

TESINA IN TERAPIA PSICOANALITICA: L'ALLEANZA TERAPEUTICA COME CUSTODE DELLA PSICOTERAPIA

INDICE

- Introduzione
- Perche' adottare un modello teorico misto
- Il "lavoro" di Greenson
- Rapporto terapeutico e setting mentale
- L'intuizione di Freud
- L'evoluzione del concetto di alleanza terapeutica
- Il significato dell'ambivalenza
- Il contratto economico
- L'importanza della motivazione
- Il rischio di allearsi con la patologia
- Il contributo di Elizabeth Zetzel
- L'alleanza terapeutica con i genitori
- Alcune riflessioni sulla segnalazione
- Segnalazione e personalita' dei genitori
- Elementi importanti da considerare per stabilire una buona alleanza con i genitori
- Conclusioni
- Riferimenti bibliografici

Introduzione

La relazione del paziente con il terapeuta è un misto di relazione transferale e di relazione reale.

Quest'ultima è stata definita alleanza terapeutica (Zetzel, 1956) o alleanza di lavoro (Greenson, 1965).

Freud (1912a) descrisse originariamente questo aspetto del trattamento come una componente del transfert "*capace di giungere alla coscienza e irreprensibile (...) ed è in psicoanalisi portatrice del successo, esattamente come in altri metodi di cura*". Egli era cosciente di come i pazienti non fossero

facilmente in grado di utilizzare l'interpretazione, a meno che non fosse stato instaurato un rapporto adeguato (Freud, 1913). Greenson, successivamente, notò che tutta una serie di situazioni di stallo in analisi venivano prodotte dal fallimento dell'analista nello sviluppare l'alleanza di lavoro, che egli definì come "*il rapporto relativamente non nevrotico, razionale, che il paziente ha con il suo analista*" (1965).

Lipton (1977) argomentò che il modello dell'analista silenzioso, rigido, contratto, che è stato definito classico, è una grave distorsione del modo nel quale Freud effettivamente lavorava. Dagli appunti di Freud sul "caso dell'uomo dei topi" emerge la relazione reale, cordiale di Freud con i suoi pazienti.

Questa relazione calda e sincera formava un involucro attorno alla tecnica psicoanalitica, all'interno della quale si svolgeva il processo terapeutico.

Importanti ricerche sull'alleanza terapeutica hanno dimostrato l'influenza che essa ha sul processo e sull'esito

della psicoterapia, che è correlato, a livello predittivo, con la natura dell'alleanza stabilita dal paziente nella fase iniziale del trattamento. Un'applicazione di queste estese ricerche è che in tutte le psicoterapie, indipendentemente dalla loro collocazione sul continuum espressivo - supportivo, i terapeuti devono, fin dall'inizio, prestare attenzione all'instaurarsi e al perdurare dell'alleanza terapeutica. Il che significa aiutare il paziente ad identificare precocemente gli obiettivi terapeutici ed allearsi con i suoi aspetti egoici sani, al fine di una collaborazione. Qualora sentimenti transferali negativi entrino nel processo, essi potranno essere esaminati nel contesto dell'alleanza terapeutica, in modo da non permettere che ostacolino la terapia. Quando si lavora, attraverso una terapia di sostegno, con pazienti che hanno un Io fragile, l'alleanza terapeutica è più difficile da instaurare e da mantenere:

le relazioni transferali caotiche del paziente borderline, ad es., interferiscono pesantemente con la formazione di un'alleanza ed è un notevole successo terapeutico per il paziente l'essere infine in grado di percepire l'analista come una persona che collabora per raggiungere obiettivi comuni (Adler, 1979).

Perche' adottare un modello teorico misto

Cosa dire del processo clinico della psicoterapia psicoanalitica?

La psicoanalisi oggi è caratterizzata da una proliferazione di approcci teorici e di modelli alternativi, ciascuno con le sue definizioni, il suo linguaggio e le sue prospettive. Nonostante le loro differenze, tutte le teorie contemporanee affrontano uno stesso problema: come trattare, nella pratica clinica, l'importantissima questione delle relazioni con gli altri. Poiché è estremamente difficile separare i dati clinici dalla teoria, il modo in cui uno psicoterapeuta osserva il suo paziente, come ne descrive le difficoltà, il tipo di categorie diagnostiche che utilizza, dipendono dal suo modello teorico. Inoltre, le scelte compiute a livello di opzioni teoriche hanno un effetto profondo sul modo in cui si concettualizza ciò che si fa a livello tecnico. Quindi, il punto di vista soggettivo sulla natura dell'esperienza e del comportamento umano è determinante per la comprensione della situazione del paziente e per la scelta degli strumenti da adottare nel processo analitico.

Un orientamento psicoanalitico capace di integrare il modello pulsionale della psicoanalisi (in cui il ruolo terapeutico del transfert consegue dall'importanza della possibilità di rendere conscio l'inconscio attraverso lo strumento fondamentale dell'interpretazione che produce insight) e quello relazionale (che sottolinea l'importanza della relazione analitica in cui l'interpretazione si inserisce come momento di cambiamento nella relazione stessa) prevede che la qualità della relazione tra terapeuta e paziente sia un pre-requisito all'interpretazione (che rimane uno strumento terapeutico essenziale ma che, per raggiungere il bersaglio, implica una relazione significativa e profonda consolidata).

Il "lavoro" di Greenson

Il concetto di alleanza di lavoro introdotto da Greenson (1965) rappresenta uno sviluppo di questa concezione. Egli comincia col distinguere, nel corso della relazione fra paziente e analista, due dimensioni principali: il transfert e l'alleanza di lavoro. Mentre il transfert sarebbe costituito da uno spostamento nella situazione analitica delle prime relazioni oggettuali del paziente, alla ricerca della soddisfazione di un bisogno, l'alleanza si formerebbe con la nascita di una nuova relazione oggettuale, basata sulla collaborazione fra l'Io ragionevole del paziente e l'Io analizzante dell'analista. Si tratterebbe, cioè, di una relazione reale costruita sulle percezioni realistiche delle particolari qualità e limitazioni dell'analista, come persona umana e partecipativa. Greenson sostiene che, perché si dia un'interpretazione, deve esistere un'alleanza di lavoro. In seguito all'esperienza clinica, a partire da questa visione dell'alleanza come pre-requisito alla funzione interpretativa, l'autore sostiene che il paziente è in grado di sviluppare l'alleanza soltanto in seguito ad un'efficace analisi della resistenza al transfert. Quello che sembrava essere un pre-requisito, diventa ora una conseguenza, ossia il prodotto dell'interpretazione del transfert. Dal momento che l'interpretazione del transfert modifica la relazione tra paziente e analista, offrendo materiale per ulteriori interpretazioni, si può concludere che l'alleanza non è indipendente dal transfert e che insight e relazione si condizionano a vicenda in modo complesso.

Rapporto terapeutico e setting mentale

Parlare di alleanza terapeutica (o di lavoro) significa parlare di un rapporto clinico, tra terapeuta e paziente. Alleanza terapeutica, alleanza di lavoro e rapporto terapeutico sono termini che vengono considerati come equivalenti in letteratura. E' importante soffermarsi a riflettere su questo concetto, in quanto non è facile far capire una realtà, così importante all'inizio del percorso terapeutico, a persone che non hanno mai fatto esperienza di una terapia. "Si tratta di un rapporto fondamentale che va curato così come ci si prende cura di un bambino prima del suo concepimento" (Crocetti, 2003).

Questo rapporto ci conduce a riflettere sul significato del setting, soprattutto sul setting mentale del terapeuta. Esso ha anche fare con la relazione, una relazione in cui 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, fanno rapporto. Quando si parla di setting, pertanto, non si intende soltanto l'arredamento dello studio o la presenza fisica del terapeuta, ma anche il suo modo di concepirsi, vale a dire la sua identità (stabile, ma capace di adattamento) il senso di sé (o concetto di sé) e l'esperienza di sé (l'interezza psicofisica di elementi libidici, aggressivi e sociali) vale a dire le tre aree fondamentali attorno alle quali ogni persona costruisce il senso della propria storia. Tutto ciò fa parte del setting, esattamente come gli oggetti concreti presenti nello studio, come la scrivania, la poltrona, i quadri... Pertanto il modo in cui il terapeuta si mette in gioco nel rapporto facilita o impedisce l'alleanza terapeutica, facilita o impedisce il transfert del paziente che prevede sempre il terapeuta e il modo in cui questi sperimenta la propria identità. Il setting, dunque, non è solo un fatto fisico, ma anche profondamente psichico e mentale. Per questo motivo il lavoro dello psicoterapeuta prevede una buona gestione di sé. Il che non significa idealizzare l'immagine di un terapeuta come persona serena, appagata, felice e contenta, ma parlare di una persona reale che ha un sufficiente controllo delle proprie difficoltà più intime, delle proprie fragilità ed una stabilità tale che gli permetta di incontrare la diversità senza andare in angoscia e senza attivare meccanismi di fuga. Il paziente ha bisogno di incontrare un essere umano, che può sbadigliare in seduta o che si può permettere di farsi una risata, non saprebbe che farsene di una persona completamente risolta e realizzata" (Crocetti, 2003).

L'intuizione di Freud

Il concetto di alleanza terapeutica ha sofferto molto il peso del concetto di transfert, dato che Freud non aveva differenziato i due aspetti. Questo ha fatto sì che, fino agli anni '40, ci fosse molta confusione riguardo ai fenomeni transferenziali, poichè non si sapeva bene se si stava parlando di transfert o di rapporto terapeutico. Quando Freud ha cominciato a descrivere il transfert, all'inizio del suo lavoro, prima del caso di Dora (dove si ha la definizione più bella e completa del termine) ne parlava in questi termini: *"trasferire sentimenti, emozioni, da una situazione del passato sulla figura presente del terapeuta"*.

Egli distingueva, inoltre 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. Questa intuizione si ritrova nel seguente passaggio, in cui Freud scrive: *"(...) c'è il bisogno di legare il paziente in un rapporto con il medico"*. Oggi diremmo anche che "c'è la necessità di legarlo alla terapia ed alle vicissitudini dell'andamento clinico, per poter superare le difficoltà che emergono con l'instaurarsi del transfert e dei fenomeni transferenziali, affinché egli possa sostenere l'intensità degli affetti implicati nel transfert (l'odio, il coinvolgimento erotico, ecc.).

Nel momento in cui emerge nel transfert un desiderio erotico del paziente sulla figura del terapeuta, questi non accoglie il movimento, ma da un limite che fa vivere al paziente una frustrazione. Se non c'è un legame sufficientemente solido, quella frustrazione rompe la relazione terapeutica, fa saltare la terapia" (Crocetti, 2003). E' importante non confondere i due tipi di realtà, la parte propria del rapporto affettivo che lega reciprocamente il paziente e il terapeuta e ciò che emerge di inconscio, di conosciuto e non pensato e che attiene alla storia del paziente che viene messo sul terapeuta o portato nella relazione con lui.

L'evoluzione del concetto di alleanza terapeutica

Winnicott è il primo autore in assoluto che, nel caso di Piggie (1977) fa riferimento ai "sentimenti" del terapeuta, anche se questa affermazione gli costò parecchio, in un momento storico in cui la maggior parte della comunità scientifica era ancora convinta che i sentimenti del terapeuta fossero da considerarsi come un ostacolo al trattamento. Oggi sappiamo che non è così, soprattutto quando si lavora con i bambini e con gli adolescenti i sentimenti (se gestiti e messi al servizio del rapporto terapeutico) diventano uno strumento formidabile di lavoro. "Autori come la Zetzel e Glover per primi hanno enucleato l'alleanza terapeutica dal concetto di transfert, cominciando a puntualizzarla. In una frase di Lacan, che è un po' un gioco di parole, si ritrova una sintesi descrittiva di questo concetto: *"Il soggetto inizia l'analisi parlando di se' senza parlare a voi, o parlando a voi, senza parlare di se'. Quando potrà parlarvi di se', l'analisi sarà terminata"*. E' come se Lacan ci desse un segnale di allarme e ci dicesse: attenzione, perchè il paziente che avete davanti (bambino, adolescente o adulto) quando inizia la terapia, parla di se' senza vedere voi terapeuti, al vostro posto ci potrebbe essere chiunque altro.

Oppure, usa la parola in modo difensivo, logorroico, quindi parla, parla... a voi, ma non dice nulla di significativo su di se'. E io terapeuta come reagisco? Il paziente non arriverà mai a parlare a me di se', senza che si sia stabilita una buona alleanza terapeutica" (Crocetti, 2003). L'alleanza terapeutica è il risultato di affetti e sentimenti positivi (il transfert positivo descritto da Freud) che sono in gioco nella relazione tra il paziente e il terapeuta, con esclusione delle connotazioni erotiche di tale rapporto, che attengono, invece all'area del transfert. Ma, affinché questo movimento affettivo positivo del paziente sul terapeuta sia possibile, è necessario che il paziente abbia fatto esperienza di relazioni positive minime con gli oggetti significativi di riferimento (come i genitori). Se questi aspetti mancano nella storia personale del paziente, dove possono essere raccolti? Come può egli portarli nella relazione con un estraneo quale è, all'inizio, il terapeuta? Dove può attingere le risorse quando gli manca quella che Erikson ha definito la fiducia di base? 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 è impossibile impostare qualunque alleanza, è impossibile curare una persona.

Il significato dell'ambivalenza

Non si può curare chi non vuole essere curato. Perchè se il terapeuta forza la situazione, incontra l'ambivalenza. E dal momento in cui l'ambivalenza prende il sopravvento, qualunque intervento, sia positivo che negativo, sarà impregnato di significati ambivalenti. "E' come se il paziente, dominato dall'ambivalenza, fosse dentro ad una prescrizione assoluta, che lo porta sempre sul contrario, sugli opposti. *"Ma cosa sta dicendo questo terapeuta? Perchè mai mi vuole aiutare?"* Il binario della bontà, dell'altruismo, in questo lavoro non funziona, non porta da nessuna parte. Non si può intraprendere questo lavoro sulla base di una spinta motivazionale altruistica, di una bontà da buon samaritano, sull'aiuto per gli altri dato da una vocazione missionaria. Questo atteggiamento genera soltanto confusione. La motivazione deve confluire su un atteggiamento professionale. Perchè l'ambivalenza è sempre in agguato e mette continuamente a rischio il rapporto terapeutico, in quanto facilmente possono emergere fenomeni schizo-paranoidi, che sono sostenuti dall'ambivalenza" (Crocetti, 2003). La spinta motivazionale altruistica, che può essere alla base del desiderio di intraprendere la professione di psicoterapeuta, va compresa e verificata durante l'analisi personale e va quindi messa al servizio di un atteggiamento professionale. Con la consapevolezza di trovarsi all'interno di una relazione di aiuto, ma impostata all'interno di un contesto professionale, condizione che garantisce il fatto di poter utilizzare la mia disponibilità personale, un atto di bontà, di generosità, un movimento che va incontro al paziente in modo controllato. Il che significa essere in grado anche di porre dei limiti, di dire dei no quando questi sono terapeutici, di mantenere un rapporto basato sulla chiarezza e non sull'ambivalenza.

Questo è il modo di tutelare l'alleanza terapeutica, il lavoro clinico, la propria salute mentale e quella del paziente. Il rapporto terapeutico è profondamente collegato con la motivazione, non solo quella del paziente, ma anche quella del terapeuta. "Se il rapporto inizia sulla base di pseudo-motivazioni, non crea un legame e non regge alle comunicazioni di transfert che emergono durante il lavoro. In qualunque terapia, prima o poi, il paziente porta degli attacchi sul terapeuta. Se io ho accolto in terapia quel paziente perchè mi sento buono e generoso, vivrò l'attacco come una mancanza di riconoscenza, non come una comunicazione transferale su cui lavorare" (Crocetti, 2003).

Il contratto economico

L'alleanza terapeutica è un patto, un contratto che va stabilito anche riguardo al trattamento economico. Di fronte ad un paziente che ha difficoltà finanziarie, devo pormi, come terapeuta, in una posizione realistica, di professionalità e chiedermi: quanto questo paziente può permettersi di pagare?

Non può pagare proprio niente? "Non chiederò ad una persona che non può pagare di darmi lo stesso onorario che ricevo da un paziente benestante, ma cercherò di proporre un patto che preveda un incontro su una cifra che per me non sia deprimente, umiliante, offensiva. Una cifra che io posso accettare, che valuto come adeguata per il mio lavoro. Se sono sufficientemente elastico, da un adolescente che ha una paghetta settimanale di 5 Euro posso anche accettare che me ne vengano pagati 2 per seduta, perchè, in proporzione, 2 Euro su 5 sono una parte ragionevole da investire nella terapia.

Non mi attacco ai 2 Euro perchè sono un taccagno morto de fame! Quei 2 Euro per lui sono i 50 Euro di un altro. E' un contributo che lui stesso dà al lavoro che fa per sè e che lo mette nella condizione di non essere in un debito di riconoscenza verso il terapeuta e quindi di non essere nell'ambivalenza.

Altrimenti il paziente potrebbe chiedersi: *"Perchè questo terapeuta mi ha preso gratis in terapia? Perché sono molto grave? Perché lui è così buono e io sono cattivo?"*

Cioè si attiva un pensiero schizoparanoide, persecutorio, che poi facilmente si traduce in un attacco al terapeuta. Gli attacchi peggiori in termini di critiche e diffamazioni arrivano proprio dai pazienti che non pagano, o con i quali siamo stati generosi. Perché l'ambivalenza prodotta dal debito di riconoscenza si traduce in pensieri di tipo schizo-paranoide che vengono collocati nel rapporto come atti aggressivi" (Crocetti, 2003).

L'importanza della motivazione

Dobbiamo lavorare sulle motivazioni per evitare che accadano situazioni di questo genere. Le pseudomotivazioni del paziente e del terapeuta non vanno accolte. "Ad es. se mi telefona una persona per me molto influente (come il primario dell'ospedale in cui lavoro come terapeuta) e mi chiede di prendere in terapia un paziente, magari il figlio di un suo amico, se io accetto rischio di iniziare un rapporto sulla base di una pseudo-motivazione. Lo accetto perchè me lo ha chiesto lui, non perchè io ho deciso. Mi devo assumere il coraggio di essere chiaro e di dire: ti ringrazio di questa segnalazione, di avere pensato a me per questa persona, però ti dico fin da ora che io valuterò in autonomia la possibilità di iniziare o meno una terapia. Nel caso accertassi il bisogno di una terapia e riterrò di poterlo assumere lo farò, altrimenti lo invierò a qualcun altro. Devo difendere la mia professionalità. Bisogna avere il coraggio di affermare il proprio modo di lavorare, di assumersi una responsabilità professionale e anche una rabbia a protezione della propria professionalità. Indipendentemente dal rapporto che ho con l'inviante, di fronte a qualunque richiesta mi venga fatta, bisogna rispondere con chiarezza: io valuto e io decido. Decido anche se me la sento di iniziare un lavoro terapeutico con questa persona. Quindi si risponde: è mia abitudine vedere il paziente per qualche colloquio, indagare la motivazione e infine decidere come comportarmi" (Crocetti, 2003).

Il rischio di allearsi con la patologia

Prima di decidere se prendere in carico un nuovo paziente è importante valutare se ci sono le premesse per instaurare una buona relazione anche sul piano umano. Anche questo aspetto riguarda l'alleanza terapeutica che va sempre fatta con il paziente e non con la sua patologia. Con la parte razionale, ragionevole, sana, non nevrotica (come direbbe Greenson) del paziente. Andare a stabilire un'alleanza con la malattia, sugli aspetti patologici, significa manipolare e sedurre il paziente. "Sono quei "terapeuti" che dicono al paziente: lei non può andare avanti così... lei sta troppo male... lei è distrutto, è a pezzi... io la posso aiutare, la posso salvare. In questo modo si crea un vincolo molto stretto basato sulla patologia e diviene possibile anche spogliare il paziente di tutti i suoi beni, scipparlo, arricchiarsi alle sue spalle. Anche la pubblicità sulle pagine gialle, ad es. è un modo di allearsi con il sintomo:

"Psicologo Psicoterapeuta tratta le disfunzioni sessuali, i disturbi del sonno, esperto nella cura della depressione, ecc." Questo è un elenco di patologie che porta ad una dipendenza patologica, poichè il rapporto si crea con il sintomo, non con la persona. Perché il paranoico ha successo? Perché va sulle fragilità delle persone, ha una

capacità intuitiva micidiale nel cogliere la fragilità altrui e crea lì un legame di dipendenza patologica. Instaura un legame facendo leva sui punti deboli, un legame invischiante, che distrugge le persone e che gli permette di esercitare sugli altri un potere enorme" (Crocetti, 2003).

Il contributo di Elizabeth Zetzel

Secondo E. Zetzel (1956) l'impostazione del rapporto terapeutico è uno dei più importanti aspetti del processo del trattamento ed è uno dei principali obiettivi delle prime fasi della terapia (tanto analitica quanto terapeutica). L'analista deve, in qualche modo, allearsi con il paziente e il paziente deve allearsi con se stesso. L'alleanza terapeutica può essere descritta come un rapporto stabile e positivo tra l'analista e il paziente che mette in grado quest'ultimo di impegnarsi produttivamente nel lavoro dell'analisi. Ciò permette che avvenga una scissione nell'Io del paziente: la parte dell'Io che osserva si allea con l'analista in un rapporto di lavoro analitico. Essa si identifica gradualmente con l'analista nell'analizzare e modificare le difese patologiche che l'Io 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 di formare e sostenere un rapporto significativo uno a uno. In termini di maturità e di stabilità delle funzioni dell'Io del paziente, la sua capacità di mantenere un vero rapporto con l'analista come individuo separato sembra strettamente connessa con la sua capacità di alleanza terapeutica. Ciò richiede il mantenimento di una differenziazione tra sé 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.

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. Essa assolve una doppia funzione: da una parte funge da barriera alla regressione dell'Io nel procedimento analitico, dall'altro è un aspetto fondamentale della situazione analitica in base a cui i desideri, i sentimenti, le fantasie suscitate ed evocate dalla nevrosi di traslazione possono essere misurate e valutate. L'alleanza terapeutica, quindi, dipende dalla mobilitazione delle risorse dell'Io su cui si basano la capacità di relazioni oggettuali e l'esame di realtà.

È importante quindi, almeno clinicamente, distinguere tra l'alleanza terapeutica, definita come relazione oggettuale reale che favorisce la mobilitazione delle risorse relativamente autonome dell'Io del paziente e la nevrosi di traslazione, in cui l'analisi funge da oggetto per desideri e fantasie infantili spostati e non risolti. L'analista ha un ruolo chiave nell'aiutare a stabilire l'alleanza terapeutica, specialmente nei primi stadi dell'analisi, in cui interventi verbali appropriati e basati sull'intuizione sono fondamentali per instaurare l'alleanza.

Per riassumere possiamo dire che nella situazione analitica deve esistere un rapporto al di sopra della nevrosi di traslazione, che renda capace il paziente di distinguere tra la realtà oggettiva e le distorsioni proiettive della traslazione. Il rapporto è influenzato dalla realtà esterna ed è modificato dalle caratteristiche reali della personalità dell'analista, in quanto opposte agli elementi di traslazione. Le capacità che mettono in grado il paziente di formare l'alleanza terapeutica derivano dai livelli pregenitali.

Quando l'analisi di traslazione comincia a toccare questi livelli di conflitti pre-genitali, la nevrosi di traslazione e l'alleanza terapeutica (con i suoi aspetti diadici) tendono a fondersi, spesso al punto da diventare indistinguibili. Il trattamento ben riuscito deve comportare una ripresa di questi conflitti fondamentali riguardanti le relazioni oggettuali, ma è essenziale che in questo processo sia stabilita una relazione oggettuale abbastanza matura al fine di evitare una regressione dannosa. La regressione è inevitabile ed è una parte necessaria del processo analitico, ma deve essere contenuta: è una regressione al servizio dell'Io e quindi deve fortificare la capacità del paziente di avere una fiducia fondamentale e un'identificazione positiva.

L'analista deve rispondere al paziente sia in termini di materiale di traslazione, sia in termini di alleanza terapeutica. Egli deve continuare a rispondere intuitivamente all'affetto del paziente, in particolare al suo bisogno di sentirsi accettato e capito come persona reale. Nello stesso tempo, deve anche riconoscere obiettivamente ed interpretare il materiale del paziente (verbalizzazioni, sogni, comunicazioni non verbali...) che rivela i desideri e le

fantasie derivate dalla nevrosi di traslazione.

Un'analisi ben riuscita richiede il continuo riconoscimento della differenza tra la nevrosi di traslazione, che è mutevole e variabile, e l'alleanza terapeutica, che rimane quale nucleo stabile e continuo del trattamento. Solo il paziente che ha stabilito un'alleanza terapeutica positiva e sicura può tollerare la riapertura dei conflitti nevrotici che sono stati precedentemente esclusi dalle difese. Mentre l'analista rimane obiettivo nella sua interpretazione delle fantasie e dei desideri derivati dal passato rimosso. In questo egli assomiglia al genitore che può riconoscere, senza gratificarle, le fantasie edipiche del bambino. Egli deve anche continuare a presentarsi al paziente quale oggetto di una continua identificazione positiva dell'Io attraverso l'alleanza terapeutica.

L'alleanza terapeutica con i genitori

Il bambino è espressione della metafora di coppia, dell'illusione generativa di coppia, costituita dall'insieme degli investimenti, dei progetti, delle fantasie, dei bisogni, delle collusioni su cui la coppia si è incontrata e da cui è scaturita l'idea di avere un figlio. Considerando questa premessa generale, si può affermare che il sintomo espresso dal bambino non è mai strettamente solo del bambino, ma fa parte della relazione coppia-madre/bambino (tanto più quanto il bambino è piccolo). Poichè la sofferenza del bambino è l'espressione di un vuoto che si è prodotto nella relazione e che viene riempito proprio dal disturbo del bambino che ci viene portato in consultazione, è necessario che i genitori siano sempre inclusi e coinvolti sia nel processo diagnostico che nel percorso terapeutico.

"L'alleanza con i genitori, oltre che con il bambino, è il pre-requisito essenziale della terapia, quindi va sempre salvaguardata. Ci sono genitori che si colpevolizzano, che accusano gli altri, che delegano, ecc. Il terapeuta ha il compito di adattarsi a questi atteggiamenti dei genitori, senza mai colludere con le loro aspettative (tranne che nei casi specifici in cui è necessario attivare una collusione consapevole, come, ad es., di fronte a genitori che colpevolizzano gli altri, situazione in cui è opportuno tradurre questo atteggiamento in una preoccupazione nei confronti del proprio bambino)" (Crocetti, 2003).

Adattarsi significa entrare in sintonia con i genitori, restando contemporaneamente aderenti al proprio progetto interno. Solo in questo modo è possibile lavorare con il bambino. I genitori svolgono un ruolo fondamentale rispetto alla possibilità di intervento in età evolutiva. Parafrasando un concetto espresso da Anna Freud (1965) si può affermare che nessun bambino giunge alla consultazione per un serio disagio psicologico se i genitori non lo consentono e che, a maggior ragione, nessun progetto terapeutico può essere realizzato senza il loro sostegno. Se i genitori non accettano di venire a parlare del figlio l'intervento psicologico è impossibile. Incontrare i genitori significa esaminare prima di tutto la loro motivazione, le aspettative, la personalità, gli eventuali aspetti patologici, l'immagine di se stessi come genitori, come considerano la gravità del disturbo del bambino, il transfert generico preconstituito (vale a dire il modo in cui siamo vissuti dai genitori e in quale ruolo ci collocano rispetto all'intervento sul bambino).

Alcune riflessioni sulla segnalazione

Particolare importanza assume il momento della segnalazione: molto spesso i bambini vengono segnalati quando il sintomo appare ormai strutturato e l'arresto evolutivo è il riflesso di una patologia permanente e interiorizzata. Ci si deve chiedere: come mai proprio adesso? Perché questi genitori non sono arrivati prima? Una delle ragioni è che di frequente i bambini vengono segnalati quando si manifesta qualche difficoltà nell'affrontare dei momenti sociali specifici, come l'ingresso nella scuola, mentre prima non si presta sufficiente attenzione alle loro problematiche. Anche in seguito ad una sorta di filosofia ingenua relativa all'età evolutiva, secondo cui certi disturbi scompaiono con il tempo, man mano che il bambino cresce. In realtà, come sostiene Anna Freud (1965) è importante differenziare i conflitti caratteristici della fase evolutiva che il bambino sta attraversando e che devono, in qualche modo, essere vissuti ed elaborati (con un inevitabile coinvolgimento di energie psichiche) da quelli che ostacolano la crescita psicologica.

In altri casi la segnalazione può riguardare aspetti sintomatologici del bambino (disturbi del sonno, psicosomatici, compulsioni, ecc.) che causano disagio ai genitori, i quali non sanno come gestirli e si sentono, contemporaneamente, infastiditi, spaventati e preoccupati.

Segnalazione e personalita' dei genitori

La segnalazione può giungere da parte di genitori abbastanza adeguati che riconoscono la sofferenza del figlio, lo vivono come un oggetto separato e ne sono preoccupati in maniera sana. Questi genitori sono capaci di riconoscere ed accettare i loro limiti senza sentirsi colpevoli e di chiedere aiuto ad un professionista qualificato.

Più spesso, ci si trova di fronte ad adulti sufficientemente adeguati come persone, ma non come genitori, per i quali le caratteristiche (reali ed immaginarie) del figlio costituiscono un'area primitiva e non integrata nella loro personalità. Per es. una coppia che usa modelli di relazione di tipo razionale piuttosto che affettivo incontra serie difficoltà a regredire nel momento in cui nasce un figlio; questo può causare seri problemi di interazione. Oppure, quando notiamo delle discrepanze evidenti tra lo stato di buona salute psichica del bambino e delle preoccupazioni genitoriali non congruenti, possiamo ipotizzare la presenza di fantasie, aspettative o problematiche conflittuali che, a livello inconscio o preconsciouso, vengono spostate o proiettate sul figlio. In tutti questi casi abbiamo a che fare con adulti adeguati con un'area di non funzionamento a livello genitoriale che si incontra con la sintomatologia del figlio. E' così possibile allearsi con la parte sana dei genitori per condurre una consultazione insieme a loro. Lasciare tempo e spazio ai genitori affinché manifestino le loro fantasie, nei differenti significati consci e inconsci, significa costruire quella iniziale alleanza di lavoro, indispensabile per la comprensione clinica e l'eventuale trattamento del bambino.

Ci sono invece casi molto più gravi in cui i genitori non riescono a considerare il figlio come un oggetto differenziato da loro e il disagio del bambino è profondamente mescolato e con-fuso con quello dei genitori (che può essere più o meno riconosciuto). La tendenza a mettersi dalla parte del bambino è, in queste situazioni, un rischio reale che può minare il lavoro terapeutico: solo se i genitori vengono adeguatamente accolti, ascoltati e compresi è possibile aiutare il bambino. D'altra parte, questi genitori patologici non vengono a richiedere un aiuto per se stessi: anche se il contesto lascia pensare che sarebbe meglio avere in terapia i genitori piuttosto che il figlio, il terapeuta ha il compito, nel proporre un intervento, di tenere presenti gli aspetti di realtà, non di negarli.

Stabilire una buona alleanza significa anche valutare quanto i genitori sono pronti ad acconsentire e/o partecipare ad un progetto di intervento terapeutico sul bambino. Il terapeuta può trovarsi ad affrontare problemi di tipo narcisistico e di autostima nei genitori ed è necessario che egli comprenda che questi ultimi devono essere in grado di affidare il compito di prendersi cura di un aspetto del figlio.

E' importante spiegare loro che tale affido non va confuso con la sostituzione del terapeuta nel ruolo di genitore.

Elementi importanti da considerare per stabilire una buona alleanza con i genitori

1. Verificare se i genitori sono a conoscenza dell'intensità e durata del trattamento psicoanalitico.

A volte si mostrano sorpresi e spaventati dall'impegno sul lato pratico (come trovare il tempo per inserire la terapia nell'insieme delle attività (spesso numerose) del bambino e nelle proprie (potrà accompagnarlo?). Sono difficoltà che non vanno trascurate in quanto, oltre a rappresentare possibili resistenze, possono colorarsi di aspetti emozionali e affettivi che potrebbero influire negativamente sul trattamento.

2. Quando emerge un'angoscia relativa all'associazione che i genitori fanno tra la durata e intensità della terapia e la possibile gravità del disturbo del figlio, è importante comunicare che esiste una parte sana del bambino che funziona adeguatamente sulla quale poter contare per una ristrutturazione della parte conflittuale.

3. Tenendo conto della capacità di comprensione affettiva e cognitiva dei genitori, si cercherà di offrire loro un'idea chiara di come si svolgerà il lavoro con il bambino, spiegando che è difficile e delicato parlare di sé, delle proprie emozioni, che ci vuole del tempo per costruire una relazione di fiducia e che, a questo scopo, serviranno le parole, ma anche il gioco, il disegno, la drammatizzazione, gli interessi preferiti del bambino. Che sarà accettata ogni sua modalità per comunicare aspetti di sé e del proprio mondo interno.

4. E' importante sottolineare che si è più interessati al mondo interno del bambino che non agli aspetti di realtà, per rassicurare soprattutto quei genitori che potrebbero preoccuparsi del trapelare di episodi di una vita familiare non ideale e quindi sentirsi giudicati e valutati in merito.

5. Nel definire le regole del setting esterno, occorre comunicare con chiarezza due aspetti: il diritto-dovere dei

genitori di essere informati sugli sviluppi del trattamento, dato che hanno deciso di affidare il loro figlio; l'importanza della confidenzialità nel rapporto con il bambino.

6. La necessità di mantenere un contatto con i genitori, parallelamente alla terapia del bambino, per poterli aiutare ad accettare i cambiamenti che avvengono nel figlio, solitamente molto temuti in quanto minacciano l'omeostasi del sistema familiare che includeva il disturbo del bambino. L'ambiente di coppia, infatti, tende a mantenere il bambino nel sintomo, nella soluzione che il bambino si è dato per far fronte al conflitto, tanto che questo può organizzarsi in modo stabile.

7. La flessibilità nel complesso rapporto genitori-bambino-terapeuta. Di volta in volta i conflitti tra aspetti esterni (ad es. genitori che devono accompagnare il figlio in seduta, ritardi per impegni del bambino o dei genitori, ecc.) e spazio del trattamento (ad es. pagamento delle sedute mancate, periodi di vacanza del terapeuta, ecc.) dovranno essere risolti evitando che i genitori (ai quali manca lo spazio per l'interpretazione, poichè non sono loro in terapia) vivano il nostro seguire le regole come un atteggiamento sadico troppo rigido o incomprensibile. A volte, non si può fare a meno di attivare delle collusioni consapevoli, in cui si viene un po' manipolati...

Conclusioni

Dunque, abbiamo visto come il concetto di alleanza tra paziente, genitori e terapeuta sia estremamente complesso e articolato nei suoi diversi significati e come acquisti sfumature differenti a seconda che si riferisca ad una fase diagnostica piuttosto che al processo terapeutico vero e proprio (ammesso che sia plausibile una distinzione netta fra questi due momenti dell'incontro clinico).

L'alleanza, come rapporto emotivo che si stabilisce tra terapeuta e paziente e che implica la capacità di trovare un oggetto comune di lavoro, può essere condizionata da molteplici fattori, quali la psicopatologia del paziente, la sua capacità di mantenere dei rapporti interpersonali, un suo atteggiamento di sfiducia e diffidenza (magari derivato da precedenti esperienze cliniche) ma anche eventuali limiti nella personalità del terapeuta.

La possibilità di instaurare o meno un'alleanza, quindi, non rappresenta soltanto un dato clinico fondamentale per la comprensione delle dinamiche interne al paziente, ma si rivela decisiva per formulare una previsione sull'esito positivo o negativo della terapia. Parafrasando la famosa frase di Freud riguardo la funzione dei sogni nei confronti del sonno, si può affermare che una buona alleanza terapeutica diventa il custode del percorso di ogni psicoterapia.

Riferimenti bibliografici

- Prof. G. Crocetti, "Lezioni Scuola di Specializzazione in Psicoterapia per l'Infanzia e l'Adolescenza, Anno Accademico 2003"
- Freud S. (1932), "Introduzione alla psicoanalisi", OSF vol. 10, Boringhieri, 1967-1980
- Nagera, "I concetti fondamentali della psicoanalisi", Boringhieri, 1978
- Greenberg, Mitchell, "Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica", Il Mulino
- Gabbard, "Psichiatria psicodinamica", Cortina, 1995
- Zetzel, Meissner, "Psichiatria psicoanalitica", Boringhieri, 1978
- Brenner, "Breve corso di psicoanalisi", Martinelli, 1967
- Etchegoyen, "I fondamenti della tecnica psicoanalitica", Astrolabio, 1990
- Lacan, "Scritti", Einaudi, 1974
- Lis, "Il bambino, l'adolescente e lo psicologo clinico", Boringhieri, 1993
- Sandler, Tyson, Kennedy, "La tecnica della psicoanalisi infantile, seminari con Anna Freud", Boringhieri, 1983