

Transfert e controtransfert nel “setting” adleriano

PIER LUIGI PAGANI, GIUSEPPE FERRIGNO

Summary – TRANSFERENCE AND COUNTERTRANSFERENCE IN THE ADLERIAN SETTING. Adler never deepened the concepts of Transference and Countertransference in his works. Today we often meet these concepts in the individual-psychological language and these words have a wider meaning of relation than the driving model of Psychoanalysis. The Individual Psychology considers both Transference and Countertransference as intense expressions of life style determined by the emotiveness bursting out during the therapeutic situation. The analytical experience is an encounter and a clash between two life styles, the patient's one and the analyst's one, and their affective and emotional dynamics in the *hic et nunc* of the setting weave a new and original “story” which follows an unique and unrepeatable itinerary, orientated towards an aim, during which the couple evolves. The analyst, by the encouragement process, tries “to share” the private logic of the patient who “corrupts” the private logic of the analyst in a game of “reciprocal contamination”. With the interactive game of the “as if”, the patient teaches the analyst to consider him and to understand him as he is and he obliges the analyst to suffer his own deficit of Self and his own wounds. The prepared and courageous analyst, who has dismantled the “reinforced fiction” of the need of continuous narcissistic gratification towards the professional self-representation, can afford himself the risky adventure to plunge in a dual relation which involves inevitable dynamics of Transference and Countertransference.

Keywords: TRANSFERENCE, COUNTERTRANSFERENCE, INDIVIDUALPSYCHOLOGY

I. *Transfert e controtransfert*

Sigmund Freud considera originariamente il *transfert* come un ostacolo al processo terapeutico e solo in un secondo tempo giunge alla concezione opposta secondo cui tutte le battaglie nel processo di guarigione sono combattute proprio sul terreno del *transfert*, pur continuando per il resto della propria vita a ritenere il *controtransfert* come un pericolo, un evento indesiderabile sempre da controllare o, meglio, da eliminare, in quanto segno di un rapporto analitico erroneamente gestito da parte del terapeuta, le cui risposte emotive rappresenterebbero sempre il sintomo di personali conflitti infantili irrisolti, che richiedono il ricorso a un'ulteriore analisi personale.

Di conseguenza, lo psicoterapeuta del modello classico pulsionale che tende a *controtrasferire* sul paziente atteggiamenti, problematiche e stati affettivi del

proprio passato, stimolato sia a livello conscio che inconscio dalla situazione emotiva che si crea nel *setting*, può indurre serie complicazioni iatrogene alla terapia, il cui successo dipenderebbe, invece, dalla sua capacità di mantenere sempre un atteggiamento di neutrale passività e di astinenza, offrendosi solo come specchio, come vuota superficie riflettente, mai partecipante, sulla quale il paziente abbia la possibilità di proiettare i personali *transfert* nevrotici, spinti all'acme dalla cosiddetta *nevrosi di transfert*.

L'apparato psichico, concepito come un campo magnetico che irradia energia, costringerebbe, allora, l'analista a spostarsi il più possibile all'estrema periferia dell'area, proprio per non esporsi al gioco interattivo con il paziente e per limitare la propria partecipazione a scarni commenti di tipo *interpretativo* che, nel promuovere processi di comprensione, non si inseriscono *mai in una sfera empatica*. Si può parlare, conseguentemente, di "psicologia della singola persona" e il *transfert* rappresenterebbe un evento di natura solipsistica, impossibilitato a evolvere gradualmente verso forme interattive, dal momento che a ogni passo di avvicinamento del paziente, l'analista opporrebbe regolari movimenti all'indietro per assicurarsi una "distanza" capace di impedire qualsiasi tipo di contagio.

Il *transfert*, inteso in senso stretto e classico, secondo l'ottica psicoanalitica ortodossa prevede, inoltre, che il paziente debba coattivamente rimettere in scena nel *setting* il proprio teatro interno proiettando inconsciamente sull'analista, nell'*hic et nunc* della seduta analitica, stati d'animo o desideri del passato, di natura soprattutto libidica, originariamente vissuti nei confronti di personaggi fondamentali del proprio mondo infantile. In ogni caso, il *transfert* precederebbe sempre il *controtransfert* [25].

Alfred Adler, spinto sicuramente dal risoluto bisogno di prendere le distanze dalla teoria pulsionale e di differenziarsi, di conseguenza, dalla terminologia freudiana, ha usato solo occasionalmente il termine *transfert* e mai quello di *controtransfert* e, pur avendo affrontato l'argomento a più riprese in molti suoi scritti, non lo ha mai approfondito e non ci ha, quindi, trasmesso una sua teorizzazione sistematica sull'argomento.

II. La coppia analitica fra esperienza emotiva di cambiamento e interpretazione

All'interno dell'Individualpsicologia si sta sempre più delineando, soprattutto in questi ultimi anni, un'evoluzione significativa, che contrappone a un *transfert* e a un *controtransfert* concepiti in senso classico e soggettivistico, e quindi come momenti conflittuali e nevrotici, una visione dell'asse *transferale/controtransferale* intesa in un'accezione relazionale molto più estesa rispetto al mo-

dello psicoanalitico, prendendo spunto proprio da alcuni nuclei teorici adleriani, molto stimolanti rimasti, purtroppo, sempre allo stato embrionale.

Alfred Adler già nel 1912, infatti, insiste nel sottolineare come il processo terapeutico finisca per coinvolgere inevitabilmente "due persone" in un percorso emotivo comune: «Durante il trattamento psicoterapeutico, il medico deve badare di non diventare lui stesso vittima della cieca tendenza che il paziente ha a svalutare, a umiliare tutto ciò con cui entra in contatto, a render vani gli sforzi degli altri, a far cader un sospetto sulle loro intenzioni. Il paziente vi riesce con i suoi mezzi ordinari, solamente accentuando, rinforzando certi sintomi, facendone sorgere certi altri, creando situazioni tese, rapporti amorosi o amichevoli, ma perseguendo sempre l'intenzione dettatagli dal suo scopo nevrotico, cioè dalla protesta virile: l'intenzione di sottomettere il medico al suo dominio, di umiliarlo, di imporgli una "parte femminile", di distruggere la sua autorità. Gli artifici tattici o pedagogici ai quali si è costretti a ricorrere per rendere meno efficace questa lotta contro il medico, per far comprendere all'ammalato il suo vero significato, e per aprirgli gli occhi sul carattere nevrotico della sua condotta in tutte le circostanze della vita, questi artifici, ripeto, hanno una parte di prim'ordine nel trattamento e costituiscono il principale strumento della guarigione» (1, pp. 151-152).

In un passo successivo, introducendo il concetto di *sentimento sociale* dell'analista e, quindi, di *controtransfert* incoraggiante, Adler scrive: «Non bisogna esitare a interpretare le manifestazioni del dubbio, della critica, le dimenticanze, i ritardi, le esigenze di qualsiasi genere, che il paziente formula, l'aggravarsi che segue il miglioramento, il silenzio ostinato, e la tendenza a compiacersi dei propri sintomi, come mezzi efficaci dei quali l'ammalato si serve per deprezzare tutto il mondo, ivi compreso il medico. [...] Devo aggiungere che, per essere al sicuro da ogni sorpresa, il medico deve avere una vasta esperienza delle manifestazioni della tendenza a deprezzare, ed essere profondamente familiare con questa; solo procedendo con molto tatto, rinunciando ai vantaggi che la sua autorità gli conferisce, facendo prova d'una amicizia immutabile, testimoniando un vivo interesse e un sentimento ragionato per un malato sempre pronto alla lotta, ma che ciò non pertanto non va considerato come un avversario, il medico si può situare nelle condizioni eminentemente favorevoli al successo del trattamento» (*Ibid.*, p. 195).

La terapia di linea adleriana, per i motivi esposti con tanta chiarezza dallo stesso Adler, non può essere intesa come una semplice esperienza intellettuale, a setticamente assimilabile a un intervento di tipo chirurgico. Essa costituisce nella sua essenza un evento "ontologico" di natura *duale* che incide in profondità nel vissuto esistenziale sia del terapeuta che del paziente: la "comprensione" non rappresenta, come avviene nel modello energetico freudiano, il mo-

mento risolutore in grado di promuovere l'*insight*, e quindi il “cambiamento ristrutturante” lo stile di vita del paziente, perché è proprio la nuova “esperienza emotiva, compartecipe e incoraggiante”, offerta fin dal primo colloquio dall'analista adleriano, a creare un'atmosfera relazionale di sostegno e di contenimento empatico tale da rendere possibile l'accesso “progressivo e successivo” alla fase dell'*interpretazione*, della *comprensione* e, quindi, del *cambiamento*.

III. *Il sentimento sociale dell'analista e la resistenza del paziente*

L'intero percorso analitico individualpsicologico segue un itinerario specifico che ha come base di partenza il processo d'incoraggiamento empatico e, quindi, il sentimento sociale del terapeuta, che filtra tutte le piccole e grandi scaramucce finzionali dei “come se”, che possono divampare di volta in volta nel *setting* con la possibilità di stemperarsi solo a condizione di un'alleanza terapeutica accertamente “precostruita” e tale da rendere paziente e analista i protagonisti di una *coppia creativa* teleologicamente orientata. «La funzione del medico o dello psicologo è quella di mettere il paziente nella condizione di vivere un'esperienza di amicizia, di fare in modo che possa trasferire sugli altri il suo risvegliato sentimento sociale. Questo è un compito simile a quello della madre che si colloca, appunto, tra la società e il bambino» (5, p. 379).

«La tendenza a deprezzare, che non manca mai, permette al medico – sottolinea Adler ne *Il temperamento nervoso* – di dare all'ammalato la possibilità di vedere la sua propria situazione; ed è sempre essa che determina quel fenomeno al quale Freud ha dato il nome di “resistenza”, considerandolo a torto come la conseguenza della repressione di impulsi sessuali. È con questa tendenza che l'ammalato si presenta dal medico ed è sempre essa, considerevolmente indebolita, che egli riporta a casa (come del resto anche l'uomo “normale”) dopo la fine del trattamento» (1, p. 194). L'analista rappresenta per il paziente *l'altro da sé* e, quindi, la *logica comune del mondo*, a cui egli *contrappone la propria belligerante logica* privata, interponendo così fra sé e il terapeuta una “fittizia distanza”, autocostruita difensivamente per salvaguardare il proprio valore personale. La *psiche*, infatti, nella sua incessante produzione di movimento, elabora meccanismi di attacco e di difesa, capaci di esprimere in diversi modi la *resistenza* al trattamento, che può manifestarsi anche quando il soggetto considera, a livello di coscienza, l'analisi come l'unica, estrema possibilità per vincere o almeno per alleviare la propria sofferenza [17].

Il paziente, infatti, fa di tutto «per far cambiare i ruoli, dare degli ordini durante la cura, sedersi – nel senso proprio e figurato del termine – al posto del medico, essergli superiore» (2, p. 147). L'analisi adleriana deve, però, articolarsi – raccomanda Parenti – «creativamente sulla collaborazione solidale dei due prota-

gonisti, su tempi di sviluppo non rapidi ma già arricchiti dalla reciproca comprensione, su possibili sofferenze e resistenze rese però meno temibili dalla garanzia di una compartecipazione emotiva dell’operatore» (22, p. 99).

Un percorso terapeutico individualpsicologico, che «intraprende un cammino verso un nuovo “senso della vita”, verso una nuova modalità di concepire se stesso e di rapportarsi al mondo» (*Ibid.*, p. 100), prevede, inoltre, secondariamente alla capacità di creare un’atmosfera comunicativa incoraggiante all’interno del setting, lo smantellamento di quelle *finzioni rafforzate* “maligne” che, edificate sul versante inutile a compenso di una situazione minacciosa infantile, hanno finito per cristallizzare il *piano di vita* autocostruito automatizzando lo *stile di vita* del soggetto. «Il terapeuta deve costantemente ricercare ed interpretare questi accomodamenti, finché il malato, scosso nella sua struttura errata, vi rinunci, generalmente per rimpiazzarli con altri ancora più sottili. Non è possibile predire la durata di queste schermaglie. Alla fine il malato rinuncia ai suoi accomodamenti, e questo tanto più facilmente se nei suoi rapporti col medico non dovrà temere il sentimento d’insuccesso che può risultare dalla sua rinuncia» (*Ibid.*, p. 75). Una psicoterapia di linea adleriana, nel corso di un itinerario di viaggio, comune a entrambi i compagni di strada, implica, per questi motivi, nell’analista l’attitudine a un infinito, polimorfo, flessibile e individualizzato gioco dialettico fra “offerta emotiva riparativa” e “sostegno interpretativo” [25].

Il *setting analitico*, inteso come lo scenario, il luogo, il tempo e le condizioni “climatiche” che attivano il processo psicoterapeutico, è considerato dal modello teorico psicoanalitico come esclusivo spazio protesico del paziente, funzionale alla messa in scena dei suoi fantasmi interni, dei suoi sogni, della sua patologia, con la minimizzazione dell’inevitabile coinvolgimento affettivo dell’analista stesso, il cui *controtransfert* verrebbe interpretato, nell’ambito del paradigma pulsione-difesa, esclusivamente come risposta emotiva *a posteriori*, sempre da evitare, al *transfert*.

Se, rifacendoci alla nostra esperienza clinica, pensiamo alle lotte con i nostri sentimenti oltre che con quelli del paziente, dobbiamo convenire che, nella prassi quotidiana, l’analista neutralmente impassibile è un “mito”. La presunta “neutralità analitica” del terapeuta rappresenta, invece, a nostro avviso, un atteggiamento artificioso e, nel caso si verifici, finirebbe con il costituire un ostacolo catastrofico per l’alleanza terapeutica.

«Dato che il medico – dice ancora Adler in *Prassi e teoria della Psicologia Individuale* – si oppone alla tendenza nevrotica del malato, i suoi sforzi terapeutici saranno sentiti come una barriera che impedisce al soggetto di perseguire il suo ideale di grandezza con il mascheramento della sua nevrosi. Ecco perché ogni malato si sforzerà di disprezzare il medico, di privarlo della sua influenza,

di nascondergli la verità, e non trascurerà di trovare dei mezzi per attaccare il suo terapeuta. La stessa ostilità che nella vita avvelena i rapporti sociali del nevrotico, si ritrova nelle sue relazioni con il medico, ma sotto una forma più nascosta. Bisogna ricercarla con cura, perché in ogni terapia ben condotta essa tradisce la tendenza del malato a raggiungere la superiorità grazie alla sua nevrosi. Con il progredire del trattamento, ed in caso di miglioramento – perché se il caso resta stazionario persiste generalmente un buon rapporto amichevole, ma gli accessi continuano – i tentativi del malato di compromettere il processo terapeutico si intensificano. Il malato non rispetta più l'ora dell'incontro con il medico od invoca pretesti per non venire più. A volte appare un'animosità manifesta, che non può scomparire senza una presa di coscienza da parte del malato delle sue tendenze ostili. D'altronde è così per tutte le sue manifestazioni di resistenza» (2, p. 77).

Adler, in un passo successivo, si distanzia con molta fermezza dalle posizioni pulsionali freudiane: «L'atteggiamento sprezzante del malato di fronte al suo prossimo, spesso camuffato da una sottomissione apparente, dall'obbedienza, dall'amore o dai sentimenti d'inferiorità, ma sempre sterile e che diminuisce l'ambiente, si manifesta evidentemente anche di fronte al medico. Quest'ultimo trova in questo fatto un'occasione per studiare e per comprendere, basandosi su questi sintomi, la personalità del suo paziente, per privarlo di ogni punto di attacco, e per ricondurre alla coscienza e alla comprensione del malato tutte quelle manifestazioni dinamiche, al fine di indurlo a una maggiore cooperazione. Anche qui ci troviamo di fronte a [...] una resistenza nei confronti del trattamento. Freud ha indicato più volte che l'analisi deve tener conto di questi fenomeni di resistenza, che sono spesso legati al transfert. [...] Secondo me, le relazioni psichiche chiamate in causa [...] sono completamente differenti da quelle invocate da Freud» (*Ibid.*, p. 163).

Il paziente che entra nella stanza d'analisi solitamente ha lasciato «senza soluzione i suoi problemi professionali, erotici e sociali, ai quali risponde con i suoi sintomi ed i suoi argomenti, [...] tenta sempre di interporre una "distanza" tra lui stesso e l'atto previsto o la decisione da prendere» (*Ibid.*, pp. 119-123), ponendosi inevitabilmente in una posizione di lotta "resistente" nei confronti della richiesta, implicitamente insita nel rapporto di tipo collaborativo offerto dall'analista adleriano, di "ridurre la distanza": il terapeuta, in quanto *altro da Sé*, obbliga, infatti, fin dal primo colloquio la *logica privata* del paziente a venire a patti con la *logica comune*.

«Come regola generale, ci si deve aspettare le resistenze in ciascun paziente. In ogni caso, ogni paziente resiste a cambiare il suo stile di vita, i suoi modi di operare, giacché li ha costruiti precisamente perché gli sembravano gli unici metodi con cui avrebbe potuto sperare di far fronte alla vita e di evitare la ro-

vina totale del suo prestigio della sua immagine di sé, prospettiva questa che lo riempie di una paura mortale. Egli è sicuro di poter raggiungere l'importanza soltanto con l'impiego delle sue vecchie strutture ben imparate, e che sarebbe “nulla”, irrevocabilmente indegno, se dovesse rinunciarvi. Egli viene all'analisi solo perché il prezzo che paga per mantenere i suoi sintomi, che sono diventati una parte essenziale del suo stile di vita, è troppo alto, e spera che tramite l'analisi sarà in grado di ridurli oppure di abolire il tormento che soffre senza però dover cambiare. Un cambiamento del suo intero atteggiamento verso la vita infatti è ben lungi dalla sua mente. [...] Durante l'intero corso dell'analisi, un paziente, sveglio o dormiente, trama su come mantenere il suo sistema nevrotico, nonostante le prove schiaccianti – da lui accettate solo in apparenza – che egli crea i propri sintomi, e che essi e il suo stile di vita costituiscano una autosconfitta, che sono insostenibili e che non realizzano la meta per cui erano originariamente destinati. Una diminuzione nella resistenza può determinarsi soltanto quando un paziente sviluppa un contatto con le altre persone su una base più amichevole ed eguale, accrescendo così la fiducia e l'autostima» (4, pp. 348-349).

IV. *Il controtransfert che precede il transfert: il processo d'incoraggiamento*

Verso la fine degli anni quaranta, iniziarono a proliferare nuove e più sofisticate concezioni sul *controtransfert*, forse in relazione al fatto che gli analisti cominciavano a trattare sempre più frequentemente pazienti gravi. L'articolo di Winnicott dal titolo “L'odio nel controtransfert” [27] contribuì ad accendere il dibattito, che in alcune circostanze assunse toni di grande confusione, alimentata dalla tendenza di alcuni autori a trattare le problematiche del *controtransfert* e dell'*empatia* senza mostrare alcuna preoccupazione nel mettere insieme e indistintamente temi, appartenenti a sfere concettuali completamente diverse. L'*empatia*, infatti, è la capacità di interagire con *l'altro da sé guardando con i suoi occhi, ascoltando con le sue orecchie e vibrando con il suo cuore, sotto la spinta del sentimento sociale*; il *controtransfert* rappresenta, invece, la manifestazione dei bisogni e, quindi, dello stile di vita dell'analista, allo stesso modo in cui il *transfert* esprime i bisogni e, di conseguenza, lo stile di vita del paziente, il tutto risvegliato dall'emotività che si sprigiona nella situazione analitica.

Il *setting individualpsicologico*, costruito in un'ottica interpersonale, non rappresenta più lo spazio protesico del paziente nell'ambito della “psicologia della singola persona”, ma il luogo di incontro e di confronto, al cui interno si sviluppa il *gioco interattivo* della *coppia analitica* con i suoi circuiti elaborativi e creativo/ricreativi nell'intimo di una “psicologia in cui sono coinvolte due persone”. In ogni caso, nonostante si stia affermando sempre di più la nuova ten-

denza a non considerare il trattamento analitico come un'esperienza unilaterale soggettivistica, da molte parti continua a proliferare la propensione a interpretare il *controtransfert* come la risposta a *posteriori* sia di natura idiosincrasica, normale o patologica, sia di natura omogeneamente oggettiva e, quindi, appropriata alle proiezioni transferali del paziente. In questo senso si sente spesso parlare di *controtransfert* "concomitante", resistente alle proiezioni transferali che l'analista non riesce ad accogliere come proprie, e di *controtransfert* "concordante", empaticamente identificatorio con il vissuto emotivo del paziente.

Tale posizione, però, finisce per limitare il significato stesso di *controtransfert*, le cui dinamiche non dipendono soltanto da ciò che il paziente proietta sull'analista, ma anche dall'interazione tra tali proiezioni, lo *stile di vita* e i nuclei "patologici" dell'analista stesso, il quale deve, pertanto, confrontarsi con una vasta gamma di sentimenti, dall'amore all'odio, col proprio narcisismo, col proprio bisogno d'onnipotenza, con la propria inferiorità e, quindi, con tutti i problemi legati a un'eccessiva idealizzazione o a un'eccessiva svalutazione da parte del paziente.

Le dinamiche controtransferali, idiosincrasiche o omogenee, rispecchiano sempre, e in ogni caso, lo *stile di vita* dell'analista. Esse sono onnipresenti e, per la maggior parte, inconse, per cui è necessaria la capacità di una continua autosservazione da parte del terapeuta, le cui reazioni controtransferali possono essere dannose se rappresentano la conseguenza della sua psicopatologia. L'esperienza analitica non implica, secondo la Psicologia Individuale, un vissuto *transferale solipsistico* a senso unico che precede e genera un *controtransfert*, ma un incontro-scontro, costante e sempre in via di sviluppo, fra due *stili di vita*, quello del paziente e quello dell'analista, le cui dinamiche affettivo-emotive tessono e intrecciano una nuova e originale "storia a due" che segue un itinerario unico e irripetibile, finalisticamente orientato, nel cui corso la *coppia creativa*, in costante movimento, si evolve. La diade analista-paziente nel rapporto terapeutico richiama facilmente la diade originaria madre-bambino: l'attività interpretativa e l'offerta emotiva compartecipa all'interno dell'ambiente di sostegno sono confrontabili, infatti, con l'esperienza nutritiva infantile i cui massimi benefici si traggono a condizione che essa si svolga in un ambiente calmo, amorevole, tranquillizzante.

La stessa strutturazione del *setting* (spazio, tempo, orari, frequenza delle sedute, regole, onorario, attenzione fluttuante, atteggiamento terapeutico calmo, non giudicante, empatico, incoraggiante) è finalizzata alla creazione d'un *ambiente di sostegno* tale da facilitare e consentire l'integrazione delle interpretazioni e da salvaguardare il rapporto analitico anche nei momenti più burrascosi, frequenti soprattutto nel corso del trattamento di pazienti che presentano gravi patologie.

L'incontro analitico può essere inteso come un pretesto, un *evento finzionale a due* costruito per raccontare e raccontarsi la propria trama individuale, il proprio “mito” personale, per porsi in rispettoso ascolto del proprio Sé e nello stesso tempo di quello altrui, con movimenti di avvicinamento sempre più arditi verso le parti più oscure, umbratili, *inferiores*, che sappiamo ma non comprendiamo, di cui ci vergogniamo, che tendiamo a scotomizzare, a negare, a scindere per paura di rimanerne soffocati. È attraverso la costruzione graduale di questo incontro di natura duale che il paziente acquisisce gradatamente l'audacia necessaria a incamminarsi nel terreno arduo e impervio dei propri *limiti*.

Ciò che gli adleriani definiscono “processo d'incoraggiamento” empatico, basato sul “capire e farsi capire” [9, 11], costituisce un'offerta *controtransferale* dialettica “primaria”, che consente al paziente di esprimere in piena libertà il proprio *stile di vita* con la garanzia di essere *contenuto e capito*. Un ambiente di sostegno efficace deve essere in grado, nei momenti più difficili, di sedare il paziente e di rendere la sua disgregazione interiore sopportabile e tale da essere inserita in un contesto analitico interpretativo. L'offerta adleriana di *controtransfert incoraggiante*, in questo senso, precede sempre il *transfert* e non rappresenta, tutte le volte e comunque, una creazione *a posteriori* del *transfert*.

V. Il *transfert* e il *controtransfert*: espressioni dello *stile di vita*

La *coppia analitica* costruisce gradatamente un “sovracodice” comunicativo-interattivo, verbale e non verbale, che comprende una *simbologia finzionale*, progressivamente negoziata da entrambe le parti e condivisa all'interno dell'area d'incontro. L'alleanza terapeutica matura gradualmente verso modalità comunicative sempre più evolute: l'analista, attraverso il processo d'incoraggiamento empatico, basato sul *capire e farsi capire* (dal latino *capĕre=capire, comprendere, prendere, contenere, invadere*), prova gradatamente a “condividere” l'impenetrabile logica privata del paziente, che a sua volta “corrompe”, in un gioco reciproco di “penetranza”, di “contaminazione” e di “seduzione” (dal latino *seducĕre=condurre con sé nei propri territori*), la *logica privata* dell'analista. Si sviluppa, così, un *rapporto duale*, dinamicamente *creativo* e non *endopsichico*, come si teorizza nella psicoanalisi classica, che consente al paziente di vivere nel *setting* un'“esperienza emotiva nuova, correttiva” delle ferite originarie, che rende possibile un concomitante “intervento interpretativo” in grado di smantellare le “finzioni rafforzate” e di ridefinire progressivamente i confini di un rigenerato Sé-Stile di vita.

Secondo la teoria pulsionale «L'essenza del *transfert* può essere facilmente descritta come un caso d'innamoramento per l'analista [...]. L'analista diviene oggetto d'amore, ammirazione, dipendenza, violenta gelosia. [...] Il *transfert* è fat-

tore che causa la malattia professionale degli analisti, vale a dire la conferma del loro narcisismo, frutto dell'affezionata ammirazione dei loro analizzandi, indipendentemente da quanto ne siano degni» (13, p. 61). Secondo L'Individualpsicologia il «transfert amoroso nei riguardi del medico [...] – scrive Adler in *Prassi e teoria della Psicologia Individuale* – è falso e [...] si deve considerare come una caricatura non come “libido”. Non è in realtà un vero “transfert”, ma semplicemente un atteggiamento ed un'abitudine che risalgono all'infanzia. Quest'intervento ha il suo punto di partenza nei rapporti malato-terapeuta, che riflettono tutte le fasi dell'atteggiamento sociale del malato» (2, p. 141). In ogni caso, il terapeuta, similmente all'educatore, «dovrà battersi con tutti questi tratti di carattere, non in una situazione di “transfert”» (*Ibid.*, p. 147), così come è inteso nella prospettiva psicoanalitica, in quanto *tutti questi tratti sono già presenti nell'esame sociale e riassumono anche tutte le forze e tutte le tendenze del malato, in sintesi il suo stile di vita*. «Per quanto riguarda il transfert, è evidente che un paziente non può affatto avere con l'analista un rapporto in qualche modo diverso da quello che ha, e che ha avuto, con tutti gli altri individui della sua vita» (4, p. 349).

Nelle schermaglie che inevitabilmente tendono a svilupparsi nel *setting* la “personalità” e lo “stile di vita” dell'analista, che accetta di entrare pienamente nel gioco finzionale dialettico-trasformativo dei “come se” dell'analizzando, rappresentano, in ogni caso, il principale “strumento di lavoro e di cura”.

VI. *Il controtransfert come strumento di lavoro e di cura*

Il *controtransfert*, in questo senso, diventa il contrappunto *indispensabile* per la comprensione degli accadimenti emotivi che fioriscono all'interno della coppia terapeutica [15]. La particella *contre* non sempre, in francese, indica opposizione e ostilità, ma anche il suo esatto contrario: contatto o vicinanza. Vorrei che tu fossi tutta contro me (*tout contre*), dice al telefono l'innamorato all'amata [6]. Il sentimento sociale, il *Gemeinschaftsgefühl*, che impregna il processo d'incoraggiamento analitico, fa sì che attraverso l'“empatia identificatoria” possiamo pensare e sentire noi stessi, seppure in “maniera attenuata”, nella vita interiore di un'altra persona, mettendoci nei suoi panni e provando ciò che egli prova: vedendo con i suoi occhi, ascoltando con le sue orecchie e vibrando con il suo cuore. In questa misura attutita risiede per noi la possibilità di *capire* (sempre nel senso latino di *contenere, invadere*) e di accedere al violento e caotico mondo emozionale dei pazienti che presentano soprattutto patologie di tipo psicotico. Terapeuta/paziente, contenitore/contenuto, diventano i poli di una relazione, che si sviluppa attraverso la messa in scena dei multiformi giochi “come se” delle reciproche finzioni difensive basate sulla scissione e sulla identificazione proiettiva.

Alfred Adler con estrema acutezza già nel 1912 parla dei meccanismi difensivi della *scissione*, anche in connessione con altri meccanismi di difesa finzionali di tipo proiettivo e introiettivo, quando sottolinea le caratteristiche della finzione, «con la sua tendenza estremamente pronunciata a stilizzare tanto i fatti della vita interiore quanto le persone dell’ambiente circostante. Certo questa stilizzazione è possibile soltanto a condizione che la finzione, con la sua tendenza all’astrazione, crei una separazione sufficiente fra fenomeni che non hanno uno stretto rapporto l’uno con l’altro. E il desiderio d’orientamento e la tendenza alla sicurezza [... esercitano una pressione così notevole] da esigere una dissociazione dell’unità, della categoria, dell’unità dell’Io in due o più frammenti opposti» (1, p. 47).

Nelle strutture di personalità borderline o comunque disturbate, già descritte da lui sia ne *Il temperamento nervoso* sia in *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, gli stati maniacali tipici del Sé grandioso sono senz’altro collegati a una difesa scissionale [9]. Adler, a proposito di atteggiamenti apparentemente contraddittori, che possono far pensare a una doppia vita, a una dissociazione, parla di *autoinganno*, di menzogna vitale, che costruisce un falso “Sé alto”, apparentemente e completamente scisso rispetto al “Sé basso”, con cui, invece, formerebbe un tutto unitario indivisibile. Nello stesso tempo, quando, riferendosi alla relazione terapeutica, egli mette in rilievo la disposizione stabilmente “polemica” del paziente e paragona il *setting* a un vero e proprio campo di battaglia, sembra riferirsi alle continue scaramucce interattive, che a volte Adler stesso confessa di risvegliare, con possibili scambi di ruoli “come se”, verificabili lungo l’asse *transferale/controtransferale*.

Come l’analista può utilizzare manipolatoriamente il *controtransfert* incoraggiante assegnando al paziente un ruolo transferale complementare, allo stesso modo il paziente cerca costantemente di far entrare con prepotenza l’analista nel proprio mondo interno. In particolare i pazienti affetti da gravi patologie del Sé mettono a dura prova la capacità del terapeuta di tollerare esperienze proiettive e fusionali di frustrazione, di noia, di angoscia, di disperazione, di confusione, d’impotenza, di vuoto, di disgregazione, che se ben padroneggiate, comprese e interpretate sul piano delle *reazioni controtransferali* si possono trasformare in un importante strumento metodologico di diagnosi e di lettura dello *stile di vita* del paziente, capace di generare *insight*.

VII. *L’analista come apparato ricevente*

L’analista può giungere alla comprensione della gravità della patologia e del disagio vissuto dal paziente, se accetta, in quanto “contenitore”, di assolvere alla funzione di delicato *recettore* [6]: il paziente attraverso il gioco interattivo dei “come se”, infatti, “insegna” all’analista a “comprenderlo” empaticamente così

come è, obbligandolo a soffrire, almeno temporaneamente, del suo stesso *deficit* del Sé e delle sue stesse ferite.

Può avvenire, talora, che il soggetto, attraverso uno scambio finzionale dei “come se”, attribuisca proiettivamente al terapeuta il vissuto della propria insufficienza e che l’analista, rispondendo alla pressione interpersonale esercitata su di lui, inizi inconsciamente a sentirsi e a comportarsi conformemente a quella “rappresentazione”, avvertendo, conseguentemente, un vissuto di inadeguatezza professionale. L’analista, in quanto *recettore*, dopo aver registrato silenziosamente il proprio disturbo emotivo, deve, però, essere in grado di valutare quanto questo stato dipenda dalle proiezioni del paziente oppure da problematiche idiosincrasiche personali. Nel giro di pochi secondi, il professionista consapevole giunge, così, alla comprensione del disagio del suo paziente, se si offre come disponibile “apparato ricevente”[6]. Le *finzioni rafforzate* proiettate, se sono riconosciute come estranee e non appartenenti al proprio stile di vita, possono essere “processate psicologicamente”, interpretate, modificate e, in seguito, restituite all’analizzando, ormai purificate e smantellate. Nel caso contrario, esse rischiano, invece, di rimanere strozzate nella gola del paziente.

La capacità del buon terapeuta di mantenere un punto d’appoggio nella propria realtà, pur lasciandosi trascinare nel caotico mondo interiore dell’analizzando, rappresenta il fattore principale per un sostegno incoraggiante, in quanto facilita l’integrazione delle interpretazioni e salvaguarda il rapporto analitico nel trattamento di quei pazienti che minacciano seriamente la stabilità del *setting*. Questa capacità si acquisisce solo attraverso un’adeguata analisi personale seguita da un’analisi didattica e da una supervisione ben condotte.

Il soggetto in cura confronta la propria condizione, posta così in “basso”, con quella dell’analista, tanto ricco del suo sapere e delle sue realizzazioni. Il narcisismo del paziente e il narcisismo del terapeuta sono messi, in questo modo, a dura prova proprio nell’area d’incontro analitico attraverso una ricorsiva e infinita oscillazione fra vissuti d’impotenza e vissuti di onnipotenza, di “basso” e di “alto”, di “femminile” e di “maschile”, connessi con i fenomeni di illusione e di disillusione finzionali, tipici del pensiero antitetico che è espressione dell’ermafroditismo psichico di ogni individuo, e quindi anche dell’analista. La nevrosi e la psicosi sono una costruzione illusionale capace di dare un senso di onnipotenza ai pazienti, che pur di continuare a restare nell’*autoinganno* si oppongono con tutte le loro forze attraverso una feroce *resistenza* a ogni cambiamento, vanificando ogni sforzo terapeutico e suscitando, quindi, sentimenti di *impotenza* nell’analista.

Ma anche l’analista può inconsciamente servirsi del paziente per propri fini narcisistici e, sedotto dalle idealizzazioni di chi mette il proprio destino nelle sue

mani, può crogiolarsi in un'illusoria situazione di *potenza* destinata ben presto a trasformarsi in catastrofici sentimenti d'*impotenza*, quando l'*idealizzazione* di sé precipiterà inevitabilmente nella più totale *svalutazione*.

Allo stesso modo, può succedere che l'analista, spinto dal legittimo *bisogno di sentirsi gratificato* dai progressi del paziente e di essere da lui riconosciuto come dispensatore di benessere, si prefigga, in una smania di onnipotenza, di smantellare prematuramente le sue difese nevrotiche o, ancor peggio, quelle psicotiche, per lo più immodificabili, aspirando a impossibili palingenesi senza rispettare tempi, ritmi e bisogni del soggetto, che spesso necessita semplicemente di un viandante, di un buon compagno di viaggio. Il *setting*, in realtà, è un luogo magico e impegnativo da attraversare con qualcuno che stia momentaneamente accanto: l'analista come uno *sherpa* [18], come compagno di strada empaticamente presente, sincero e non intrusivo, accompagna il paziente nel cammino che lo porterà a incontrarsi con la realtà fittizia del proprio immaginario.

Inoltre, «il "contagio distruttivo" nel *setting* con gli psicotici, quando non sia denegato, può indurre disperazione e scoraggiamento nel terapeuta. [...] Soprattutto è contagiosa per il paziente la disperazione del terapeuta» (8, pp. 53-54). Il riconoscimento e, soprattutto, l'accettazione del proprio vissuto controtransferale d'"impotenza" deve spingere, quindi, un esperto analista a strutturare un intervento integrato, al cui interno i vari componenti dell'*équipe* formino, attraverso un progetto terapeutico articolato, una sorta di "rete protettiva" che *contenga* sul piano controtransferale il sentimento di minaccia del paziente, lo scoraggiamento della famiglia e la prevedibile disperazione iatrogena del terapeuta stesso, alimentata dall'angoscia arcaica del paziente.

VIII. *L'analista adleriano è soprattutto un artista*

Nonostante le reazioni controtransferali abbiano un carattere ubiquitario, tuttavia, la maggior parte delle relazioni, degli articoli e delle descrizioni dei casi clinici contengono abbondante materiale relativo solo al *transfert*, senza che noi analisti osiamo né rivelare i nostri sentimenti, affrontando in questo modo i temi del nostro *controtransfert*, né manifestare quanto, all'interno del *setting*, sia stato fatto o detto o interpretato e in che modo, per timore di essere giudicati, criticati o valutati incompetenti dagli altri colleghi, nel momento in cui palesiamo le nostre emozioni e riferiamo il nostro "stile" privato di approccio con i pazienti.

Ogni terapeuta, generalmente, tende a nascondere difensivamente le proprie ferite di essere umano "inferiore", riparandosi dietro lo scudo dell'ortodossia autoritaria e dogmatica d'una Scuola, che avendogli conferito un "sapere assolu-

to” gli offre anche la facoltà di elargire onnipotenti “interpretazioni” dall’esterno; ma l’analista, ben preparato e coraggioso, riesce, con naturalezza, a superare le proprie “finzioni rafforzate” connesse al bisogno d’un “controllo onnipotente” all’interno del *setting* e sa rinunciare al bisogno di ricevere continue gratificazioni narcisistiche alla propria autorappresentazione professionale, concedendosi persino l’avventura, a volte, “rischiosa” d’immergersi in un rapporto diadico “seduttivo” che comporta inevitabili dinamiche *transferali/controtransferali*. «Quando dopo aver messo un solido catenaccio davanti alla mia porta – dice Adler – ed aver raccolto in camera mia armi, cani e poliziotti, affermo tranquillamente che mi sento pienamente sicuro, ho ragione e torto a un tempo. La mia angoscia risiede tutta intera nel mio catenaccio. [...] Soltanto coloro che hanno lo spirito falsato possono voler racchiudere l’animo umano nei limiti stretti di una dottrina scientifica [onnipotente]. In ultima analisi la psicologia individuale è un’arte e lo psicologo vero è soprattutto un artista» (1, p. 288).

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über der nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
3. ADLER, A. (1929), *Problems of Neurosis*, Kegan Paul, London.
4. ADLER, K. A. (1967), La psicologia individuale di Adler, in WOLMAN, B. B. (a cura di), *Psychoanalytic techniques*, tr. it. *Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*, Astrolabio, Roma 1974: 319-360.
5. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
6. ARRIGONI SCORTECCI, M. (1997), Una consultazione per una paziente psicotica, in CORREALE, A., RINALDI, L. (a cura di), *Quale psicoanalisi per le psicosi?*, Cortina, Milano.
7. COPPI, P. (1998), Finzioni e controfinzioni della relazione analitica individualpsicologica: osservazioni su un caso clinico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 43: 31-40.
8. FASSINO, S. (1993), Il sentimento di minaccia negli schizofrenici: implicanze per la strategia terapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 49-57.
9. FERRERO, A. (1995), *Insula Dulcamara*, CSE, Torino.
10. FERRIGNO, G. (1985), Tecniche comunicative verbali e non verbali per una conversazione analitica incoraggiante, *Riv. Psicol. Indiv.*, 28-29: 99-111.
11. FERRIGNO, G. (1996), Riflessioni interdisciplinari sul sogno, *Riv. Psicol. Indiv.*, 39: 15-41.
12. FERRIGNO, G. (1994), Interdisciplinarietà, linguaggi alternativi e comunicazione come incoraggiamento nella Scuola Media dell’obbligo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 36: 17-36.

13. FROMM, E. (1979), *Greatness and Limitations of Freud's Psychoanalysis*, tr. it. Grandezza e limiti del pensiero di Freud, Mondadori, Milano 1979.
14. GABBARD, G. O. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-IV Edition*, tr. it. *Psichiatria psicodinamica. Nuova edizione basata sul DSM-IV*, Cortina, Milano 1995.
15. GIOVACCHINI, P. L. (1989), *Countertransference. Triumphs and Catastrophes*, tr. it. *Trionfi e catastrofi del controtransfert*, Armando, Roma 1997.
16. OGDEN, T. (1982), *Projective Identification: Psychotherapeutic Technique*, Jason Aronson, New York.
17. PAGANI, P. L. (1993), Subdole resistenze. Interpretazione esemplificativa d'un sogno, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9.
18. PAGANI, P. L. (1997), *Il caso della signora B. Dialoghi adleriani*, Quad. Riv. Psicol. Indiv., Milano.
19. PAGANI, P. L., COPPI, P. (1997), Memoria e oblio: funzioni e finzioni nel pensiero antitetico, *Atti VI Congr. Naz. SIPI, "Il tempo e la memoria"*, Massa 1995.
20. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1997), L'immaginario fra presente, passato e futuro e la costanza dello stile di vita, *Atti VI Congr. Naz. SIPI, "Il tempo e la memoria"*, Massa 1995.
21. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), "Il transfert e il controtransfert nella relazione analitica adleriana", *XXI Congr. Internaz. "The Science of Living: Tasks, Contributions and Solutions"*, Chicago 1999.
22. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
23. RACKER, H. (1968), *Transference and Countertransference*, International Universities Press, New York.
24. ROVERA, G. G., FASSINO, S., ANGELINI, G. (1977), Prospettive interdisciplinari e interanalitiche in psicoterapia, *Min. Psichiatr.*, 18: 167-174.
25. RÜPING, M. K. (1990), Transfert, controtransfert e resistenza, *Indiv. Psychol. Dossier-II*, Saiga.
26. SEARLES, H. F. (1979), *Countertransference and Related Subjects*, tr. it. *Il controtransfert*, Bollati Boringhieri, Torino 1994.
27. WINNICOTT, D. W. (1949), Hate in the Countertransference, *International Journal of Psychoanalysis*, 30: 61-74.

Pier Luigi Pagani
Via Giasone del Maino, 19/a
I-20146 Milano

Giuseppe Ferrigno
Via della Marna, 3
I-20161 Milano