

L'ALLEANZA E LA RELAZIONE COME STRUMENTO TERAPEUTICO

Tiziana Aceti, PTSTA-P

Antonella Liverano, TSTA-P

aT rivista di analisi transazionale e metodologie psicoterapeutiche
anno XXXI. N. 23/24, pag. 80-102.

Abstract: In questo articolo si presenta la definizione e l'evoluzione del concetto di alleanza terapeutica come foriera dello sviluppo del lavoro terapeutico successivo, attraverso lo stabilirsi di una relazione. Si presenterà quindi il concetto di relazione terapeutica, intesa come la base motivazionale del cambiamento in accordo con la visione berniana. Come supporto clinico all'elaborazione teorica saranno presentati due casi di alleanza terapeutica con pazienti borderline e narcisisti.

Evoluzione storica del concetto di alleanza terapeutica.

Per alleanza all'interno di un processo terapeutico si intende il reciproco accordo che si instaura tra paziente e terapeuta riguardo *“agli obiettivi del cambiamento terapeutico, ai compiti necessari per raggiungere tali obiettivi, ed allo stabilirsi di un legame volto a mantenere una collaborazione attiva tra paziente e terapeuta, basata sulla fiducia e l'accettazione reciproca”* (Bordin, 1979 p. 16).

E' utile fare un breve percorso storico relativo all'evoluzione del concetto di alleanza per verificare come ha influito, in termini anche predittivi, sul senso della creazione della relazione stessa.

Il concetto è davvero controverso: si intreccia, ma anche si contrappone, con quelli di transfert e di relazione reale; si stempera, rinunciando a confini definitivi, nel più generale concetto di relazione terapeutica. Sia nel transfert che nella relazione reale esistono elementi consci ed elementi inconsci. Nell'incontro tra un paziente e un terapeuta entrano in gioco elementi transferali, controtransferali, consci ed inconsci e tale complessità non può non essere debitamente considerata.

Dopo un primo periodo (1912-1965) di teorizzazioni psicoanalitiche, volte a distinguere l'alleanza dal transfert e dalla relazione reale, e una seconda fase (1970-2000) caratterizzata dalla ricerca empirica e dalla costruzione di strumenti di valutazione ad hoc, tesi a dimostrare come l'alleanza sia

un fattore fondamentale nel processo terapeutico comune a tutte le psicoterapie, siamo da poco entrati in una terza fase dello studio sull'alleanza, caratterizzata dall'approfondimento delle sue dinamiche relazionali, in particolare dei cicli di rottura e riparazione.

L'alleanza come componente fondamentale della relazione terapeutica è stata inizialmente introdotta dalle teorizzazioni di Freud (1911-12) e Sterba (1934) sulle funzioni dell'Io nel trattamento psicoanalitico.

Le prime teorizzazioni sull'alleanza risalgono agli scritti di **Freud** (1914) sulla tecnica della psicoanalisi nei quali vengono esplorate le differenze tra aspetti nevrotici (transfert) ed aspetti amichevoli della relazione con il terapeuta. L'instaurazione di un rapporto di collaborazione con il paziente da parte del terapeuta fu considerato da Freud un prerequisito fondamentale allo sviluppo del processo terapeutico, ma anche un importante obiettivo a cui l'analista deve tendere. Nel "Compendio di psicoanalisi" (1938 p. 600) Freud descrive così l'alleanza: *"L'Io è indebolito a causa dei suoi conflitti interni, dobbiamo accorrere in suo soccorso. È un po' come una guerra civile che deve essere decisa con l'aiuto di un alleato che viene dal di fuori. Il medico analitico e l'Io indebolito del paziente, tenendosi ancorati al mondo esterno, devono formare un partito comune contro i nemici, le pretese pulsionali dell'Es, e le pretese di coscienza del Super Io. Concludiamo un patto insieme. L'Io del malato ci promette la più completa sincerità, ossia la disponibilità di tutto il materiale che la sua auto percezione gli fornisce, noi gli assicuriamo la più rigorosa discrezione e mettiamo a suo servizio la nostra esperienza nell'interpretazione del materiale influenzato dall'inconscio. Il nostro sapere deve compensare il suo non sapere, restituendogli la padronanza su quelle regioni della vita psichica su cui ha perso il controllo. In questo contratto consiste la situazione analitica."*

Il concetto di alleanza terapeutica ha sofferto molto il peso del concetto di transfert, dato che Freud non aveva differenziato i due aspetti. Quando Freud (1912a, pp. 528-529) ha cominciato a descrivere il transfert, all'inizio del suo lavoro, ne parlava in questi termini: *"trasferire sentimenti, emozioni, da una situazione del passato sulla figura presente del terapeuta"*. Affermando che il transfert è composto da diverse forme di attaccamento, egli distingueva, un transfert positivo (costituito da amore, affetto, esigenze erotiche che andavano sul terapeuta) da un transfert negativo (ostilità, odio e aggressività verso il terapeuta). Nonostante in questo periodo il transfert fosse ancora considerato come una resistenza al lavoro clinico e non come uno strumento indispensabile, Freud aveva già cominciato, senza saperlo, a parlare del rapporto terapeutico.

In questa sua intuizione è importante non confondere i due tipi di realtà: la parte propria del rapporto affettivo che lega reciprocamente il paziente e il terapeuta, dalla parte inconscia, che attiene alla storia

del paziente e che viene proiettata sul terapeuta o portata nella relazione con lui: stiamo parlando della relazione reale e di quella transferale.

Sterba (1934) concepisce l'alleanza non più come attaccamento libidico al terapeuta che spinge il paziente ad intraprendere la terapia, bensì come una rappresentazione dell'unione con il terapeuta che rafforza la parte adulta ed autonoma del paziente e che gli permette di lavorare per conto proprio. L'alleanza diventa una funzione attiva dell'Io. L'autore intravede la necessità di sviluppare nel paziente la capacità di distinguere gli elementi psichici focalizzati sulla realtà da quelli che non lo sono: si dovrebbe secondo l'autore incoraggiare il paziente a co-operare con l'analista *contro* qualcosa (sintomo, difese, patologia) che si trova in lui ed è fonte di disagio. Ipotizza l'attivazione di una "*scissione terapeutica*" dell'Io tesa a promuovere la differenziazione tra una parte "*osservante*" ed una "*esperente*".

L'espressione "alleanza terapeutica" è stata usata per la prima volta dalla psichiatra americana Elisabeth **Zetzel** (1958) per descrivere la condivisione matura della realtà tra paziente e terapeuta nella situazione analitica: "*un rapporto stabile e positivo tra terapeuta e paziente che mette in grado quest'ultimo di impegnarsi positivamente nel lavoro d'analisi. Avviene una scissione dell'Io: la parte dell'Io del paziente che osserva si allea con l'analista nel rapporto analitico, gradualmente si identifica con l'analista per modificare le difese patologiche che l'Io stesso, in posizione di difesa, ha innalzato contro le situazioni di pericolo interno. Il rapporto tra l'Io osservante del paziente e l'analista è basato su una relazione oggettuale e dipende dalla capacità del paziente stesso di sostenere un rapporto significativo uno-a-uno*". (Zetzel, Meissner, 1973 p. 357).

L'analista d'altro canto deve muoversi lungo un doppio binario: deve rispondere al paziente in termini di alleanza terapeutica, dall'altra in termini di traslazione. Un aspetto interessante della teorizzazione della Zetzel riguarda l'analogia tra relazione terapeutica e rapporto madre-bambino: la capacità del paziente di collaborare al trattamento e dividerne gli obiettivi si radica nell'esperienza relazionale vissuta con la madre.

Qualche anno dopo, **Ralph Greenson** (1965) conia l'espressione "alleanza di lavoro", per definire quell'*«insieme di atteggiamenti razionali e finalistici del paziente nei confronti dello psicoanalista [...] la capacità del paziente di lavorare nella situazione analitica [...]». Lo si vede soprattutto quando un paziente, pur se in preda a un'intensa nevrosi di transfert, riesce a mantenere un efficiente rapporto operativo con l'analista»*. (Greenson, 1967 p. 163). Si tratta di quelle componenti più mature e razionali del paziente che lo mettono in grado di mantenere un efficiente rapporto con l'analista anche in quei momenti in cui si sviluppa un'intensa nevrosi di transfert. "*La vera alleanza si*

costituisce prevalentemente tra l'Io razionale del paziente e l'Io analizzante dell'analista ed il mezzo che la rende possibile è la parziale identificazione del paziente con l'approccio dell'analista nei suoi tentativi di comprendere il comportamento del paziente". Per Greenson il transfert è una riedizione del passato, inappropriata rispetto al qui ed ora, per cui si può parlare di transfert solo quando *"l'analista e l'analisi diventano la preoccupazione principale nella vita del paziente"*. (1965, p. 179)

L'autore che più d'ogni altro ha contribuito al superamento dei confini tra le diverse impostazioni teoriche è **E. Bordin** (1975), che sostiene la necessità di comprendere il concetto di alleanza all'interno di una visione "panteorica" capace di trascendere il modello psicoanalitico da cui ha avuto origine. L'alleanza è vista da Bordin come un fattore comune a tutte le psicoterapie indipendentemente dal loro modello teorico e operativo. Bordin definisce l'alleanza come *"un reciproco accordo riguardo agli obiettivi (Goal) del cambiamento e ai compiti (Task) necessari per raggiungere tali obiettivi, insieme allo stabilirsi dei legami (Bond) che mantengono la collaborazione tra i partecipanti al lavoro terapeutico"*. (Bordin, 1979 p.16).

Per **W. Meissner** (1996) l'alleanza rappresenta un valore indipendente nel processo terapeutico ed in cui entrano in gioco reciprocamente sia la relazione terapeutica che il transfert. È solo attraverso un'alleanza sicura e ferma che la persona può accedere alla sua parte più regressiva e problematica. L'alleanza per l'autore nasce dall'interazione tra empatia, desiderio di capire e capacità riflessiva del terapeuta e dal desiderio di essere aiutato e compreso da parte del paziente. Queste capacità sono proprie del Sé di entrambi i partecipanti che negoziano nell'alleanza, in base alle caratteristiche mature della personalità, un rapporto dinamico soggetto a modificazioni nel tempo. L'alleanza è una componente centrale del setting all'interno della quale possono aver luogo le esperienze personali e le identificazioni che possono mutare l'esperienza interna patogena della persona. Meissner ne identifica le componenti principali in empatia, struttura terapeutica, responsabilità, autorità, libertà, fiducia, autonomia, iniziativa ed etica.

In ogni relazione terapeutica accanto al transfert si trova sempre l'alleanza terapeutica. Ciò richiede il mantenimento di una differenziazione tra Sè e l'Altro, la tolleranza e la padronanza dell'ambivalenza e la capacità di distinguere, nella traslazione, la fantasia dalla realtà. D'altra parte, anche l'analista contribuisce al rapporto: le sue caratteristiche e la sua personalità hanno un'importante influenza nello stabilire l'alleanza terapeutica e la situazione analitica. L'analista entra nel processo analitico come persona reale e non solo come un oggetto di traslazione. La situazione analitica può essere considerata come una situazione di conflitto indotto e controllato terapeutamente. La capacità di sopportare e di risolvere questo conflitto dipende dal successo con

cui il paziente, a livello pre-edipico, ha saputo stabilire un rapporto saldo e fiducioso che riconosce la separazione e l'integrità degli individui partecipanti.

Se il paziente non si fida, non può nemmeno affidarsi. E dunque avrà un'enorme difficoltà a concedersi e a mantenere la dipendenza. Senza la fiducia di base e' impossibile impostare qualunque alleanza ed è impossibile curare una persona.

L'alleanza terapeutica, quindi, prevede fondamentalmente la *capacità di tollerare l'angoscia e la depressione, di accettare le limitazioni della realtà' e di differenziare tra gli aspetti maturi e quelli infantili dell'esperienza.*

Il peso esercitato dalla "svolta relazionale" in psicoanalisi, ha paradossalmente messo in discussione l'utilità di isolare un concetto come quello di alleanza terapeutica: un'esperienza relazionale costruttiva con il terapeuta, infatti, è un elemento costitutivo del trattamento; l'alleanza, pertanto, non andrebbe considerata un requisito, ma l'essenza stessa del processo.

Grazie al lavoro di alcuni autori, tra i quali spiccano i nomi di **Safran e Muran**, (1995) è cambiata la concezione dell'alleanza terapeutica: inizialmente definita come qualche cosa di statico, che c'è o non c'è, in favore di una concettualizzazione più dinamica e cangiante. In particolare, l'interesse si è concentrato su uno specifico aspetto: le rotture e le riparazioni dell'alleanza, viste in una luce diversa da ciò che tradizionalmente era considerato in termini di impasse. Safran e Muran definiscono l'alleanza come un processo di negoziazione intersoggettiva continua dei bisogni del paziente e del terapeuta: l'esperienza relazionale costruttiva con il terapeuta diventa il fattore più importante dei processi di cambiamento. L'essenza stessa del cambiamento si basa sullo sviluppo dell'alleanza, le sue rotture, le sue ricomposizioni. Gli autori offrono un modello esplicativo della ricomposizione delle rotture della relazione, dividendole in due sottotipi: *da ritiro e da confronto*. Nelle rotture da ritiro, il paziente si ritira dalla relazione con il terapeuta anche in modi molto sfumati, e allontana le proprie emozioni del dialogo terapeutico. Nelle fratture da confronto il paziente esprime più direttamente rabbia, risentimento o disaffezione nei confronti del terapeuta o di alcuni aspetti della terapia. I pazienti possono preferire una o l'altra modalità, ma naturalmente lo stesso soggetto può muoversi lungo il continuum che le unisce. La capacità della diade analitica di gestire in maniera flessibile queste oscillazioni rappresenta un effettivo obiettivo terapeutico.

Il contributo più decisivo nella concettualizzazione delle resistenze e delle impasse terapeutiche viene oggi dagli autori di orientamento relazionale, il cui approccio è centrato sullo studio dei processi che reciprocamente coinvolgono e influenzano paziente e terapeuta: ciò che oggi chiamiamo

intersoggettività (**Mitchell, Aron, 1999; Mitchell, 2002**). La revisione dei concetti di intrapsichico e interpersonale ha giocoforza modificato la nostra comprensione dei concetti di resistenza e difesa. Da un punto di vista intersoggettivo, le difese non sono più un fenomeno intrapsichico, un sistema chiuso che permette alla personalità di funzionare più o meno adattivamente. Al contrario, sono plasmate e costantemente influenzate dal contesto interpersonale. Come ogni altro aspetto del funzionamento della personalità, le difese sono inscindibili dai processi di influenza relazionale e di mutua regolazione. Il terapeuta ad orientamento relazionale è interessato alla coppia terapeutica e cerca di capire le difese come qualcosa che il paziente porta in ogni contesto interpersonale, ma che poi si manifestano in modo specifico nella singolarità dei contesti. Più che concentrarsi esclusivamente su come opera la difesa all'interno del paziente, egli dovrà invece rivolgersi al modo in cui il processo difensivo opera all'interno della diade terapeutica.

L'alleanza diventa così un fattore predittivo e curativo della terapia.

Infatti, perché si verifichi il cambiamento terapeutico, il paziente deve non solo diventare consapevole di aspetti di sé che fino ad allora non erano tali, ma deve imparare a riconoscere e comprendere i propri stati d'animo, ad entrare in contatto con le proprie emozioni e con quelle degli altri e questo può avvenire solo all'interno di una dimensione relazionale, attraverso l'esperienza del rapporto terapeuta-paziente. Lungo questo cammino sono inevitabili periodiche rotture (o fratture) dell'alleanza terapeutica; può cioè capitare che il paziente, ad un certo punto del percorso, metta in discussione il lavoro fatto fino a quel momento o il rapporto con il terapeuta.

Queste incrinature non vanno però considerate solo come un ostacolo alla relazione e alla terapia, ma possono acquistare un importante significato se vengono colte dal terapeuta e segnalate al paziente. Se vengono elaborate, se diventano cioè oggetto di lavoro comune, possono fornire spunti di riflessione di grande interesse e valore per la terapia; la loro risoluzione può rafforzare il legame e porre le basi per la costruzione di una nuova alleanza rinnovata.

Nel 1975 **Luborsky** definisce "*l'alleanza d'aiuto*", un'entità dinamica responsabile del cambiamento del paziente nelle diverse fasi della terapia. L'alleanza è, secondo l'autore di due tipi: nel primo il terapeuta fornisce aiuto al paziente che lo riceve passivamente e fiducioso, nel secondo, che si forma successivamente, l'alleanza è più attiva e si fonda sulla consapevolezza del paziente e del terapeuta di star compiendo un lavoro di comuni intenti. Nelle sue ricerche ha riscontrato che segni positivi di alleanza nelle prime fasi del trattamento sono predittivi dell'esito finale, mentre segni negativi sono predittivi meno affidabili. (1980).

Siamo entrati oggi in una terza fase dell'evoluzione del concetto d'alleanza, caratterizzata dall'approfondimento delle sue dinamiche cliniche. A partire dagli anni Settanta, infatti, un numero crescente di ricercatori ha sentito la necessità di indagare, in modo più preciso e obiettivo, i processi e gli outcome delle varie psicoterapie. La scoperta di una sostanziale identità di efficacia dei diversi approcci psicoterapeutici, ha orientato l'attenzione verso l'indagine su quali potessero essere i fattori comuni alla base del processo terapeutico di cambiamento: oggi è presente un sostanziale accordo, tra i ricercatori, nel considerare l'alleanza uno dei principali fattori comuni di influenza sull'outcome in psicoterapia (Luborsky, 1994; Wampold, 2001). L'alleanza viene riconosciuta come il fattore aspecifico comune a tutte le terapie e questi sono gli anni della costruzione di strumenti quantitativi e qualitativi per la valutazione della stessa.

L'alleanza e la relazione terapeutica in Analisi Transazionale.

Tutto il costrutto teorico dell'Analisi Transazionale è costruito intorno al concetto di relazione; infatti in contrapposizione alla teoria pulsionale freudiana, Berne ha ritenuto che il comportamento umano fosse motivato dalla fame di riconoscimento e quindi dal bisogno di stare in relazione con l'altro. In questo Berne era figlio del suo tempo e negli anni 60/70 la rivoluzione culturale portò alla ribalta la Psichiatria Sociale e l'idea che era la società a far ammalare la persona piuttosto che essere la persona stessa a "farsi" malata nella società. È evidente come l'approccio berniano con la sua visione fenomenologica della vita psichica, l'attenzione all'essere umano ed alla comunicazione nella relazione, ha radici profondamente umanistico-esistenziali.

Una conseguenza diretta di tale approccio filosofico è la concezione di "Okness" vista come una concezione positiva dell'essere umano, un modo di vedere la relazione come paritaria tra due individui egualmente coinvolti nella relazione, pur con i rispettivi ruoli, competenze e responsabilità. E su questo Berne costruisce il senso della relazione terapeutica: una relazione che "guarisce" attraverso il confronto, l'interpretazione, l'umorismo allo scopo di mettere in discussione l'usuale quadro di riferimento difensivo del paziente. La metodologia che gli permetterà arrivare a ciò è l'uso del "contratto di terapia" che sottolinea e sostiene i concetti di responsabilità, competenza e di potere personale facendo, al tempo stesso, da cornice alla relazione terapeutica. Proprio questo legame, nella sua dimensione paritaria, è il veicolo del cambiamento personale. "Ed intendo per *doppio okness* un rapporto mantenuto paritario dall'analista che, volutamente, agisce principalmente da "spugna catalizzatrice" del processo di autoanalisi del soggetto, cioè "presenza interessata" o agente che dall'esterno reinstaura con "transazioni di permesso" il potere autoricostruttivo del cliente." (M.T. Romanini, 1999 p. 163).

L'enfasi data alla relazione introduce il concetto di transfert. A differenza di Freud che lo considerava un processo inevitabile nel percorso analitico in cui tendenze, fantasie e vissuti del passato sono rievocati ed attribuiti alla persona del terapeuta nel presente, Berne valorizza il "qui ed ora" nella relazione terapeutica, anche attraverso il concetto di *physis*, la forza vitale prioritaria dell'uomo, per cui la persona realizza il suo benessere nel presente prima di andare a rivisitare il suo passato. E' chiaro che Berne eredita da Freud l'idea dell'importanza delle prime esperienze infantili nella vita delle persone, assegnando al transfert un'importanza primaria come dinamica essenziale nello sviluppo del copione; tuttavia rifiutando la teoria pulsionale freudiana si è progressivamente avvicinato alle teorie delle relazioni interpersonali. Infatti in termini di AT il primo passo verso la comprensione del transfert passa attraverso la teoria della comunicazione di Berne, con le sue tre regole e la valutazione degli stati dell'Io. Per Berne il transfert "è una forma di transazione, che implica determinate strutture e stati dell'Io arcaici che sono elicitate attraverso l'analisi della regressione. L'analisi delle relazioni e l'analisi strutturale consentono di definire due contesti per l'emergere del transfert: il primo si ha quando una persona entra in relazione con un'altra con uno stato dell'Io esteropsichico o archeopsichico allo stesso modo in cui ha fatto con una terza persona nel passato. Il secondo caso si ha quando una risposta ad una transazione incrociata non è di tipo neopsichico". (R. Massey, 1991 pp. 155-169).

Per Berne il transfert costituisce una forma di transazione e, nello stesso tempo, contribuisce alla creazione ed al mantenimento del copione. Infatti il concetto di copione rappresenta l'espressione macroscopica del transfert; Berne lo ha definito un dramma transferale "cioè è un derivato, o più propriamente un adattamento di reazioni ed esperienze infantili; (...) è un tentativo di ripetere in forma derivata un intero dramma transferale, spesso suddiviso in atti, esattamente come i copioni teatrali, che sono dei prodotti artistici intuitivi dei drammi primitivi dell'infanzia" (Berne, 1961 p. 101). Ciò significa che il dramma "presente" della persona deve essere ricondotto alle sue origini storiche in modo che il controllo passi dal Bambino all'Adulto e guarire significa "avere un controllo autonomo dalle radici coattive intrinseche al dramma transferale del copione" (Novellino, 1987). In questa luce l'analisi del transfert nella relazione terapeutica rappresenta l'analisi della proiezione del bisogno insoddisfatto del paziente sul terapeuta come possibile fonte di frustrazione o di soddisfazione; mentre l'analisi dei fenomeni controtransferali rappresenta il veicolo dell'accesso all'inconscio del paziente stesso.

In AT si lavora attivamente con il transfert soprattutto nelle fasi che precedono la ridecisione o la rigenitorizzazione. La Clarkson (1991) individua una serie di opzioni in relazione al tipo di patologia presentata dal paziente ed al momento terapeutico: 1) permettere il transfert; 2) stimolare il transfert;

3) interrompere momentaneamente il transfert; 4) evitare o minimizzare il transfert; 5) risolvere il transfert. Si accetta il transfert, soprattutto nelle prime fasi di terapia, per consentire al paziente di comprendere il modo inappropriato di gestire la sua esperienza personale e relazionale (ad es. con pazienti simbiotici); si stimola il transfert quando il terapeuta nota una resistenza attiva, presente nelle forme della razionalizzazione ed intellettualizzazione (ad es. con pz schizoidi); si interrompe il transfert quando si rende necessario il funzionamento A da parte del paziente, rafforzando l'alleanza di lavoro (ad es. quando un pz si arrabbia quando la seduta sta per terminare). Si evita il transfert (completamente non è mai possibile) quando si stabilisce un contratto A-A usando l'esame di realtà, o quando si ignorano o si analizzano i giochi, oppure quando il terapeuta rifiuta il ruolo genitoriale (es. quando un paziente chiede un permesso in modo infantile). Infine si risolve il transfert attraverso lo sviluppo e l'integrazione dello stato dell'Io B (ad es. con pz narcisisti e borderline).

Secondo R. Allen e B. Allen (1991) il transfert può essere di quattro tipi: 1) vengono traslati i desideri e le reazioni nei confronti delle figure significative dell'infanzia; 2) attraverso i meccanismi della proiezione, della ripetizione e dello spostamento sono traslate sia le rappresentazioni edipiche che le parti preverbalis del Sé; 3) viene ripreso e continuato un legame affettivo precedente che si era prematuramente interrotto; 4) si traslano anche aspetti non conflittuali del primo sviluppo, ha a che fare con aspetti non difensivi e quindi non risulta inappropriato alla relazione terapeutica. Il transfert numero 1) è stato descritto da Berne (1957) con una transazione incrociata dove lo stimolo è A-A e la risposta è B-G. Il transfert 2) è stato formulato da Moiso rispetto ai pazienti borderline e narcisisti i quali proiettano sul terapeuta i loro stati dell'Io Genitoriali (G2 o G1). Il transfert 3) sono stati formulati in AT da Clark (1991) ed implicano stati di deficit piuttosto che di conflitto. Infine il transfert 4) è visto non come resistenza o come inappropriato alla situazione terapeutica.

È chiaro che la relazione transferale è parte essenziale della relazione terapeutica e l'analisi transazionale si è interessata della gestione di queste situazioni sin dai primi scritti di Berne; ad oggi l'analisi della relazione transferale e controtransferale è considerata un aspetto centrale di questo approccio terapeutico. In particolare negli anni '90 Moiso e Novellino hanno caratterizzato l'approccio metodologico psicodinamico, riconducendolo alla psicologia di Berne, attraverso il concetto di *impasse transferale* e quello relativo alla *comunicazione inconscia*. Il concetto psicoanalitico di nevrosi di transfert diventa ora quella situazione clinica in cui il paziente rivive l'impasse originaria proiettando sul terapeuta il polo G del conflitto. Il paziente rimetterà in atto una relazione simbiotica come quella originale: ed è questo che permette di analizzare nel qui ed ora della relazione terapeutica la contaminazione che sta alla base dei problemi del paziente.

Questo processo analitico, centrato sulle dinamiche transferali e controtransferali ha come obiettivo, tramite l'interpretazione, il recupero del materiale rimosso che blocca l'autonomia del paziente e prende il nome di *analisi ridecisionale del transfert*.

Ad oggi si considera che i processi transferali possono rappresentare relazioni autentiche e quindi il transfert e il controtransfert vanno usati come forze e fonti preziose di informazioni riguardanti il terapeuta e il paziente. Cornell e Bonds-White (2001) compiono una rivisitazione critica del concetto di "relazione che cura" attraverso l'empatia, la reciprocità e l'attaccamento a vantaggio di "uno spazio terapeutico che offre a paziente e terapeuta un ambiente dove possono trovare spazio la curiosità, l'incertezza e il conflitto".

Cornell sostiene che la teoria clinica dell'Analisi Transazionale è andata molto al di là dello stile originario di Berne e che l'AT debba includere un processo di "*vicinanza mutuamente raggiunta*", che va oltre la relazione temporanea con il terapeuta in uno spazio terapeutico più complesso e più conflittuale. "Siamo inoltre convinti che ad essere curative sono, in ultima analisi, la curiosità reciproca di terapeuta e paziente e l'analisi delle esperienze del paziente, più che il tentativo di lenire la sofferenza psichica che queste esperienze causano. Pensiamo che ciò che il paziente acquisisce come spunto per il cambiamento strutturale ed interpersonale sia il graduale sviluppo della curiosità, delle sue capacità di autoindagine, di differenziazione e il conflitto relazionale nell'ambito della relazione terapeutica".

Riteniamo che il transfert in AT può essere considerato come l'espressione funzionale dell'eteropsiche e dell'arheopsiche relativa a comportamenti osservabili ed esperienze soggettive che rappresentano riedizioni di esperienze del passato della persona. Appare tuttavia chiaro come queste espressioni di stati dell'Io G e B spesso riguardano solo la relazione reale tra paziente e terapeuta e dove è l'alleanza terapeutica che trattiene in cura il paziente durante la fase di resistenza e di transfert negativo.

Per quanto ci riguarda consideriamo l'alleanza e la relazione terapeutica, nel lavoro con i pazienti, il fulcro ed il veicolo del cambiamento; l'incontro con l'altro, la reciproca curiosità e l'esplorazione dell'esperienza di un individuo sono da una parte elementi curativi e dall'altra creano alleanza e quindi i presupposti e le condizioni del lavoro che si farà insieme. La relazione terapeutica diviene di conseguenza l'essenza stessa di questo lavoro in cui è coinvolto non solo il paziente, ma il terapeuta stesso che attraverso la *relazione reale* può guardare alla persona nella sua interezza ed umanità, a scapito della tentazione di racchiudere la persona in categorie nosografiche.

D'altro canto le ultime frontiere dell'AT ci conducono all'Analisi Transazionale Relazionale: in questo approccio conta ciò che il terapeuta porta nell'incontro terapeutico, il suo copione ed il suo processo inconscio. Il terapeuta relazionale è consapevole del proprio processo e come questo influisce sul rapporto e sul suo cliente, rimarrà ricettivo ad imparare di più sul suo inconscio, sui suoi processi con attenzione allo svolgimento della relazione in corso, sapendo di essere cambiato da ogni incontro.

Come dice Bion (1977) “il paziente è il miglior collega che abbiamo”.

L'alleanza e la relazione terapeutica con pazienti con Disturbo Narcisistico di Personalità.

“Avere talento significa lavorare molto per migliorare ogni giorno.

Un grande errore è credersi più di ciò che si è e stimarsi meno di quanto si vale”

Goethe

Berne (1961) sosteneva che la fame di riconoscimento fosse la principale motivazione al comportamento relazionale superando così la teoria dualistica pulsionale di Freud. Quindi la fame di relazione può essere intesa come una spinta alla ricerca di relazioni intime. Berne, (1963, p. 217) infatti, scrisse: *“una lotta per l'intimità fa da sfondo alle più intense ed importanti operazioni”*. Possiamo affermare che per il disturbo di personalità narcisistico il fulcro del problema sia proprio la qualità delle relazioni oggettuali che rende difficile la relazionalità in quanto considerata ingannevole e preludio di un futuro abbandono.

Concordiamo altresì con **Semi** (2007), ritenendo il narcisismo, oltre che una rappresentazione di una psicopatologia del Sé e delle relazioni interpersonali, anche una dimensione fondamentale e normale dell'attività psichica, che riguarda ciascuno e in ogni fase della vita. Il narcisismo, originariamente concettualizzato da Freud, si riferiva ad una condizione psicopatologica; oggi, invece, il concetto è usato in riferimento ad una preoccupazione relativa al Sé, che si estende lungo un continuum che va dalla sanità alla patologia.

Freud introduce il termine nel 1914 con “Introduzione al narcisismo” e distingue un *“narcisismo primario”* con il quale intende quello stato precoce in cui il bambino investe tutta la sua libido in se stesso prima di scegliere degli oggetti esterni e *“narcisismo secondario”* con cui indica al contrario un ripiegamento sull'Io della libido che verrebbe così sottratta ai suoi investimenti oggettuali.

Superando il dualismo pulsionale freudiano possiamo affermare che il narcisismo è una istanza psichica strettamente collegata con la formazione dell'Io e l'identità del soggetto. *“E se l'Io è la*

funzione che collega l'individuo con l'esterno, il narcisismo rappresenta l'istanza fondamentale che regola quella continua tensione del soggetto tra il desiderio-bisogno di rapportarsi con l'altro, che implica la dipendenza, ed il desiderio-bisogno di essere riconosciuto, che implica l'identità e l'autonomia. Quindi il narcisismo attiene alla costituzione del soggetto, al rapporto di questi con l'altro scandito dalla problematicità delle relazioni oggettuali". (Lalli, 2003 p.2)

Infatti dal punto di vista evolutivo il paziente narcisista (Rinsley, 1989), è rimasto bloccato rispetto alla fase di separazione-individuazione; non ha subito un vero e proprio arresto bensì una dissociazione tra questi due processi per cui il bambino può individuarsi senza separarsi: matura così la convinzione di copione che ci si può separare psicologicamente dalla madre purchè ogni esperienza sia in relazione a lei. La conseguenza del mancato "rispecchiamento" da parte della madre e quindi l'impedimento ad una sana dipendenza dall'oggetto, hanno come conseguenza invidia, rabbia, aggressività, gelosia e deficit dell'empatia che sono alla base della formazione di un Super Io punitivo.

L'incapacità di elaborare questi aspetti nel corso dello sviluppo psicologico, è quindi relativa a un'esperienza di manipolazione che questi soggetti hanno subito nell'ambito delle prime relazioni d'attaccamento. Questa condizione di strumentalizzazione costituisce una modalità interiorizzata, connessa alla rappresentazione mentale del Sé e del mondo esterno, ed è da qui che si origina la persecutorietà concernente tutte le modalità di dipendenza. (Fig.1)

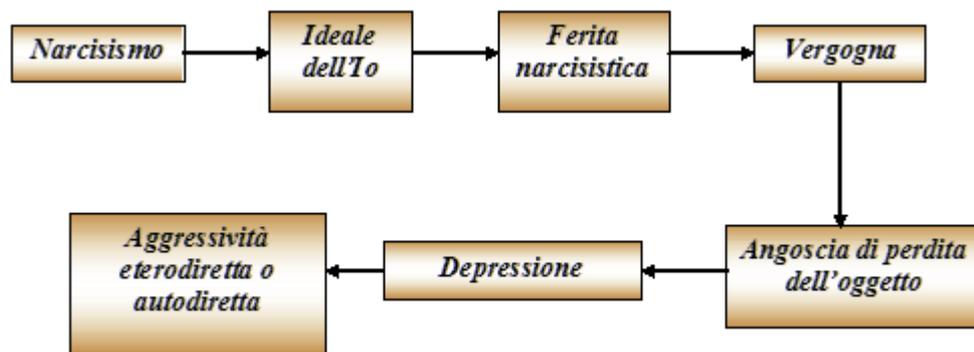


Fig. 1 (Bergeret, 1996)

Quanto più precoci e intense saranno state le ferite narcisistiche tanto più rigorosa diventerà questa istanza super egoica e più difficile l'integrazione con la componente pulsionale. La distanza tra l'Io e il suo ideale sempre maggiore porterà a sentimenti di vergogna e a movimenti in senso depressivo.

Per realizzarsi nel modo più favorevole, la dialettica narcisismo-pulsioni, deve appoggiarsi su due momenti o forme relazionali; la prima consiste nella "valorizzazione speculare" ossia nel

rispecchiamento nel genitore che gli conferma l'amore. Quest'apporto (madre) non potrà tuttavia essere sempre completo, di qui la necessità di una seconda forma di valorizzazione (di solito il padre) alla quale sarà dato un valore unico ed esclusivo. Essa sarà idealizzata, divenendo il supporto dell'ideale dell'Io per il bambino. D'ora in poi, per amarsi, dovrà passare attraverso la mediazione di questa formazione ideale.

Due sono gli autori che hanno teorizzato i vari aspetti di questo disturbo: **Kohut e Kernberg**.

Secondo **Kohut** (1977) il Sé del narcisista è bloccato alla fase del narcisismo primario; è un Sé difensivo che sottolinea l'esperienza della ferita narcisistica. La persona risulta vulnerabile alla frammentazione del Sé in seguito al fallimento empatico genitoriale che si manifesta in terapia attraverso un transfert speculare o idealizzante. Il compito del terapeuta non è quello di frustrare questi bisogni, magari interpretandoli come difese, ma quello di accettarli in quanto tali e di corrispondere empaticamente ad essi per permettere al Sé, ritenuto congelato ma sano, di svilupparsi. L'aggressività è secondaria alla ferita narcisistica e lo scopo della terapia è arrivare a cercare ed usare oggetti-Sé maturi ed attuali anziché arcaici, attraverso la comprensione empatica.

Kernberg (1975) ha considerato il Sé del narcisista grandioso ma patologico ed una difesa contro la dipendenza dall'altro; ha sottolineato l'avidità, l'invidia, l'aggressività ed ha visto l'idealizzazione una difesa contro la rabbia, l'invidia, il disprezzo e la svalutazione. Come nel paziente borderline, secondo l'autore nel narcisista sono presenti meccanismi di difesa primitivi come la scissione, idealizzazione e svalutazione, identificazione proiettiva, proiezione, onnipotenza. Nel trattamento si deve mirare alla comprensione cognitiva nel paziente del proprio contributo alle problematiche relazionali attraverso l'interpretazione ed il confronto, allo sviluppo della colpa nei confronti dell'altro e all'integrazione degli aspetti buoni (idealizzazione e verità) con quelli cattivi (rabbia e disprezzo).

È chiaro che, al di là della comprensione del disturbo, Kohut si riferisce al *narcisista di tipo ipervigile* e Kernberg a quello *inconsapevole*; e che il problema di fondo è l'autostima carente in seguito alla sofferta rinuncia al proprio Sé. (Gabbard, 1989).

A prescindere dalla cornice di riferimento teorica, ci sono alcuni aspetti che rimangono peculiari e costanti nel trattamento di questi pazienti: ci riferiamo alla costruzione dell'alleanza terapeutica ed allo sviluppo della relazione terapeutica che prendono tanta parte del lavoro terapeutico.

L'alleanza nel caso del trattamento di un paziente narcisista ha un ruolo fondamentale; il terapeuta deve allearsi con le difese del paziente, rinforzarle per far sì che il paziente si apra alla relazione e

possa continuare il cammino terapeutico successivo. Stiamo parlando dell’**“alleanza narcisistica”** propriamente detta come di quell’aspetto della relazione tra paziente e terapeuta in cui è l’empatia di quest’ultimo che permette da una parte il dispiegarsi del transfert narcisistico e dall’altra l’abbattimento delle principali difese psichiche del cliente. Tale riduzione delle difese consente un aumento della dipendenza, della capacità di stare nella relazione e di investire su di essa. (Tosi, 1991).

In questo senso l’alleanza narcisistica può essere un precursore del transfert e dell’alleanza terapeutica; grazie a questa si verificano quei cambiamenti immediati e catartici che i pazienti manifestano nelle fasi iniziali della terapia e che sono dovuti alla presenza empatica del terapeuta ed all’analisi del qui ed ora. Tali cambiamenti vanno comunque supportati e contestualizzati in un processo di cambiamento che riguarderà, più avanti, aspetti copionali.

L’alleanza narcisistica può essere definita la prima esperienza “affettiva” del paziente; essa si poggia su basi inconse, regressive e orientate al cambiamento. La sua costruzione può richiedere molto tempo ma, una volta instauratasi, permetterà l’apertura del paziente e l’espressione del suo Sé arcaico che poi saranno poi oggetto di elaborazione nel transfert.

Con i pazienti narcisisti questa alleanza si instaura con relativa facilità in virtù della proiezione transferale positiva idealizzata che spesso sfocia nel gioco “Magnifico Professore”; il significato di questo agito è quello di vedere l’altro, nella relazione, così come il paziente ha bisogno di vederlo, per soddisfare i suoi bisogni, e non per quello che è realmente. Il paziente ha finalmente trovato una persona in grado di ascoltarlo e comprenderlo. In ogni caso prima o poi le proiezioni negative ed aggressive sottostanti (processo di invidia) si faranno presenti nel trattamento determinando l’attacco o la fuga del paziente. Questa alleanza si colloca ad un doppio livello: un impegno conscio ed uno inconscio o, come dice Novellino (1990), un livello sociale Adulto-Adulto che sfocia nello stabilirsi di un contratto condiviso di lavoro ed uno psicologico Genitore del terapeuta-Bambino del paziente che ha a che fare con il bisogno del paziente di essere rassicurato ed accolto rispetto alla sua sofferenza.

Segue a questa fase **“l’alleanza terapeutica vera e propria”**. L’elemento conscio coincide con l’intenzione volontaria e razionale del paziente che accetta il contratto terapeutico con la parte Adulta, disposta ad accogliere le indicazioni e le spiegazioni del terapeuta per il progressivo affinamento della loro collaborazione. La parte inconscia fa parte del corredo “attitudinario” del paziente, che ha radici in relazioni oggettuali precoci e gli consente d’esprimere una domanda d’aiuto realmente motivata e di stabilire dall’inizio un rapporto di sostanziale fiducia con il terapeuta. La qual cosa richiede che l’analista sappia muoversi con naturalezza tra diversi livelli di realtà, nel senso di riconoscere e

tollerare il paradosso della coesistenza di una relazione asimmetrica all'interno del setting e di una relazione paritaria, realistica, all'esterno di esso. Anzi, è proprio a livello psicologico transferale che si giocano i presupposti della relazione e quindi della riuscita del lavoro.

Il lavoro con il paziente narcisista richiede, infatti, molta centralità e pazienza. All'inizio con questi pazienti, che hanno un buon funzionamento globale, la relazione si stabilisce con facilità; appaiono collaborativi e presenti nello spazio del setting. È la motivazione a stare in trattamento che è particolare: vogliono essere dominanti in ogni situazione e centrati solo su quello che per loro è il loro problema. Se non possono agire sempre e comunque la loro potenza, si tirano fuori dalla terapia. Infatti nel momento in cui il transfert viene interpretato e chiarificato al paziente, egli non prova alcun interesse e non ne trae insight; il paziente non ritiene importante lavorare sui suoi sentimenti nei confronti del terapeuta: si sente irritato, insofferente e annoiato. Nel transfert che lega il paziente al terapeuta, si manifestano i vissuti delle pulsioni sessuali e aggressive, dalle reazioni iniziali di attaccamento come affetto di base, alla rabbia, all'odio come stato affettivo reattivo alle aspettative deluse, proiettate nel setting terapeutico. Il transfert è vissuto in modo ego sintonico dunque è impenetrabile all'indagine psicoanalitica. A questo si aggiunge l'invidia conscia o inconscia, che si sviluppa facilmente verso il terapeuta, per cui il paziente può diventare distante nella relazione o mettere in dubbio le capacità del terapeuta o idealizzarlo. Il terapeuta può sentirsi inutile, annoiato, invisibile, impotente, irritato.

Il terapeuta è il contenitore del processo di definizione della sua autostima ed ha come esclusiva funzione, quella di mantenere costantemente alta l'autostima debole del narcisista, dunque la sensazione è di essere usati, non visti come persone reali, separate ed individuate. L'effetto principale che ne consegue è la deumanizzazione che spesso porta il narcisista ad "usare l'altro" per sentirsi riconosciuto, efficiente, grandioso.

La relazione disfunzionale con se stesso e con il mondo costruisce nella mente narcisistica una somma di conflitti interni ed esterni, complessi d'inferiorità e abbandono ed emozioni dolorose (paura, rabbia, impotenza e vergogna), che lo spingono sempre più ad attività difensive ed a scelte compensatorie di carattere materialistico ed edonistico. Preda del falso sé, che corre dietro alle lucciole dell'"avere", del successo esteriore e dell'acclamazione altrui, il narcisista sperimenta la drammatica rinuncia alla conoscenza della bontà e della dignità intrinseca alla natura umana, rappresentando per antonomasia un'esistenza apparentemente socializzata ma intimamente solitaria e priva di valori, in cui il terrore della morte, della vecchiaia e della malattia si sviluppano col passare del tempo accanto ad un vuoto di autostima e di sfiducia nella vita.

La ricerca affannosa di un'immagine di superiorità produce diverse fasce di sofferenza che possono anche essere viste come conflitti tra i diversi stati dell'Io. Nella psicoterapia vanno affrontate le sofferenze del Bambino Adattato, la sofferenza del Genitore Normativo negativo e quella dell'Adulto mediatore difensivo tra Genitore e Bambino, nelle componenti relazionali che si riferiscono alla percezione, all'affettività, al pensiero e al comportamento:

- la sofferenza emotiva del Bambino Adattato (paura, rabbia, impotenza, vergogna, invidia, gelosia);
- la sofferenza del Genitore Normativo negativo onnipotente (intolleranza, ipercriticismo...);
- la sofferenza dell'Adulto mediatore difensivo.

Il compito del terapeuta è quello di rimandare una risposta empatica e di lavorare attraverso il riconoscimento e l'ascolto. La svalutazione o l'idealizzazione che il paziente compie costantemente esprimono la sofferenza della sua poca autostima e dunque occorre riportarlo ad un'esperienza affettiva riparativa tale da ricomporre questa immagine che lo può aiutare a rivalutare il valore e il senso di sé.

Un ultimo aspetto riguarda la **“relazione reale”**, ossia quell'aspetto della relazione terapeutica che riguarda un coinvolgimento reale da parte del terapeuta nella relazione con il paziente, tale da permettergli di non patologizzare il paziente, bensì di vederlo come una persona degna di considerazione e rispetto. (Tosi, 1991). Si evince che in questo tipo di relazione il terapeuta è profondamente implicato. Non è soltanto il paziente ad essere in relazione al terapeuta, ma anche viceversa. Il terapeuta è in relazione al paziente come persona psicofisica nella sua totalità, per cui parti di sé passano nella relazione, entrano in gioco nella relazione, costituiscono il rapporto.

L'importanza intrinseca della relazione è rilevata anche dai moderni pensatori della psicoanalisi. Battistini (2005, http://www.POL_it 2005 - Atti Congresso ALLEANZA TERAPEUTICA. mht.), avvalora l'importanza della relazione quando dice: *“E' molto importante che l'analista si ponga nella situazione analitica con semplicità e coerenza. Che pur mostrando sicurezza e fiducia nella propria competenza ed esperienza, sia pronto ad ammettere gli errori, a riconoscere i propri limiti, anche caratteriali, e a rilevare e interpretare gli enactments. Che acquisisca una consistenza che gli permetta di non essere troppo turbato dall'aggressività, dai giudizi critici, dalle aspettative del paziente nei suoi confronti e che, anzi, ne favorisca l'esplicitazione e l'interpretazione. Che sia*

puntuale nell'interpretare il transfert, con tatto e timing, senza per questo assumere atteggiamenti oracolari o apodittici, bensì con attenzione alla "risposta" del paziente, al suo vissuto, al suo modo di reagirvi, tenendone conto per eventuali altre interpretazioni. Che accetti con naturalezza i movimenti di svalutazione della sua persona che in fasi avanzate dell'analisi il paziente effettua. Che sappia riconoscere adeguatamente la sofferenza, l'impegno, le realizzazioni del paziente. Che, pur sostenendo l'asimmetria funzionale della relazione analitica, ne riconosca la sostanziale simmetria negli aspetti realistici, mostrandosi disponibile a prendere in considerazione richieste realistiche del paziente e ad ammetterne la legittimità. Naturalmente è altrettanto importante che quanto sopra sia supportato da un costante mantenimento dell'assetto analitico e dall'impegno a recuperarlo ogniqualvolta, per qualunque motivo, vada perduto."

Caso clinico di G.

G. ha 42 anni quando decide di fare un percorso di terapia motivato dall'insoddisfazione rispetto alla relazione coniugale. Teme che la moglie possa tradirlo ed è in preda ad una violenta gelosia. E' sposato da circa 20 anni con una donna che ha conosciuto sul lavoro in quanto era una sua dipendente, che lo ha sempre assecondato, rendendosi passiva e considerandosi un po' una "Cenerentola". Gli individui con disturbo narcisistico di personalità tendono a scegliere partner sottomessi che li ammirino e che rimandino loro un'immagine di sé perfetta. Quando la donna, per suoi percorsi di vita, decide di andare in terapia, G. si arrabbia, ha paura di perderla, odia l'analista della moglie arrivando a sospettare che la terapia stessa possa contribuire a spingere la moglie verso un distacco da lui, fino ad arrivare alla separazione.

Il paziente crede di aver perduto il suo oggetto "rispecchiante" e si sente perduto e svuotato: è in un chiaro disturbo di pensiero di tipo paranoide e fortemente a rischio di sviluppo di un disturbo di tipo depressivo. Quello che colgo e che gli rimando in questa fase di primi incontri, è l'immensa sofferenza di quest'uomo, all'apparenza sicuro ed intransigente manager, di fronte alla prospettiva di mettere in discussione il rapporto con la moglie che mi dice di amare di un amore profondo. La sua rabbia la lascio sullo sfondo per il momento: penso che il paziente ha bisogno di sentirsi accolto, ascoltato ed anche legittimato rispetto ai suoi sentimenti. È così che a poco a poco G. si apre alla relazione, inizia a fidarsi di me, nonostante io sia una donna, come le donne importanti della sua vita (madre, moglie e figlia) che lo hanno "tradito" in quanto non lo hanno ammirato e rispecchiato come lui avrebbe voluto. Inizia così la proiezione transferale idealizzante (Kohut, 1977) nei miei confronti: mi vede come ha bisogno di vedermi per assicurarsi e per trovare la forza di continuare il trattamento. In

questa fase di alleanza il mio controtransfert era ambivalente: a tratti mi sentivo partecipe del suo profondo dolore per la difficile relazione coniugale, altre volte mi sentivo frustrata ed arrabbiata quando entravo in contatto con gli aspetti sfidanti ed oppositivi di G. Penso quindi di privilegiare la costruzione della relazione che oscilla quindi tra grandi distanze e pericolose vicinanze, tra monologhi che mi tengono lontana e la ricerca di una vicinanza quasi fusionale, attraverso richieste estenuanti di attenzioni particolari ed esclusive ad esempio rispetto allo spostamento del giorno e dell'ora della terapia. Ho sempre cercato di mantenere un fermo contenimento dimostrando fin dal principio che la base della psicoterapia è la collaborazione, non la collusione; ho riconosciuto i miei errori nella relazione quando ad es. porgevo un rimando che lui trovava non corrispondente a sé, fornendogli un esempio di modellamento rispetto al permesso di sbagliare senza perdere di dignità come persona; ho usato un confronto puntuale e delicato evitando così che lo interpretasse come un attacco.

Un momento importante è stato quando G. ha potuto mettere da parte le sue difese ed ha potuto riconoscere il suo modello relazionale in connessione con il transfert verso me come terapeuta nel momento in cui stavo vivendo un momento doloroso e triste della mia vita per cui ho dovuto lasciare il lavoro per un periodo. Per la prima volta G. prova e manifesta empatia per la mia sofferenza. L'elaborazione e l'interpretazione del transfert lo hanno aiutato a vedermi per quella che sono: "una persona" con cui poter avere uno scambio reciproco, anziché o ammirarmi o invidiarmi.

Questo ha portato alla costruzione di un legame, all'interesse da parte di G. a stare in relazione con me, all'accettazione del rischio che poteva comportare l'affidarsi all'altro, all'accettazione della sua vulnerabilità, dei suoi sentimenti e di tutto ciò di cui il legame terapeutico potesse essere specchio rispetto ai legami della sua vita reale. Nello stesso tempo continuava l'oscillazione tra discorsi maniacali circa il riconoscimento della sua importanza e della sua forza, di come questa fosse importante nei rapporti quotidiani con gli altri e con la moglie. In questa fase di alleanza non ho comunque alimentato le convinzioni del cliente, ma, mantenendomi ferma sulle mie posizioni, l'ho sfidato stimolandolo a mettersi alla prova nella realtà.

"Come mai continua ad aspettarsi da sua moglie qualcosa che non può o non vuole più darle?" Con questo intervento intendevo sollecitare il cliente a fare delle scelte e a incoraggiarlo a disfarsi del suo vittimismo, ricordandogli le conseguenze che questo tipo di scelte hanno per lui e che esse sono una sua responsabilità. Il suo atteggiamento difensivo pian piano si trasforma nella voglia di affrontare la sua dolorosa realtà e specialmente la sua incapacità di accettare se stesso e gli altri con tutte le loro limitazioni in quanto esseri umani. Emergono in questa fase di terapia avanzata ricordi antichi e molto dolorosi del suo essere spesso frainteso, umiliato, visto solo come persona

“arrabbiata” e come portatore di lustro per la famiglia dai suoi genitori; il cliente diviene via via più disponibile ad affrontare e a lavorare sul mancato rispecchiamento e sull’abbandono emotivo e fisico da parte dei genitori, accettando di diventare “sleale” nei loro confronti, cosa che all’inizio non gli era possibile fare in quanto la sua famiglia era semplicemente “meravigliosa”.

A poco a poco, il cliente impara a “stare” con i sentimenti di dolore e odio, disperazione, panico e sconcerto, con l'aiuto dell'interpretazione del terapeuta rintraccia l'origine di questi sentimenti e rivive vecchie esperienze di non protezione e relative all’essere trattato come “ingestibile”. Il cliente inizia a rinunciare alla speranza di essere apprezzato dai suoi genitori e comincia a focalizzarsi maggiormente sulle sue risorse, interessi e talenti, sulla sua generosità, smettendo di lodare (e quindi invidiare) chi possedeva secondo lui qualità che a lui mancavano.

Anche con la moglie, dopo interventi paradossali da parte mia che lo invitavano a lasciare la moglie vista come “distante e traditrice”, il paziente si pone lentamente in una posizione che oscilla tra il distacco e il ritiro e l’amore più profondo. Riesce nei suoi primi tentativi di dialogo. Esprimere i suoi sentimenti e le sue difficoltà alla moglie è per lui una conquista ed una rinuncia all’immagine di uomo forte ed imperturbabile. Accettare il cambiamento, la sua responsabilità nell’aver visto un’immagine “ideale” della moglie, coltivare la reciprocità come punto di arrivo importante in una relazione, sono state le conquiste di G. nel corso degli anni di terapia.

In conclusione, rispetto al lavoro con questi pazienti, e facendo riferimento ai concetti ed agli autori dell’Analisi Transazionale, concordiamo con Cornell (2001) nel dare risalto al pensiero di Berne quando parlava di *“responsabilità personale, di conflitto intrapsichico, di “manipolazione” interpersonale e di “costruzione” del proprio copione di vita”*; per questo riteniamo che il compito del terapeuta sia quello di accogliere nella relazione in modo empatico il paziente, con lo scopo di creare alleanza, per aiutarlo a *“riflettere sui modi, sulle ragioni e sui convincimenti sui cui basa le sue relazioni, in modo che egli stesso possa scegliere di cambiare il suo modo di porsi in relazione con gli altri”* (2001); in altre parole il terapeuta aiuta il paziente a sviluppare, in un ambiente facilitante, il suo funzionamento autonomo.

Il nostro pensiero, e quindi la nostra metodologia, è che *l’alleanza terapeutica* sia la prima fase nella costruzione della *relazione reale* con il terapeuta dove lo stesso è in relazione al paziente come persona psicofisica nella sua totalità, per cui parti di sé passano nella relazione, entrano in gioco nella relazione, costituiscono l’essenza del rapporto.

Quindi lo scopo ultimo della relazione terapeutica è, non solo offrire una relazione correttiva rispetto all'esperienza originaria, bensì quello di cambiare il modo di pensare e di sentire della persona attraverso la relazione reale con il terapeuta stesso che da Adulto si schiera con l'Adulto osservante del paziente.

Concludiamo con l'affermazione di M. Ponsi: *“la posizione di oggettività è fondamentale per abilitare l'analista a comprendere l'inconscio: ma se questa capacità non si salda con la valutazione della capacità del paziente di comprenderlo - se, in altre parole, non viene prestata una costante attenzione alla relazione collaborativa, - invece che autentica conoscenza di sé si produrranno indottrinamento o seduzione.”* (Ponsi, 2000, pp. 63-85).

BIBLIOGRAFIA

- Adler, G. (1979). “The myth of the alliance with borderline patients”. In *Am. J. Psychiatry*, 47 pp. 642-645.
- Allen, R. e Allen, B. (1991). Concepts of transference: a critique, a typology, an alternative hypothesis and some proposal. *TAJ*, 21, 77-91.
- Battistini, A. (1998). “La consistenza dello psicoanalista tra duttilità e fermezza”. *Rivista di Psicoanalisi*, XLIV,1.
- Battistini, A. (2005). Dal sito http://www.POL_it 2005 - Atti Congresso ALLEANZA TERAPEUTICA. mht. *Atti del Congresso Nazionale “Alleanza terapeutica”*. “L'alleanza terapeutica in psicoanalisi”. Padova, ottobre 2004.
- Bergeret, J. (1996). *La personalità normale e patologica*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2002.
- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy. A systematic individual and social psychiatry*. New York: Grove Press (Tr. it. *Analisi Transazionale e psicoterapia*. Roma: Astrolabio, 1971).
- Berne, E. (1962). Classification of positions. *TAB*, I(3),23.
- Berne, E. (1962). In Treatment. *TAB*, I(2), 10.

- Berne, E. (1963). *The Structure and Dynamics of Organization and Groups*. Philadelphia Lippincott Company.
- Berne, E. (1964). *Games people play*. New York: Grove Press (Tr. it.: *A che gioco giochiamo*. Milano: Bompiani, 1967).
- Berne, E. (1966). *Principles of Group Treatment*. New York: Grove Press. (Tr. it.: *Principi di terapia di gruppo*. Roma: Astrolabio, 1986).
- Berne, E. (1970). *Sex in human loving*. New York: Simon and Schuster (Tr. it. *Fare l'amore*. Milano: Bompiani, 1986).
- Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello?*. New York: Grove Press. (Tr. it.: *Ciao ! ... e poi?*. Milano: Bompiani, 1979. Cap. I-XV).
- Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello?*. New York: Grove Press (Tr. it.: *Cosa dici dopo aver detto ciao?* Milano: Archeopsiche, 1993. Cap. XVI-XXII).
- Blackstone, P. (1993). Il bambino dinamico: integrazione di struttura di secondo ordine, relazioni oggettuali e psicologia del Sé. *Quaderno n. 20-21*, 1997.
- Bordin, E.S. (1975). The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy. *Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research, Washington (DC)*.
- Bordin, E.S. (1979). "The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance". In *«Psychotherapy: Theory, Research, and Practice»*, 16, 1979, pp. 252-60.
- Boulton, M. (1977). Parental injunctions: Witch messages masquerading as nurturing parent messages. *TAJ*, 7, 10-14.
- Clarkson, P. (1991). Through the looking glass: exploration in transference and countertransference. *TAJ*, 21, 99-102.
- Cornell, W.F., Bonds-White, F. (2001). Vicinanza terapeutica in analisi transazionale: La verità dell'amore o l'amore per la verità. *TAJ*, XXXI, 1, January 2001
- Divac-Jovanovic M., Radojkovic, S. (1987). Trattamento dei fenomeni borderline al di là delle categorie diagnostiche. *Rivista Italiana Di Analisi Transazionale*, VIII, 14, Giugno 1988.

- Erskine, R.G., & Trautmann, R.L. (1996). Methods of an integrative psychotherapy. *TAJ*, 26, 4 pp. 316-327.
- Erskine, R.G. (1998). The therapeutic relationship: integrating motivation and personality theories. *TAJ*, 28 n. 2, pp.132-141.
- Fonagy, P. & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Cortina.
- Freud, S. (1912a). *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*. O.F.S., vol. VI, 1912a. Torino: Bollati Boringhieri 1967-1980.
- Freud, S. (1912b). *Dinamica della traslazione*. O.S.F., vol. VI, 1912b. Torino: Bollati Boringhieri 1967-1980.
- Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*. O.S.F. vol. VII, Bollati Boringhieri, Torino 1975.
- Gabbard, G.O (1992). *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Greenson, R.R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. in «*Psychoanalytic Quarterly*», 34 pp.155-181.
- Greenson, R.R. (1967). *Tecnica e Pratica Psicoanalitica*. Milano: Feltrinelli Editore, 1972.
- Gunderson, J.G. (2001). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing (tr. it.: *La personalità borderline: una guida clinica*. Milano, Cortina, 2003).
- Kohut, H. (1977). *La guarigione del Sè*. Torino: Boringhieri, 1980.
- Kernberg, O. (1975). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.
- Lalli, N. (2001). *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*. Napoli: Liguori Editore.
- Lalli, N. (2003). "Il narcisismo e il disturbo di personalità". *VIII Congresso di Psicoterapia-IREP-Montesilvano (PE)*. 22-25 Maggio 2003.
- Lingiardi, V. (2002). *Alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liverano, A. (1996). Significato dell'alleanza terapeutica con pazienti psicotici. *Atti del convegno Nazionale Di Analisi Transazionale*, pp.185-94, Roma.

- Loomis, M. (1982). Contracting for change. *TAJ*, 12.
- Luborsky, L., (1976). Helping alliance in psychotherapy. In Cleghorn, J.L. 1976. *Successful psychotherapy*. New York: Brunnel/Mazel, pp. 92-116.
- Luborsky, L. et al. (1980). Predicting the outcome of psychotherapy: Findings of the Penn Psychotherapy project. In «*Archives of General Psychiatry*», 37, 1980, pp.480-491.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as Predictors of Psychotherapy Outcomes: Factors Explaining the Predictive Process. In Horvath A.O. - Greenberg L.S. (1994). *The Working Alliance: theory, research and practice*. New York: John Wiley & Sons, pp.38-50.
- Mahler M.S. (1968). *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation. Vol. I: Infantile Psychosis*. New York: Int. Univ. Press (trad. it.: *Le psicosi infantili*. Torino: Boringhieri, 1972).
- Mahler M.S., Pine F. & Bergman A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. New York: Basic Books (trd. it.: *La nascita psicologica del bambino*. Torino: Boringhieri, 1978).
- Mancia, M. (2004). *Sentire le parole. Archivi sonori della memoria implicita e musicalità del transfert*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Massey, R.F. (1991). The evolution of perspective on transference in relation to Transactional Analysis, *TAJ*, 21, pp. 155-169.
- Masterson, J. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.
- Masterson, J. (1981). *Narcisistic and borderline disorders: An integrated developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.
- Masterson, J. (1985). *The real self. A developmental, self and object relations approach*. New York: Brunner/Mazel.
- Meissner, W.W. (1996). *The therapeutic alliance*. New Haven/London: Yale University Press.
- Mellor, K., Sigmund, E., (1975). Redefining. *Transactional Analysis Journal*, 5(3), pp. 303-311.
- Mitchell, S.A., Aron, L. (1999). *Relation Psychoanalysis. The Emergence of a Tradition*. New York: The Analytic Press Hillsdale.

- Mitchell, S.A. (2002). *Il modello relazionale: dall'attaccamento all'intersoggettività*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Moiso, C. (1985). Ego state and Transference. *TAJ*, 15, 3, 194-201.
- Ponsi, M. (2000). Paradigma relazionale e alleanza terapeutica. In Lingiardi *Alleanza terapeutica*. Milano: R. Cortina, 2002, pp.63-85.
- Rinsley, D.B. (1989). *Developmental Psychodynamic of Borderline and Narcisistic Personalities*. New York: Jason Aronson.
- Romanini, M.T. (1999). *Costruirsi persona*. Milano: Ed. La Vita Felice.
- Safran, J.D., Muran, J.C. (1995). Resolving therapeutic alliance rupture: Diversity and Integration. In *“Session: Psychotherapy in Practice” I*, pp.81-92.
- Safran, J.D., Muran, J.C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and Integration. In *«Journal of Clinical Psychology»*, 56, 2, pp. 233-243.
- Safran, J.D, Muran, J.C., Samstag, L.S., & Stevens, C. (2002). Repairing Alliance Ruptures. In J.C. Norcross (Ed.), *“Psychotherapy relations that work”*, pp.235-244. New York: Oxford University Press.
- Schiff, J.L. et al. (1975). *Cathexis Reader*. New York: Harper & Row (Tr. it. *Analisi transazionale e cura delle psicosi*. Roma: Astrolabio, 1980).
- Semi, A. A. (2007). *Il narcisismo*. Bologna: Il Mulino.
- Sterba, R. (1929). The dynamics of the dissolution of the transference resistance. In *«Psychoanalytic Quart. »*, 9, 1940. pp. 363-79.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. In *«International Journal of Psychoanalysis»*, 115. pp. 117-26.
- Tosi, M. T. (1991). L'alleanza narcisistica nella relazione terapeutica. *Atti del Convegno Nazionale di AT 1991*, Venezia. Roma: SIAT.
- Zetzel, E.R. (1958). *Psichiatria Psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri, 1976.

Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Mahwah: Erlbaum.

Winnicott, D. W., (1949). Hate in counter-transference. *Int. J. Psychoanal.*,30, pp 69-75. (Tr. It. *L'odio nel contro transfert*, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi* Firenze: Martinelli, 1975).