altro da sé.

Considerando la relazione paziente-terapeuta, i concetti di atteggiamento e contro-atteggiamento possono riferirsi tanto al paziente, quanto al terapeuta, essendone entrambi protagonisti. Sia il paziente che il terapeuta, infatti, mettono in campo atteggiamenti e contro-atteggiamenti in risposta all'altro nel corso della loro interazione (18, p. 60). Perché il processo terapeutico abbia buon esito è importante che il terapeuta cerchi di raggiungere un sufficiente livello di consapevolezza di queste dinamiche, in modo da orientare il proprio intervento.

Questi concetti comprendono, e per molti aspetti superano, quelli di transfert e controtransfert, derivanti dalla teoria psicoanalitica classica e ancora oggi ampiamente utilizzati in ambiente psicodinamico. Se il transfert veniva considerato come una modalità del paziente, determinata da suoi aspetti infantili non elaborati, il controtransfert, riguardante i vissuti dell'analista, era considerato un pericolo.

Tale concezione era stata presumibilmente influenzata dal timore di Freud, relativo a un possibile eccessivo coinvolgimento emotivo degli analisti nella relazione col paziente ed ai rischi conseguenti.

Considerare il contro-transfert come un pericolo e un aspetto da evitare poteva risultare, infatti, protettivo per il terapeuta che, avvicinandosi maggiormente al paziente, avrebbe potuto sperimentare emozioni difficilmente controllabili, con il rischio di essere spinto a mettere in atto atteggiamenti e comportamenti potenzialmente dannosi per il buon esito della psicoterapia. Ad esempio, se troppo coinvolto dalla sofferenza del paziente, il terapeuta avrebbe potuto colludere eccessivamente con ciò che questo si aspettava da lui, non permettendo un effettivo miglioramento della sua condizione.

Il concetto di resistenza al trattamento, teorizzato da Freud per spiegare le difficoltà relative al processo psicoterapeutico, è presumibilmente stato introdotto per non addentrarsi troppo in profondità nelle dinamiche relazionali paziente-terapeuta, particolarmente temute dal padre della psicoanalisi. Questo aspetto, infatti, avrebbe potuto determinare una messa in discussione di quelle teorie e regole attinenti il setting psicoanalitico, da lui utilizzate per trattare i pazienti e la loro condizione, così come le sue idee circa la finalità dei trattamenti. Evitare un coinvolgimento emotivo col paziente può, tuttavia, ostacolare l'instaurarsi di un'alleanza terapeutica, oggi ampiamente riconosciuta quale principale fattore terapeutico non specifico della psicoterapia ad orientamento dinamico.

I concetti di atteggiamento e contro-atteggiamento, invece, risultano più vicini ad una visione relazionale, derivante dalle geniali intuizioni di Alfred Adler rispetto alla psicopatologia. Secondo Adler, infatti, il coinvolgimento del terapeuta nella relazione risulta fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi della psicoterapia adleriana, che tende a facilitare una revisione dello stile di vita del paziente, mediante un aumento del suo sentimento sociale.

Tuttavia, perché ciò accada, risulta allo stesso modo fondamentale un monitoraggio, da parte del terapeuta, delle dinamiche relative alla relazione terapeutica. Il terapeuta, infatti, in un primo momento cerca di comprendere la finalità degli atteggiamenti e contro-atteggiamenti del paziente, nel contesto del suo stile di vita.

Successivamente si adopera per mettere in campo propri atteggiamenti e contro-atteggiamenti per favorire l'acquisizione da parte del paziente di nuove modalità, più vicine al "lato utile" della vita.

Il pericolo di una collusione col paziente e le sue modalità, spesso infantili e poco funzionali al miglioramento della sua condizione, individuato da Freud e legato alla concezione psicoanalitica di transfert e contro-transfert, viene quindi superato nel momento in cui il terapeuta risulta sufficientemente consapevole delle dinamiche relazionali che si stanno verificando all'interno del setting. Grazie a questa consapevolezza il terapeuta adleriano cerca di individuare e mettere in campo gli atteggiamenti e i contro-atteggiamenti più utili ad un determinato paziente, in un determinato momento della psicoterapia, concedendosi alle volte di mettere in discussione anche le proprie modalità relazionali per il buon esito del trattamento.

Perché questo risulti possibile il terapeuta deve possedere una sufficiente capacità di controllare i propri stati emotivi, determinanti suoi atteggiamenti, contro-atteggiamenti e comportamenti, facendosi coinvolgere dai pazienti senza essere travolto dalla relazione con questi e dalle loro modalità. Ciò può avvenire grazie alla formazione del terapeuta e a suoi percorsi di analisi personale e supervisione, che stimolano proprio la capacità di riflettere su queste dinamiche e, soprattutto, sul proprio modo di porsi nei confronti dei pazienti.

Tale prospettiva supera la visione freudiana delle resistenze alla psicoterapia, considerate come caratteristiche dei pazienti. Da un punto di vista relazionale, infatti, queste si amplificano nel momento in cui il terapeuta fatica nel trovare l'atteggiamento o il contro-atteggiamento più giusto rispetto ai bisogni della persona in un dato momento del percorso terapeutico, spesso a causa di propri limiti e debolezze che vengono messi alla prova nell'incontro col paziente.

Tuttavia queste dinamiche possono essere maggiormente comprese ed affrontate dal terapeuta grazie alla possibilità di collaborare col paziente e mettersi a sua volta in discussione nella relazione con lui, evitando di porsi in una posizione di eccessiva superiorità, particolarmente temuta da questo.

I prossimi paragrafi saranno maggiormente incentrati sulla tecnica psicoterapeutica adleriana, sottolineandone l'utilità in questo senso.

VII. Il trattamento della resistenza alla psicoterapia secondo la metodologia adleriana: una prospettiva relazionale

La psicoterapia adleriana nasce dal primo contatto tra paziente e terapeuta, che rappresenta l'atto di inizio di una relazione potenzialmente trasformativa sia per il paziente che per il terapeuta stesso, in quanto possibile nuova esperienza lavorativo-formativa. Il primo contatto, nella professione di psicoterapeuta libero professionista solitamente rappresentato da una telefonata del paziente che chiede un appuntamento, contiene già parecchie informazioni. Sia il contenuto che le caratteristiche non verbali della comunicazione trasmettono qualcosa al terapeuta, che inizia a farsi un'idea del

tipo di persona che potrà poi incontrare. Di riflesso anche il paziente inizia a farsi una prima impressione del terapeuta che orienta il suo atteggiamento, ad esempio influenzando la disponibilità ad accettare i primi vincoli della relazione, quali quelli relativi all'“agenda” del terapeuta e al suo orario.

Al primo contatto, se paziente e terapeuta trovano un accordo telefonico, segue poi il primo colloquio, altro momento molto importante in quanto prima occasione per la potenziale "coppia terapeutica" di incontrarsi di persona. Per lo psicoterapeuta anche il primo colloquio si presenta molto ricco di stimoli, dall'esame obiettivo del paziente, al modo in cui questo inizia a descrivere il motivo per cui ha richiesto l'incontro e inizia a parlare di sé.

Come sottolinea Gian Giacomo Rovera nel suo articolo sullo “Stile terapeutico”, nelle fasi iniziali di un rapporto psicoterapeutico è consigliabile mantenere un atteggiamento di apertura nei confronti del paziente e della sua sofferenza. Questo perché in un primo momento il paziente necessita di conservare un mascheramento dei suoi deficit e di mantenere le proprie difese (18, p. 50). Tale indicazione risulta in accordo con la "cautela" che Adler consiglia nelle fasi iniziali della psicoterapia, per non rischiare di urtare eccessivamente la particolare sensibilità del paziente, mettendo a rischio lo sviluppo di una buona relazione terapeutica (2, pp. 58-59).

Tuttavia, già da questi primi contatti tra paziente e terapeuta, possono emergere alcuni atteggiamenti del paziente che, se non compresi dal terapeuta, rischiano di trasformarsi, nelle fasi successive del trattamento, in vere e proprie resistenze alla psicoterapia. Come afferma Pier Luigi Pagani, pioniere della psicologia individuale italiana, riguardo al primo colloquio e alle prime fasi della psicoterapia: "... la gran disponibilità offerta dallo psicoterapeuta adleriano non deve, comunque, mai consentire che venga meno il suo ruolo; egli deve saper bloccare ogni tentativo di prevaricazione, che il paziente può mettere in atto, sia pure inconsciamente, in qualsiasi momento, poiché l'aspirazione alla superiorità, che ciascun uomo porta in sé, in stretta correlazione con il sentimento d'inferiorità, potrebbe spingerlo a resistere al trattamento." (15, p. 6-7).

Quindi se da un lato in questa fase è importante che il terapeuta si mostri aperto e disponibile nei confronti del paziente, risulta allo stesso tempo fondamentale che ponga particolare attenzione agli atteggiamenti e contro-atteggiamenti del paziente nei suoi confronti, e a come lui stesso sta reagendo, mettendo in campo propri atteggiamenti e contro-atteggiamenti. Già in questi primi momenti, infatti, si stanno ponendo le basi per costruire una possibile alleanza col paziente in senso terapeutico, che può essere messa a rischio se si sottovalutano tali dinamiche. Inoltre gli atteggiamenti e i contro-atteggiamenti del paziente durante l'incontro forniscono informazioni preziose che vanno ad arricchire i dati raccolti dalle sue comunicazioni verbali. Durante il primo colloquio, ad esempio, può essere utile domandare al paziente cosa si aspetti da un eventuale rapporto con lo psicoterapeuta.

Da qui possono emergere varie indicazioni riguardanti la meta di superiorità che questo persegue e le sue più o meno ampie carenze nel sentimento sociale. In base al tipo di persona che si trova davanti il terapeuta potrà poi iniziare ad arricchire queste aspettative con il proprio punto di vista, ad esempio ridimensionandole, se eccessivamente irrealistiche, oppure accogliendo e rinforzando il punto di vista del paziente, se questo appare troppo inibito o scoraggiato rispetto a un possibile miglioramento della sua condizione.

Utilizzando queste informazioni il terapeuta potrà poi costruire un progetto terapeutico "su misura" rispetto alle caratteristiche e ai bisogni del paziente. Nel fare ciò può risultare utile riflettere sulle resistenze alla psicoterapia e sul loro significato nel contesto della relazione che si sta strutturando col paziente. Questo approccio può aiutare nel trovare iniziali strategie per allentare le resistenze, cercando di promuovere un coinvolgimento del paziente nel processo terapeutico, fondamentale per lo sviluppo di un' alleanza di lavoro.

Ciò dovrebbe avvenire nel rispetto dei limiti del paziente stesso e delle sue fragilità, in modo che questo si senta rispettato e riconosciuto dal terapeuta, sviluppando un grado di fiducia sufficiente per mettersi in gioco in una psicoterapia. Infatti, come afferma Alessandra Bianconi nel suo articolo "Finzione e Controatteggiamento": "Le diverse diagnosi di struttura, sapere come funziona la mente del proprio paziente, qual è il suo approccio alla realtà e gli espedienti di salvaguardia che utilizza, le vulnerabilità, i deficit e /o i conflitti, sono informazioni indispensabili anche per gestire e controllare il proprio controatteggiamento, cioè per attingere da quel livello di strutturazione del proprio sé, che è utile in quel momento" (6, p. 15).

VIII. *L'ipotesi psicodiagnostica sulle possibili resistenze alla psicoterapia e il progetto terapeutico*

La rielaborazione delle informazioni raccolte in fase diagnostica permette di formulare alcune ipotesi sul funzionamento psicodinamico del paziente e sul suo stile di vita. Partendo da queste il terapeuta adleriano organizza un progetto terapeutico che contiene alcuni obiettivi, raggiungibili attraverso una psicoterapia. Questi dipendono in gran parte dalle carenze riscontrate nel paziente in fase diagnostica, che lo espongono al disagio e alla sofferenza psicologica.

Anche nella costruzione del progetto terapeutico può risultare particolarmente utile soffermarsi sulle possibili resistenze che potranno ostacolare il processo terapeutico. Queste, infatti, già emerse in fase embrionale durante i primi colloqui, potranno rendere difficoltoso il raggiungimento degli obiettivi contenuti nel progetto terapeutico, che dovrebbero andare nella direzione di una graduale revisione dello stile di vita del paziente e degli aspetti che ne bloccano l'avanzamento verso una condizione di maggiore benessere psicologico.

Partendo dal profilo psicodiagnostico e dai vissuti riguardanti la relazione, sarà importante che il terapeuta cerchi di formulare ulteriori ipotesi su ciò che il paziente, più o meno consapevolmente, potrebbe aspettarsi da una psicoterapia, in accordo con la sua meta di superiorità e le sue carenze nel sentimento sociale.

Queste aspettative, infatti, se non sufficientemente considerate e comprese, possono ostacolare l'instaurarsi di una relazione che, pur nel rispetto delle sue fragilità, vada verso una messa in discussione del suo stile di vita.

Tali riflessioni possono orientare l'atteggiamento del terapeuta nei confronti del paziente e di quello che lui si aspetta dalla terapia, evitando da un lato di instaurare dinamiche eccessivamente contrappositive, rischio che risulta amplificato se si considerano le resistenze come un fenomeno esclusivamente intrapsichico, e, dall'altro, di colludere con gli aspetti disarmonici dello stile di vita del paziente, se ci si adatta troppo passivamente alle sue aspettative rispetto alla relazione terapeutica.

Nell'articolo "Il progetto trasformativo nella psicoterapia analitica: confronto tra la psicologia individuale, la psicoanalisi e le altre principali psicoterapie dinamiche del profondo" Mario Fulcheri e Rossana Accomazzo affrontano questo tema, sottolineando la bipolarità e l'ambiguità insita nella psicoterapia analitica: "La bipolarità emergente dalla configurazione da un lato di mete terapeutiche, comportante aspetti conservativo - adattativi, e dall'altro di obiettivi maturativi, comportante un processo autenticamente trasformativo, costituisce l'ambiguità strutturale della psicoterapia analitica" (12, p. 75). Questa ambivalenza appare in accordo con la necessità sia di preservare la relazione e accogliere le richieste del paziente, derivanti dalle sue caratteristiche e fragilità, che di lavorare verso un cambiamento e una revisione di queste.

Gli autori sottolineano, poi, il rischio di dinamiche collusive, nel momento in cui il terapeuta accoglie il paziente riconoscendone soltanto il bisogno di cure. Secondo loro l'incontro tra paziente e terapeuta può, infatti, determinare particolari registri relazionali quali quello "dell'insegnamento- apprendimento", "quello circolare del sono come tu mi vuoi" ed infine quello "della comunanza" (essere elitariamente insieme). Inoltre evidenziano come la capacità del terapeuta di modulare la giusta distanza rispetto al paziente risulti fondamentale affinché questo, pur accompagnato verso nuovi modi di essere, si senta nello stesso tempo sorretto dal terapeuta, soprattutto nel momento in cui il processo risulti troppo carico di angoscia e sofferenza (12, pp. 76-77).

La visione delle resistenze alla psicoterapia come fenomeno relazionale può quindi aiutare nel costruire un progetto che orienti lo psicoterapeuta nell'affrontare la necessaria bipolarità e ambiguità caratteristica della psicoterapia analitica.

Secondo tale prospettiva, infatti, le caratteristiche del paziente possono assumere il carattere di resistenza al trattamento soltanto nel momento in cui il terapeuta non riesce a trovare il modo, da un lato di avvicinarsi a ciò di cui il paziente sente il bisogno nell'immediato e che si aspetta da lui, e, dall'altro, di portarlo gradualmente

a una messa in discussione del suo stile di vita. Perché il paziente accetti di entrare in relazione e si possa instaurare un'iniziale alleanza di lavoro è, infatti, importante che il terapeuta sia disposto a riconoscere e comprendere il punto di vista di chi ha in terapia, accettando in parte le sue spinte conservative e antiterapeutiche.

Questo deve avvenire nella consapevolezza di stare utilizzando un atteggiamento utile alla relazione, che deve tuttavia essere affiancato da atteggiamenti che spingono gradualmente il paziente ad acquisire maggiore consapevolezza degli errori nella strutturazione del suo stile di vita i quali, anche se nati con una finalità protettiva, non gli consentono di progredire acquisendo nuove abilità in direzione del sentimento sociale. Il compito, particolarmente delicato, richiede la messa in gioco della capacità creativa del terapeuta che, guidato dal suo sentimento sociale e dal monitoraggio della relazione col paziente, cerca di trovare gli atteggiamenti più giusti per consentire il progredire della terapia, pur conservando una relazione sufficientemente buona col paziente.

Già nella fase di restituzione, introduttiva rispetto alla proposta del terapeuta e al possibile accordo circa il contratto terapeutico, sarà utile che questo abbia in mente la necessità di trovare un compromesso tra ciò che vuole il paziente, in accordo con il suo stile di vita, e gli obiettivi formulati nel progetto terapeutico, esplicitando ciò che ritiene più utile in quel momento per instaurare una buona alleanza di lavoro.

In questa fase il terapeuta dovrà accettare di andare verso il paziente, tollerando una momentanea frustrazione delle sue ambizioni terapeutiche, la cui portata dipenderà molto dalle caratteristiche del paziente stesso, nei confronti del quale dovrà adattare il suo intervento.

IX. Dall'alleanza di lavoro all'alleanza terapeutica: il lavoro di mediatore del terapeuta nel corso della psicoterapia adleriana

Il lavoro del terapeuta di mediatore tra le tendenze del paziente a preservare il suo stile di vita e gli obiettivi di cambiamento e revisione di questo, contenuti nel progetto terapeutico, continua anche nelle successive fasi della psicoterapia. Infatti, anche se il paziente accetta il contratto terapeutico, la modifica di alcuni aspetti del suo stile di vita potrà avvenire soltanto in seguito a un lungo e faticoso lavoro, sia del terapeuta che del paziente stesso.

Nelle fasi iniziali della psicoterapia l'obiettivo del terapeuta è quello di promuovere il passaggio da un'alleanza di lavoro a quella che viene definita "Alleanza terapeutica". Questa rappresenta un primo obiettivo della psicoterapia ad orientamento adleriano, che viene raggiunto nel momento in cui il paziente si mostra disposto a rivedere alcuni aspetti del suo stile di vita all'interno del setting terapeutico e nell'affrontare i compiti vitali. Anche in questa fase un'attenzione al fenomeno della resistenza alla psicoterapia in chiave relazionale può essere d'aiuto al terapeuta.

Nella relazione col paziente vi saranno, infatti, momenti in cui le resistenze potranno intensificarsi e provocare una potenziale "rottura" dell'alleanza, ostacolando la maturazione di una vera e propria alleanza terapeutica. Rispetto a questa possibilità Gian Giacomo Rovera propone il concetto di "Alleanza negoziata", riferendosi alla "trattativa continua tra stile di vita del paziente e volontà del terapeuta, che può portare a fenomeni di rottura e riparazione dell'alleanza" (18, p. 38).

Questi momenti possono risultare particolarmente difficili, sia per il paziente che per il terapeuta stesso. Infatti, così come il paziente in certi momenti arriva ad accettare alcuni adattamenti, maturati grazie alla relazione e al lavoro col terapeuta, anche quest'ultimo dovrà monitorare il suo intervento, arrivando alle volte a modificarlo per il bene del paziente. Questi adattamenti risultano piuttosto delicati in quanto non hanno soltanto a che fare con una dimensione consapevole e a processi meramente cognitivi, ma riguardano in massima parte i vissuti emotivi, che inevitabilmente nascono ed evolvono con il proseguo e lo strutturarsi della relazione paziente-terapeuta.

Nel loro articolo sul "Transfert e controtransfert nel setting adleriano" Pier Luigi Paganì e Giuseppe Ferrigno evidenziano come, secondo la psicologia individuale, quello che in psicoanalisi è definito come contro-transfert riguardi in gran parte lo stile di vita dell'analista stesso che agisce nella relazione col paziente. Per questo il contro-transfert, inteso come un aspetto dello stile di vita dell'analista, sarà inevitabilmente influenzato dai suoi "nuclei patologici", mettendolo a confronto con "una vasta gamma di sentimenti, dall'amore all'odio, col proprio narcisismo, col proprio bisogno d'onnipotenza, con la propria inferiorità" (16, p. 34).

Quindi, in particolare nei momenti critici, in cui l'alleanza terapeutica è messa in discussione, la visione della resistenza alla psicoterapia come un fenomeno relazionale, può risultare utile perché il terapeuta sia più propenso a riflettere su ciò che sta accadendo tra lui il paziente. In questi momenti, infatti, può essere importante che il terapeuta cerchi di considerare, anche in base alle indicazioni del paziente, se alcuni aspetti del proprio stile di vita, nell'interazione con lo stile di vita di questo, stiano rappresentando un ostacolo rispetto al processo psicoterapeutico.

Tale lavoro può dimostrarsi particolarmente frustrante per lo psicoterapeuta, che soltanto grazie ad una capacità di lavorare su se stesso e mettersi in discussione, sviluppata in anni di formazione e training personali, potrà permettersi, dove necessario, di modulare alcuni aspetti di sé per il mantenimento della relazione col paziente.

Se da un lato il terapeuta si mostra disponibile ad alcuni adattamenti nei confronti del paziente, perché la terapia prosegua nella direzione di un'alleanza terapeutica, allo stesso tempo deve anche cercare di stimolarne il sentimento sociale.

Questo processo riguarda la necessità, in certe fasi e per quanto possibile, di fare accettare al paziente la possibilità di mettere a sua volta in discussione alcune sue ca-

ratteristiche e convinzioni, prendendo in considerazione anche la prospettiva dell'altro per il progredire della psicoterapia e il miglioramento della sua condizione.

Soltanto in questo modo sarà possibile una graduale revisione dello stile di vita del paziente che, nel corso della psicoterapia e grazie all'incoraggiamento e alla comprensione del terapeuta, potrà acquisire nuove capacità di affrontare i sentimenti di inferiorità, permettendosi di sperimentare modalità compensatorie più vicine al sentimento sociale e progredendo nella direzione di un maggiore benessere psicologico.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio Ubaldini Editore, Roma 1950.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Psicologia individuale: Prassi e Teoria*, Newton Compton Editori, Roma 2006.
3. ADLER, A. (1929), *Problems of Neurosis: A Book of Case-Histories*, Kegan Paul, Trench, Truebner e Co., London.
4. ALBARELLA, C., DONADIO, M. (1986), Introduzione al controtrasfert, in: ALBARELLA, C., DONADIO, M. (a cura di), *Il controtrasfert, saggi psicoanalitici*, Liguori Editore, Napoli 1986.
5. ANSBACHER, H., ANSBACHER, R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La psicologia individuale di Alfred Adler*, Psycho - Martinelli, Firenze 1997.
6. BIANCONI, A. (2010), Finzione e contro-atteggiamento, *Riv. Psicol. Individ.*, 68: 7 - 27.
7. DIZIONARIO DI MEDICINA TRECCANI, 2010, in: www.treccani.it/enciclopedia/resistenza.
8. FREUD, S. (1912), Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico, in ALBARELLA, C., DONADIO, M. (a cura di), *Il controtrasfert, saggi psicoanalitici*, Liguori Editore, Napoli 1986.
9. FREUD, S. (1915-17), *Vorlesungen zur einföhrung in die psychoanalyse*, tr. it. *Introduzione alla psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino 1978.
10. FREUD, S. (1925), *Hemmung, Symptom und Angst*, tr. it. *Inibizione, sintomo e angoscia*, in *Isteria e angoscia, il caso di Dora, inibizione sintomo e angoscia e altri scritti*, Bollati Boringhieri, Torino 1974.
11. FREUD, S. (1932), *Neue folge der vorlesungen zur einföhrung in die psychoanalyse*, tr. it. *Introduzione alla psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino 1978.

12. FULCHERI, M., ACCOMAZZO, R., Il progetto trasformativo nella psicoterapia analitica: confronto tra la psicologia individuale, la psicoanalisi e le altre principali psicoterapie dinamiche del profondo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 19: 74-78.
13. GABBARD, G. O. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, The DSM-4 Edition, tr. it. *Psichiatria psicodinamica*, Nuova edizione basata sul DSM-4, Freni, S., (a cura di), Raffaello Cortina, Milano 1995.
14. MUSATTI, C. (1977), *Trattato di psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.
15. PAGANI, P. L. (2001), L'utilità diagnostica delle notizie raccolte nel corso del "primo colloquio" e nelle sedute dedicate alla "costellazione familiare" e ai "primi ricordi d'infanzia", *Riv. Psicol. Indiv.*, 50: 5-26.
16. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel "setting" adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-41.
17. REICH, W. (1933), *Charakter analyse*, tr. it. *Analisi del carattere*, SugarCo. edizioni, Milano, 1973.
18. ROVERA, G. G. (2015), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-85.

Flavio Casolari
Via Leopardi 10
41043 Formigine (MO)
E-mail: flavio.casolari8@gmail.com