



DIALOGHI ADLERIANI

OSSERVATORIO DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE CONTEMPORANEA DELL'ISTITUTO ALFRED ADLER DI MILANO

Anno III, n. 5

Gennaio-Giugno 2016

Michael Titze

Controllo attivo del transfert e del controtransfert

CONTROLLO ATTIVO DEL TRANSFERT E DEL CONTROTRANSFERT NELLA PSICOTERAPIA BREVE ORIENTATA ALLA PSICOLOGIA DEL PROFONDO¹

MICHAEL TITZE

CONTROLLO ATTIVO DEL TRANSFERT E DEL CONTROTRANSFERT NELLA PSICOTERAPIA BREVE ORIENTATA ALLA PSICOLOGIA DEL PROFONDO¹

MICHAEL TITZE

I. Introduzione

La psicoterapia breve rappresenta il bambino piuttosto poco amato della psicoanalisi e, non infrequentemente, oggetto di feroci polemiche (Leuzinger-Bohleber, 1985). Altri indirizzi psicoterapeutici, tuttavia, hanno adattato la loro procedura a tecniche limitate nel tempo. Ciò vale in particolare per le metodologie strategiche e per quelle che sono centrate sul cliente (de Shazer, 1985, 1988; Fisch et al., 1982; Hoffmann, 1979; Rogers, 1951). In questo contesto, importanti rappresentanti della “Psicologia Umanistica” non esitano a riferirsi, in maniera dettagliata ed esplicita, ai concetti analitici della terapia breve (Petzold, 1993).

In primo luogo, occorre precisare che in molti paesi la realtà socio-economica sembra favorire la “competitività” di procedimenti terapeutici brevi per semplici ragioni monetarie. In molti casi, le compagnie di assicurazione pagano solo una parte dei costi di una psicoterapia e, perciò, il contributo pecuniario del paziente diventa consistente. Questa motivazione, puramente legata a ragioni economiche, potrebbe spingere il paziente a non optare per una terapia a lungo termine.

Certamente non dobbiamo aspettarci che i giorni della procedura classica della psicoanalisi ortodossa siano contati, perché questa metodologia ha dimostrato sufficientemente la propria efficacia nel corso degli ultimi decenni. Inoltre, è incontestabile che le terapie psicodinamiche brevi abbiano vari limiti per quanto riguarda la loro indicazione. D'altra parte, il trattamento analitico a lungo termine può essere inteso come “una terapia focale continua con focus variabile”, che non ha limiti cronologici (Thomä & Kächele, 1988). L'interesse per la pratica ben collaudata di una terapia breve orientata in senso psicodinamico è aumentato costantemente nell'ambito della storia della psicoterapia (Goleman, 1981). Una ragione importante di questo incremento d'attenzione è attribuibile al fatto che questa forma di terapia psicodinamica rappresenta una vera alternativa agli approcci cognitivi e strategici che si sono sviluppati recentemente (Yapko, 1989). Inoltre, le terapie brevi orientate in senso psicodinamico non sono assolutamente in contrasto con la tradizione della psicoanalisi. Così Beck (1974), Leuzinger-Bohleber (1985) e Malan (1963) richiamano l'attenzione sul fatto che Freud, Ferenczi, Rank e Stekel hanno condotto psicoterapie brevi, che si sviluppavano complessivamente in pochi mesi di trattamento analitico. Durante questo intervallo di tempo, sembra che sia stato relativamente non problematico il fatto che un analista:

- abbia affrontato il proprio paziente in un modo decisamente attivo (Ferenczi, 1927);
- abbia controllato tematicamente il discorso analitico;
- abbia volutamente imposto certe frustrazioni al paziente (Malan, 1963).

Di seguito vorrei illustrare alcuni concetti fondamentali della terapia breve orientata in senso

¹ Versione riveduta di M. Titze (1995). Aktive Steuerung von Übertragung und Gegenübertragung bei tiefenpsychologisch fundierter Kurztherapie. *Psychotherapie Forum*, 3, 61-68.

psicodinamico, il che costituisce una premessa per discutere sulla possibilità di un approccio non convenzionale, anche parzialmente “paradossale”, utilizzato finora solo per le terapie non analitiche a breve termine. In questo senso, il contributo può essere visto come un suggerimento ai fini di una pratica integrativa della terapia breve.

II. L'approccio correttivo: manipolazione del transfert e l'“esperienza emotiva correttiva”

Fin dal 1938 uno dei primi approcci di terapia breve è stato modellato, sistematizzato e esaminato catamnesticamente da Franz Alexander, analista di Chicago (Alexander, 1965; Alexander & French, 1946). L'obiezione fondamentale in questo contesto si basava sul fatto che le terapie brevi sarebbero state adatte solo per una mediazione di tipo cognitivo e didattico dell'*insight* e non tenevano conto delle dinamiche del transfert. Questa obiezione critica è stata contrapposta dal cosiddetto *Gruppo di Chicago* al concetto di “manipolazione del transfert”, il che significa che il terapeuta cerca di creare con il paziente una reale relazione empatica che si diversifica in modo significativo dalla qualità del rapporto originale vissuto con genitori che avevano fallito, per il semplice fatto che erano «troppo punitivi, indifferenti o iperprotettivi» (Alexander & French, 1946, p. 53). C'è un'inequivocabile corrispondenza con “la tecnica psicoanalitica elastica” di Sandor Ferenczi (1927/1964; 1931).

Il *focus* del lavoro terapeutico qui si basa su un controllo attivo del transfert che si connette con le condizioni di vita “attuali” del paziente, così come le sue esperienze specifiche si inseriscono all'interno della cornice della relazione terapeutica (Klüwer, 1977). Fin dall'inizio il paziente può sperimentare «esperienze emozionali correttive», che facilitano la risoluzione della coazione a ripetere a cui è collegato il nevrotico “conflitto di base” del paziente medesimo. Queste esperienze di transfert offrono «una preparazione e un allenamento per la vera battaglia della vita» (Alexander & French, 1946, p. 38).

III. L'approccio interpretativo: focalizzazione e tematizzazione

Michael Balint², facendo riferimento a Ferenczi, ha sviluppato una forma originale di terapia breve (Balint et al., 1972). Egli, infatti, intende dare vita a una relazione terapeutica positiva come condizione imprescindibile per l'applicazione della cosiddetta tecnica della “psicoterapia focale”. In generale, l'efficacia dell'attività terapeutica è riposta sull'interpretazione dei conflitti nevrotici, che sono collegati a un “focus” specifico (Malan, 1968), che corrisponde ad un conflitto inconscio che deve essere stocasticamente rilevato dal terapeuta, tenendo dunque conto dei dati anamnestici, dell'evento scatenante e del controtransfert. Questo conflitto, poi, deve essere correlato, in modo strutturato, ai problemi attuali del paziente: «Il conflitto focalizzato corrisponde alla compressione di un aspetto significativo della patologia del paziente, che, pertanto, deve essere formulato preferibilmente con un'interpretazione, dando quindi una direzione alla terapia in corso» (Klüwer, 1977, p. 1137).

² Michael Balint ha sviluppato negli anni di 1950 gruppi di supervisione per medici, in cui il rapporto terapeutico è stato un tema centrale.

Un *focus* può anche costituire un «tema unificante» (Malan, 1976, p. 7) che è contenuto in una «formula interna» (Beck, 1974, p. 24). Sulla base di tale formula, si può sviluppare l'ulteriore lavoro d'interpretazione (Malan, 1976; Thomä & Kächele, 1988; Titze & Salameh, 1995). Malan e Sifneos (1973; 1979) agevolano la focalizzazione di un conflitto edipico, che dovrebbe “cristallizzarsi” già entro le prime sedute (Malan, 1963). Tutto il materiale che non è rilevante per quanto riguarda il *focus* selezionato sarebbe da tralasciare. Il terapeuta deve stabilire attivamente relazioni tra le manifestazioni nevrotiche del conflitto focalizzato:

- nel passato della biografia del paziente;
- nella situazione di vita attuale;
- nella dinamica immediata del transfert.

Non si prendono in considerazione gli atteggiamenti difensivi. Piuttosto, il paziente deve essere confrontato con tutti i sentimenti associati al conflitto focalizzato (ad esempio, rabbia, paura, tristezza) (Sifneos, 1973).

In generale, viene sottolineato dagli autori che il confronto diretto con la sfera inconscia della personalità rappresenta una grande sfida per il terapeuta, perché i dinamismi del transfert e del controtransfert sono inevitabilmente coinvolti.

IV. Rafforzamento di autostima, incoraggiamento ed aiuto pragmatico in caso di ferite narcisistiche

La terapia breve di Leopold Bellak è caratterizzata da una premessa non convenzionale: trasmettere al paziente, in particolare e senza ulteriori indugi, esattamente ciò di cui egli ha bisogno nella sua acuta situazione di emergenza psicologica, cioè un rafforzamento della sua autostima (Bellak, 1979; Bellak & Small, 1965). Pertanto, la preoccupazione di Bellak, per molti aspetti, corrisponde all'approccio teleoanalitico di Rudolf Dreikurs che si avvale di una “tecnica a specchio”, che nel mettere a confronto il paziente con le proprie finalità e i propri obiettivi inconsci, allo stesso tempo, lo incoraggia e lo rafforza, in modo sistematico, nella fiducia in se stesso (Dreikurs, 1980). Ciò richiede che il terapeuta realmente sia convinto «della forza del paziente e della sua (positiva) determinazione» (Dreikurs, *Ibid.*, p. 106). In relazione a questo principio, Bellak (1979) presuppone che il coinvolgimento empatico senza restrizioni del terapeuta nei confronti della storia della vita del paziente può originare una “soddisfazione narcisistica”, che permette la rapida creazione di una stabile alleanza terapeutica. Il terapeuta, di conseguenza, dovrebbe sforzarsi costantemente per cercare di raggiungere una comprensione simpatetica nei confronti dei problemi e delle preoccupazioni del paziente, creando così un «senso di speranza» (Bellak, 1979, p. 566).

In tal modo, il terapeuta dovrebbe proseguire attivamente con particolare impegno nella “modifica dell'*ideale del Sé* e degli *introietti*”. Quindi, il terapeuta stesso opera, per così dire, come “modificatore”, perché, nel contesto di un'interazione reale, introduce immediatamente materiale concreto esponendo, per esempio, aneddoti su se stesso o offrendo punti di vista ed “esempi sorprendenti” «che sono in contrasto con la maggior parte delle consuete procedure della psicoanalisi in generale o di un terapia a lungo termine» (Beck, 1974, p. 40). Qui, è facilmente identificabile un'affinità con l'approccio della psicoterapia breve strategica di Milton Erickson (Rosen, 1990) e con

l'umoristica "Integrative short-term Psychotherapy" di Waleed Salameh (1987).

Allo stesso modo, Arnold Goldberg (1973) e James Mann (1978) valutano la rapida creazione di una relazione empatica condizione essenziale per poter affrontare col paziente i suoi conflitti precoci di separazione. Il rapporto terapeutico diventa, perciò, una nuova "esperienza emozionale", che aiuta il paziente a (ri-)acquistare autonomia e rispetto di sé. Goldberg, rifacendosi a Heinz Kohut, sostiene che la vera motivazione che spinge a consultare un terapeuta è la "vulnerabilità narcisistica" del paziente. Il compito principale del terapeuta, quindi, è quello di mettersi al servizio del paziente come oggetto-sé (*self-object*) che svolge una funzione riflessiva e protettiva. In tal modo, il paziente è supportato nel:

- risollevarsi dalle ferite subite;
- ripristinare le proprie fantasie riorganizzative (= le risorse positive) (Burke et al., 1979).

In questo contesto, il terapeuta non dovrebbe esitare a tollerare anche le idealizzazioni primitive che, nel corso del transfert, sono proiettate dal paziente sulla propria persona: questo potrebbe essere un prerequisito pragmatico per riconquistare un «equilibrio narcisistico» (Burke et al., *Ibid.*, p. 180).

V. Specifici particolari di orientamento psicodinamico nelle terapie brevi

Se ci riferiamo alle terapie brevi psicodinamiche possiamo elencare alcune caratteristiche della prassi terapeutica:

- cercare attivamente e empaticamente di stabilire una relazione terapeutica positiva ("manipolazione del transfert");
- selezionare e focalizzare il materiale affettivamente significativo che costituisce il fattore determinante per la tematizzare il "nucleo conflittuale";
- orientarsi in maniera precipua alle risorse specifiche del paziente, per fornire, in questo modo, nel corso dell'incoraggiamento continuo un sicuro ripristino o (ri-) rafforzamento dell'autostima e della fiducia in se stesso;
- tentare di modificare gli effetti inibitori di un rigido "Ideale del Sé", relativizzando corrispondenti imperativi normativi (ideali) in modo ironico o umoristico.

VI. Identificazione proiettiva e comunanza entropatica

L'«identificazione empatica intuitiva con il paziente» (Larbig, 1973, p. 108) è di importanza fondamentale per l'approccio della terapia psicodinamica breve. In questo contesto, il concetto convenzionale di *identificazione* non corrisponde necessariamente con il multiforme significato che si attribuisce a questo termine nella letteratura psicoanalitica (Laplanche & Pontalis, 1967). Questa nozione, piuttosto, si riferisce più al processo *empatico* che è stato formulato da Alfred Adler in questo modo (Titze & Kühn, 2012): «Come può ciò essere spiegato? Ciò si può dire brevemente. È necessario produrre questo sentimento dentro di te. Devi entrare in contatto con l'altro. Devi guardarlo con i suoi occhi, devi ascoltarlo con le sue orecchie e devi vibrare con il suo cuore, in breve: tu devi identificarti con lui» (Adler, 1930, p. 176).

Questa definizione implica un accesso attivo nella sfera privata del paziente, per mezzo delle sue

esperienze affettive. L'adleriano Bernard Shulman (1968) ha osservato che un prerequisito essenziale per tale immedesimazione è la capacità del terapeuta di relazionarsi con la logica privata del paziente. Shulman scrive: «Per scoprire la logica privata del paziente (il modo in cui egli percepisce e appercepisce) è necessaria una certa sensibilità. Il terapeuta deve essere in grado di vedere “le ruote che girano nella testa del paziente”» (p. 135).

In questo contesto, Heinrich Racker (1948) crea una connessione col concetto di controtransfert usando il termine “identificazione concordante”. Il paziente stesso può, inconsciamente, iniziare un processo interattivo su se stesso. Questo processo è stato anche espresso molto bene attraverso il concetto di “identificazione proiettiva”.

Originariamente, Melanie Klein (1946) aveva concettualizzato il fenomeno interattivo dell'identificazione proiettiva come una separazione inconscia di parti affettive del sé. Queste parti sono, secondo il pensiero della Klein, “inserite” o “scaricate” in un'altra persona, per esempio, nell'analista. In questo modo, l'affetto in questione potrebbe essere controllato maggiormente dal paziente. A causa della sua importanza interattiva, questo specifico meccanismo di difesa (che originariamente era stato concepito solo in senso psicopatologico) può essere usato molto bene per fini terapeutici. Quindi, Zwiebel (1988), seguendo Wilfred Bion (1977), sottolinea che il fenomeno di identificazione proiettiva presenta il suo potenziale espressivo nei «processi di empatia, intuizione o infatuazione» (Zwiebel, *Ibid.*, p. 260). Se il terapeuta assume un atteggiamento simpatetico e fundamentalmente accogliente nei confronti del paziente, «si comporta, per così dire, come un generoso padrone di casa che offre ai suoi ospiti i servizi della sua grande casa» (*Ibid.*, p. 263). Egli agisce quindi come un “contenitore” per le azioni affettive del Sé, che il paziente ha scomposto (= *to split off*), per mezzo di «fantasie onnipotenti» (Bion, 1977, tomo I, p. 31; tomo III, p. 8), perché esse hanno assunto un effetto tossico (Ogden, 1982). Consentendo questa proiezione e internalizzando quelle parti tossiche del Sé del paziente, il terapeuta “disintossica” il suo Sé (Hinz, 1989). Così, il terapeuta agisce come un modello di completa auto-accettazione: «Seguendo la direzione dell'interazione (terapeutica), il paziente può identificare, con l'aiuto delle interpretazioni dell'analista, le parti scomposte del proprio sé... Fino a quando il paziente è alienato da queste parti, esse non possono essere accettate e (re-) interiorizzate» (Thomä & Kächele, 1988, tomo 2, p. 155).

Ogden (1982), tuttavia, va ancora un passo avanti. Egli invita il terapeuta ad appropriarsi realmente dei problemi affettivi del paziente: «Se il paziente si sente senza speranza ed incurabile, essendo antipatico e intrattabile, allora il terapeuta deve accettare di provare la sensazione di sentirsi *come un terapeuta* senza alcun valore per questo paziente disperato» (p. 30).

Se il terapeuta è disposto a prendere su di sé tali sentimenti basilari, che indicano un “nucleo conflittuale”, o a “farli temporaneamente propri come problematiche personali”, egli certamente sta “agendo” (= *acting out*), ma ciò rappresenta una parte indispensabile della vitalità del rapporto analitico e può essere utilizzato come materiale corrente per il processo terapeutico in corso (Zwiebel, 1988).

Il concetto d'identificazione proiettiva soddisfa le preoccupazioni della psicoterapia psicodinamica breve, in quanto permette, in ultima istanza ma non meno importante, un'«analisi del reale processo d'interazione» (Thomä & Kächele, 1988, tomo 2, p. 159), con la diretta inclusione delle dinamiche affettive.

Una specifica prova di codesto atteggiamento fenomenologico è stata fornita da Michel Henry

che ha coniato il termine «comunanza entropatica» (1992, p. 210), per denominare un particolare tipo di esperienza intersoggettiva basica. Il termine “entropatia” va al di là dell’“empatia”. Henry sostiene che si tratta, in questo contesto, di una compenetrazione affettiva dell’“esistenza di un altro” (Kühn, 1994). Pertanto, l’ipostatizzazione di una comunanza entropatica è creabile solo se il terapeuta rileva lo stato affettivo del paziente come un vero e proprio “essere-con lui”, come un essere *affettivo comune*. Henry (1992) spiega: «Questo *pathos* reciproco (*pathos-avec*) è sempre e inizialmente effettuato come un reale e concreto essere insieme: l’essere di una madre con il figlio, di un ipnotizzatore con la persona ipnotizzata, di un amante con la persona amata, di un analista con il paziente, etc.» (p. 243).

VII. Alleanze terapeutiche “irrazionali” paradossali

Lawrence Friedman (1969) distingue tra alleanze terapeutiche “razionali” ed “irrazionali”. Quest’ultima alleanza avviene quando il terapeuta diventa segretamente l’oggetto delle fantasie magiche del paziente. Tali fantasie possono essere risvegliate nel corso di una terapia psicodinamica breve semplicemente a causa dei limiti di tempo. Pertanto il terapeuta, che pratica la terapia breve, si trova in una situazione paradossale: egli ha intenzione di curare, nel giro di poche sedute, una persona che ha combattuto invano per un periodo di tempo molto lungo contro i propri sintomi. Quindi, sono ugualmente favorite fantasie collegate con il tema dell’onnipotenza, nonché tendenze alla regressione e/o alla resistenza. Il motivo di questi fenomeni sono individuabili già nel colloquio iniziale, in cui il paziente può sperimentare la delusione nel confrontarsi con la limitazione temporale del trattamento offerto; quindi, il tema della separazione è implicitamente determinante (Mann, 1973).

Giuseppe Ferrigno (2014b) si concentra proprio su questo problema. Egli sottolinea come la “fanciullaggine” del terapeuta s’intrecci all’apparente “trasandatezza” (“sloppiness”) del paziente, generando «un legame di risonanza [...] tra l’operatore ed il paziente» (p. 69). In tal modo “il paziente non è più un caso clinico”, ma una persona, un essere umano con cui il terapeuta interagisce attraverso un legame personale all’interno del *hic et nunc* della relazione terapeutica. Così, può nascere un dialogo empatico ed incoraggiante in pieno accordo con la concezione adleriana.

È innegabile che la possibilità di (ri-)vivere desideri regressivi, in conformità con gli intrinseci dinamismi psichici, non può essere introdotta gradualmente in una terapia breve. L’arco di tempo per questo processo di sviluppo è semplicemente troppo breve. Ma questa condizione deve essere tenuta in piena considerazione in modo che possa essere tematizzata nel corso del processo terapeutico. In tal modo il terapeuta deve affrontare (e anche promuovere) con benevolenza tutte le indicazioni dei processi primari paralogici. Questa strategia permette una consapevolezza immediata e rapida dei collegamenti psicodinamici “nascosti”, così come latenti tendenze di resistenza (Davanloo, 1986). In tal modo, la creazione di un’alleanza terapeutica valida è assicurata. Shulman (1968) considera ciò come un presupposto comunicativo: «Quando il terapeuta comprende il mondo privato del paziente abbastanza bene da poter formulare un’interpretazione significativa, può aver luogo un interscambio utile fra lui e il paziente» (p. 96).

In queste condizioni, può nascere un’alleanza terapeutica che può sembrare abbastanza assurda dal punto di vista del senso comune.

Un’istruzione perspicace per stabilire una tale “alleanza irrazionale” si può trovare in un breve

articolo scritto da Don Jackson già nel 1963. Questo saggio si occupa del trattamento di un paziente paranoico. Jackson pone grande enfasi sulla creazione di una relazione terapeutica che si caratterizza per sincerità e calore. Ne consegue la premessa che il terapeuta dovrebbe offrire incondizionatamente la sua collaborazione al paziente. Inoltre, egli dovrebbe:

- servire da modello per l'acquisizione di nuove conoscenze;
- aiutare il paziente a mantenere la distanza dai pensieri difensivi di insicurezza (Jackson, 1963)

Jackson descrive come egli aveva reagito alla paura di un paziente che aveva espresso il sospetto che all'interno della stanza in cui avveniva il trattamento fossero stati installati microfoni nascosti. Jackson subito riuscì a entrare nella sua fantasia esprimendo inequivocabilmente la stessa preoccupazione e insistendo nel girare a testa in giù insieme al paziente per la stanza in cui avveniva il trattamento, al fine di trovare le "cimici". Questo procedimento si trascinò per molto tempo e il paziente diventò sempre più insicuro e imbarazzato. Ma tutto ciò non intimorì Jackson in nessun modo. In seguito questa ricerca dovette essere interrotta senza successo e il paziente cominciò a parlare spontaneamente ed in modo esplicito sul rapporto con sua moglie, che in effetti aveva dato luogo a sospetti.

Questa procedura non è da valutare come un semplice "intervento paradossale", ma come un grande esempio di manipolazione del transfert. La ragione è da ricercare nel fatto che la fondata sfiducia biografica del paziente, che era stata rinforzata nel corso del suo matrimonio, era stata trasportata da lui nella situazione terapeutica, in modo da proiettarla sul terapeuta. Jackson non solo tollerava questa proiezione, ma si identificava in modo entropatico con il paziente nell'immediatezza della situazione terapeutica. Egli, agendo in questo modo, aveva stabilito un contatto con il mondo affettivo del paziente, creando puntualmente una "relazione gemellare" (Grotstein, 1981; Rosenfeld, 1987), che consente una riflessione originale sulle nozioni che si riferiscono alla logica privata affettiva.

Thomas Ogden descrive una terapia che è stata compromessa da varie manifestazioni di resistenza (lungo silenzio, disinteresse dimostrativo del paziente, etc). Dopo che il terapeuta si era reso conto di essere caduto nella trappola del paziente, aveva deciso di offrirgli qualcosa che costituisse il proprio marchio. Così Ogden si rivolse al paziente, dopo un lungo periodo di silenzio: «Vogliamo giocare ancora al gioco "noi oggi siamo testardi"?» (1982, p. 64). Quando il paziente lo guardò in modo stupito, il terapeuta dichiarò che la risposta a questa domanda era un mistero. L'ulteriore interazione quindi costituiva una messa in scena ludica di tutti quegli elementi esplosivi che il terapeuta aveva assorbito mediante l'identificazione proiettiva (paura di unirsi/desiderio di connessione, paura della separazione assoluta/desiderio di separazione).

VIII. L'alleanza cospirativa

Il "metodo cospirativo" è al servizio degli specifici obiettivi della terapia breve ed è anche ben compatibile con i principi epistemologici della Psicologia Individuale (Titze, 1978, 1979, 1985, 1987), che si fonda sul processo di comprensione reciproca che scaturisce da un "cambiamento dialogico di prospettive" (Titze, 1989). Ciò richiede, da parte del terapeuta un costante controllo del controtransfert al fine di promuovere tale processo di comprensione identificatoria. Il terapeuta dovrebbe, secondo la "riduzione" fenomenologica (Husserl, 1907, 1923), escludere tutte le nozioni secondarie che derivano dal mondo reale delle convenzioni normative (Titze, 1992). Il punto è che il terapeuta

dovrebbe orientarsi verso l'inconscio "sistema di riferimento primario" del paziente, che include la sua "logica privata". Questo è il presupposto per comprendere – in modo entropatico – lo specifico *stile di vita* del paziente o il suo implicito piano di vita. Sulla base di tale processo di identificazione reciproca, il terapeuta può svelare la finalità inconscia, ma comunque significativa, di quel piano di vita, che è insita in tutte le manifestazioni della vita del paziente, anche in quelle patologiche.

Se riesce ad appropriarsi della prospettiva inconscia dello stile di vita del paziente, il terapeuta può, con un luccichio nei suoi occhi, rispecchiargli la sua più nascosta finalità. Così il terapeuta può gradualmente incoraggiare il paziente – nell'immediatezza della situazione terapeutica – a sviluppare progressivamente un atteggiamento più autodeterminato verso se stesso. Ma ciò presuppone che le qualità positive dello stile di vita del paziente siano state sperimentate entropaticamente dal terapeuta. A quel punto, il terapeuta può procedere nel riflettere scrupolosamente tali qualità al paziente. Questo procedimento è in pieno accordo con il concetto di manipolazione del transfert, ma potremmo anche parlare di un controllo dell'*identificazione proiettiva*. Per citare un esempio, si riporta una sequenza di dialogo con una paziente depressa.

Paziente (P.), all'inizio della seduta: «Non ho praticamente dormito la scorsa notte!». (Dopo un lungo silenzio) «Non so che cosa devo dire ora!».

Terapeuta (T.): «Se fossi al suo posto, sarei piuttosto arrabbiato».

P. (interessato): «Perché?».

T.: «Perché? Se fosse successo a me, che stavo così male per un così lungo periodo di tempo e se avessi subito, dopo tanti anni di matrimonio, tanta cattiveria e ingratitudine, sarei arrabbiato con il mondo intero, anche con il mio terapeuta!».

P.: «Ma per questo io non ho affatto alcun motivo per arrabbiarmi con lei! Dopo tutto lei ha tanti problemi con me».

T.: «Problemi. Questo è esattamente ciò che sua madre ha sempre detto: "Ho tanti problemi con te!"».

P.: «Sì, sì, ma io non sono davvero arrabbiato con lei!».

T.: «In confidenza: al suo posto, sarei arrabbiato. Ascolti, oggi abbiamo avuto la nostra decima ora, e Lei non si sente ancora bene. Se lei, in così poco tempo, mi avesse mostrato di star bene, di essere libera dai sintomi, avrebbe fatto per me la stessa cosa che ha sempre fatto per sua madre, suo marito e tutte le altre persone, di cui abbiamo già parlato. Lei, cioè, mostra a tutti che sta bene, che sta facendo tutto per bene, in modo che tutti possano sentirsi benissimo. Se fossi al suo posto, io non darei al mio terapeuta questa soddisfazione. Col sentirsi male, io – al suo posto – vorrei fargli vedere che sono arrabbiato a ragione: così arrabbiato, come avrei potuto esserlo con tutti gli altri che mi hanno deluso».

Procedere "conspiratoriamente" significa, in linea di principio, sfidare proprio quegli esagerati costrutti normativi, che erano stati interiorizzati nel corso della socializzazione nella coscienza, o l'Ideale del Sé esageratamente moralistico che aveva appesantito il paziente in modo distruttivo, fin da allora. Tutto questo potrebbe accadere con una strizzatina d'occhio, perché l'umorismo è particolarmente efficace a relativizzare tutti i tipi di richieste rigide alla presunta verità assoluta dei costrutti ideali della coscienza (Titze, 1985, 1995; Titze, Eschenröder & Salameh, 1994; Titze & Eschenröder, 1998). Pertanto, il terapeuta ironico può avere un accesso rapido e diretto alla sfera di quei vissuti

inconsci ed irrazionali che si svolgono all'interno della psiche, designati anche come "processi primari". Inevitabilmente, tale terapeuta inizierà gradualmente a pensare e a parlare in modo diverso dalla persona comune. Un tale terapeuta utilizzerà anche un linguaggio parabolico (concreto, figurato), che differisce dal normale discorso colloquiale. Di conseguenza, si stabilisce un facile accesso alla sfera affettiva del "bambino che sonnecchia all'interno del paziente", con cui il terapeuta sta diventando un alleato. Riassumendo, le seguenti condizioni facilitano un processo di comprensione reciproca:

- creare un clima di empatia;
- centrarsi su esperienze immediate ("qui e ora");
- identificarsi con i bisogni e le aspettative del paziente;
- diventare un modello per l'accettazione assertiva di codesti bisogni ed aspettative;
- rispecchiare al paziente come potrebbe essere meno (auto-)distruttivo attraverso un'autovalutazione più realistica.

IX. Conclusioni

Non c'è dubbio che una psicoterapia a orientamento psicodinamico fondata sulla psicologia del profondo possa essere intesa come un intenso processo interattivo. Ciò vale non solo per il metodo *standard* di trattamento analitico a lungo termine, ma anche per le forme brevi della terapia psicodinamica. Tuttavia quest'ultimo modello di trattamento è stato oggetto di numerose discussioni fino ad oggi, anche se questa forma di psicoterapia ha una lunga tradizione e, in particolare, è molto diffusa negli Stati Uniti.

Inoltre, varie delle tecniche di terapia breve, che non si basano sulla psicologia del profondo, si sono sviluppate negli ultimi anni. Esse attribuiscono importanza centrale alle sfide comunicative degli interventi paradossali, senza considerare esplicitamente, però, le dinamiche interattive del transfert e del controtransfert.

Questo articolo discute sulla possibilità di un procedimento terapeutico integrativo nell'ambito della terapia breve, che si basi su una psicologia del profondo. Presupposto indispensabile per questo lavoro è un controllo attivo del transfert e del controtransfert. In questo modo può essere garantito un rapido scioglimento delle tendenze alla resistenza. Tutto ciò, a sua volta, può facilitare la creazione di un'"alleanza cospirativa". A questa condizione, è reso possibile il trattamento focale degli specifici conflitti, utilizzando la modalità interattiva dell'identificazione proiettiva. Questo approccio "non convenzionale", se confrontato con i metodi classici della psicoanalisi, assomiglierebbe superficialmente agli interventi paradossali e alle prescrizioni dei sintomi della psicoterapia strategica. Ma in termini di metodologia, esso segue costantemente le premesse del modello interazionale tipico della psicoterapia psicodinamica.

(Traduzione in italiano di Michael Titze; adattamento del testo a cura di Giuseppe Ferrigno)

Michael Titze
Wendelsgrundweg 12
D-78532 Tuttlingen (Germany)
E-mail: Michael-Titze@michael-titze.de