



Da una falsa autodifesa ad una vera attivazione del Sé di Maarten Aalberse

L'approccio Masterson

Secondo Masterson un cliente con struttura borderline nei primi anni della sua vita (specialmente nella fase di riavvicinamento, il periodo tra il 15° e il 24° mese durante il quale il bambino deve continuamente confrontarsi con la scelta "Voglio che la mamma lo faccia per me o voglio farlo da solo?") ha imparato che sarà abbandonato se segue le sue tendenze individuali, mentre verrà ricompensato se mostra un comportamento dipendente e si lascia possedere dalla propria madre. E' per questo motivo che un tale genere di cliente non osa porre dei limiti, ma cerca di soddisfare le aspettative degli altri. Il suo "patto" con gli altri è: "Se mi comporto come un bravo bambino, voi dovrete prendervi cura di me" e il suo motto è: "Chiunque non si prende cura di me è contro di me (e merita tutta la mia rabbia)". Tende ad aggrapparsi alle altre persone, ma allo stesso tempo teme di esserne divorato se consente loro di avvicinarsi troppo. Se la paura di essere divorato prevale, egli si sottrae al contatto e scansa la sua paura della solitudine indulgendo in fantasie di salvezza o recitando (per esempio gozzovigliando, facendo abuso di alcol, facendo una sceneggiata da qualche parte, creando un "incidente", tenendo un comportamento promiscuo, etc.).

Nella terapia il cliente mostrerà un atteggiamento indifeso e tenterà di sedurre il terapeuta cercando di indurlo ad assumersi delle responsabilità, che non sono sue e ad agire come un genitore premuroso. Se il terapeuta cade in questa trappola, il cliente può evitare quell'autonomia che teme tanto e diventerà un cliente grato e regressivo, fintanto che il terapeuta non sarà tanto "cruello" da imporgli dei limiti. E' proprio questo rifiuto della responsabilità (che si manifesta nell'atteggiamento da vittima e in un comportamento distaccato e autofrustrante) che deve essere preso di mira dall'intervento del terapeuta, se il cliente vuole migliorare e dare una forma adeguata alla propria vita. Il principale intervento terapeutico è il confronto; il terapeuta si astiene dal fornire interpretazioni fintanto che il cliente mantiene un comportamento indifeso: esse possono risultare troppo invasive per il cliente e, fatto ancora più importante, rafforzano l'atteggiamento dipendente del cliente: "Il terapeuta pensa al posto mio". Per chiarire come il terapeuta che adotta "l'approccio Masterson" si confronta con i clienti borderline, produrrò alcuni esempi rappresentativi:

"Perché stai così ostinatamente cercando di convincermi che non puoi prenderti cura di te stesso?"

"Perché pensi di aver bisogno di qualcun altro che decida su come vuoi vivere la tua vita?"

"Perché continui ad abnegare i tuoi sentimenti in questo, modo anche quando sai che questo ti causerà dei problemi?"

"Mi colpisce la velocità con cui percepisci il mio passaggio da premuroso a non premuroso, da buono a cattivo - come se fossi due persone diverse (...) Perché ogni volta che ti faccio notare il pasticcio in cui ti sei cacciato mi senti critico e indifferente nei tuoi confronti?"

"Perché crei così tanti conflitti proprio adesso che hai trovato un nuovo lavoro?"

"Perché continui a scegliere di rimanere in una situazione in cui vieni trattato come un bambino?"

"Perché continui ad aspettarti che lei (la madre del cliente) ti dia qualcosa che non ha e che quindi non ti può dare?"

Queste frasi vogliono dimostrare che il confronto sottolinea costantemente che il cliente fa delle scelte e lo incoraggiano a disfarsi del suo vittimismo. Il terapeuta ricorda al cliente le conseguenze che queste scelte hanno per lui e che esse sono una sua responsabilità. Il terapeuta non alimenta i sentimenti e le convinzioni del cliente, ma, mantenendosi sulle sue posizioni, le sfida stimolandolo in tal modo a mettere alla prova la realtà.

Un altro punto importante viene sottolineato da Ralph Klein (il direttore clinico dell'Istituto Masterson): i confronti vengono espressi, per quanto possibile, sotto forma di domande. "L'uso delle domande è una tattica cruciale nell'arte del confronto. In questa tattica è implicita l'aspettativa che il cliente abbia capacità di

introspezione, visione interiore e comprensione delle radici della sua patologia. Inoltre, l'uso dei quesiti trasmette l'idea che il comportamento patologico ha un significato che può essere capito e dà al paziente la sensazione di avere le capacità di gestire sia le cause che gli effetti della disorganizzazione nella sua personalità". In altre parole, queste domande recano impressi dei suggerimenti e dei comandi terapeutici; il terapeuta comunica continuamente al cliente: "Puoi farti carico della tua vita e io mi aspetto che tu lo faccia". Questi confronti hanno un effetto terapeutico solo finché non vengono inquinati da sentimenti negativi di controtransfert e se vengono messi in atto senza alcun intento punitivo nei confronti del cliente (anche se la sua "parte nevrotica" li vivrà come tali). Come sempre, gli aspetti non verbali di tali interventi (il tono della voce, la postura, i gesti e l'espressione facciale del terapeuta) sono di vitale importanza. La "parte sana del cliente", d'altro canto, vivrà questi confronti come fonte di supporto ed assertività: come un incoraggiamento a prendere in mano la propria vita e ad acquisire maggiore fiducia nelle proprie risorse. E' di questo rispetto per le sue tendenze individuali e dell'incoraggiamento delle stesse (per quanto deboli possano essere), che il cliente borderline è stato privato durante la sua infanzia.

Masterson sottolinea che "i confronti fanno per il paziente quello che lui ancora non riesce a fare per se stesso": lo aiutano ad entrare in contatto con la realtà e lo liberano dalla sensazione che è, e continuerà ad essere, trascinato dalla corrente nel mare della vita.

Per tradurre quanto detto in termini di teoria relazionale, come descritto in "Unicità, dualità e unità", il terapeuta instaura con il cliente un legame di rafforzamento. Con il suo atteggiamento di confronto il terapeuta incarna qualità di fermezza, indipendenza e realismo: questi aspetti di forza dell'io sono precisamente quelle qualità di cui il cliente è così carente. E, man mano che il cliente accetta e interiorizza queste qualità, rafforza il suo proprio io e sviluppa la sua capacità di radicamento e contenimento. Questo processo, tuttavia, non è tutto rose e fiori; dal cliente il terapeuta deve aspettarsi una certa quantità di manipolazioni, proteste e tempeste emotive (accessi di collera borderline) e, talvolta, il terapeuta deve affrontare un intenso controtransfert. E per di più il cliente sperimenta che si sente peggio quando funziona meglio, quindi tenderà a ricadere in vecchi schemi difensivi subito dopo aver fatto dei progressi. Masterson descrive questo fenomeno come la "triade borderline": l'autoattivazione porta alla depressione che, a sua volta, porta ad una rinnovata resistenza. Questo perché, quando il cliente comincia a stare in piedi da solo, il vecchio sentimento di abbandono e tutto il terrore ad esso associato vengono alla superficie: così strettamente si sono legati il tentativo di trovare la propria strada e l'essere abbandonato nella mente e nel corpo del cliente. E' necessario che il cliente comprenda le dinamiche di questa triade e possa riconoscere come egli, per mezzo del suo comportamento autofrustrante, cerchi di evitare la sua vecchia paura di essere abbandonato. Prima di questo egli sarà scarsamente motivato a controllare la sua tendenza a fare scene e a iniziare il doloroso lavoro di affrontare e lavorare sulla sua depressione d'abbandono.

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 (1) l'origine di questi sentimenti e rivive vecchie esperienze di abbandono. Il cliente inizia a rinunciare alla speranza di essere aiutato dai suoi genitori (cioè dai suoi genitori interiori) e comincia a focalizzarsi maggiormente sulle sue risorse, interessi e talenti.

Quest'ultima fase viene definita da Masterson "la vera attivazione del sé" e può essere ulteriormente incoraggiata dalla tecnica dell'"incrocio comunicativo". Se il cliente inizia un nuovo lavoro o una nuova relazione, il terapeuta discute con lui alcune delle questioni implicate: condivide con il cliente una parte della sua esperienza (di vita). Se il cliente sviluppa un interesse nuovo e costruttivo o intraprende un progetto creativo, il terapeuta condivide alcune delle sue esperienze concernenti il soggetto delle attività o interessi nei quali il cliente vuole impegnarsi. Il terapeuta incoraggia il cliente e lo loda per ciò che ha fatto; gli fornisce quell'approvazione che gli è venuta così fortemente a mancare durante l'infanzia. Scoprendosi a poco a poco, il terapeuta viene a porsi su di un piano paritario rispetto al cliente. Questo tipo di relazione tra terapeuta e cliente si avvicina molto a quello che io ho descritto altrove come "legame unitivo". Come ha detto Candace Orcutt, un altro collega di Masterson, l'incrocio comunicativo può "sviluppare nel cliente un crescente desiderio di una nuova modalità di comunicazione che è genuinamente inter-relazionale, che apprez-

za la reciprocità, scoperta grazie all'accettazione di un senso di diversità. Qui sta la vera condivisione interpersonale attraverso uno spazio interpersonale che, alla fine, fa assomigliare la simbiosi ad una rosa appassita".

L'approccio usato da Masterson nel lavoro con i clienti che presentano una struttura narcisistica, verrà descritto meno ampiamente; mi concentrerò su come egli, specialmente nella prima fase della terapia, struttura un legame molto diverso da quello instaurato nel lavoro con i clienti borderline.

Mentre nel lavoro con questi ultimi l'approccio di confronto è essenziale per il successo della terapia (aiutare il cliente a lasciar andare la sua estrema dipendenza e la tendenza a mantenere le distanze, ad affrontare la realtà e ad assumersi responsabilità), nel caso di clienti narcisisti esso si rivela inutile e controproducente. Un cliente narcisista interpreta il confronto come un attacco; si metterà ancora di più sulla difensiva, aumenterà la distanza e diventerà (apertamente o sotto altra maschera) denigratorio nei confronti del terapeuta o del processo terapeutico. Quando ciò accade, diventa impossibile costruire un'alleanza terapeutica.

All'inizio della terapia con un cliente narcisista Masterson è meno attivo di quanto non sia con un cliente borderline; Spesso rimane zitto in modo da portare il cliente a prendere l'iniziativa. I suoi principali interventi sono riflessi dell'esperienza del cliente (al fine di incoraggiarlo a esprimere ed esplorare le sue irritazioni, le sue sensazioni di sentirsi ferito, il suo sdegno, la vergogna e l'insicurezza) e interpretazioni della vulnerabilità del cliente. Insieme al terapeuta il cliente esplora i motivi per cui si sente ferito quando il terapeuta non riesce a capirlo perfettamente (2).

Per il cliente diventa poi sempre più ovvio quanto egli desideri un perfetto altro da sé e quanto aneli ad un riconoscimento della sua grandiosità, quanto voglia ancora cullarsi in un sogno di idealizzazione degli altri e di sé, quanto ancora sia alla ricerca di una fusione onnipotente.

Man mano che la sua paura di essere umiliato dal terapeuta cala ed osa sempre più manifestare la sua grandiosità, il cliente si appronta a smantellare la sua identificazione con questa illusoria grandeur. Il suo atteggiamento difensivo nei confronti del terapeuta e della terapia si trasforma nella voglia di stabilire un'alleanza terapeutica. Il cliente è sempre più in grado 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. Emergeranno ricordi antichi e molto dolorosi del suo essere frainteso, umiliato ed abusato come "scorta narcisistica" per i suoi genitori e il cliente sarà più disponibile ad affrontare e a lavorare sul suo abbandono.

Una volta che questi sentimenti vengono elaborati, più o meno, il terapeuta può ricorrere all'"incrocio comunicativo" in misura maggiore. In tal modo egli sostiene il cliente nel suo sforzo di attivare il suo reale potenziale (sforzo che sostituisce i suoi precedenti tentativi di mantenere il suo grandioso, falso sé). Ciò che Masterson non menziona esplicitamente e che io invece (a causa della mia inclinazione relazionista) credo sia essenziale, è che il terapeuta anche qui (come nel lavoro con i clienti borderline) incarna delle qualità di cui il cliente è stato privato nella sua infanzia. Qual è stata la "colpa fondamentale" secondo un'ottica narcisista? Mancanza di riconoscimento e comprensione della sua esperienza; scarsa accettazione dei suoi limiti; assenza di guida all'esplorazione e apprezzamento dei suoi talenti emergenti. E che cosa offre Masterson? Empatia e interpretazioni; pazienza per i limiti del cliente e riconoscimento delle manchevolezze del terapeuta; incrocio comunicativo e incoraggiamento a sviluppare i suoi veri talenti. Questo atteggiamento del terapeuta, così fortemente in contrasto con quello avuto dai genitori del cliente, aiuta quest'ultimo a reggere questa precoce privazione che viene rivissuta nel momento in cui la depressione d'abbandono viene alla superficie.

Per riassumere alcune delle differenze nell'atteggiamento e negli interventi terapeutici:

- Nel primo stadio della terapia con i clienti borderline il terapeuta è più risoluto e attivo, rende consapevole il cliente di come si comporta e cerca di capirne con lui il perché.
- Con i clienti narcisisti il terapeuta è più ricettivo, riflette i sentimenti del cliente e cerca di capire con lui perché si senta così.

Credo che queste differenze nello stile di relazione siano importanti non solo nel rapporto con puri borderline o puri narcisisti (probabilmente la maggior parte dei clienti presenta tendenze borderline o narcisistiche).

Vorrei fare un'ulteriore generalizzazione: queste due diverse modalità relazionali sono modi per interrompere i due schemi di sradicamento che ho descritto nella prima parte: affondare nel suolo o staccarsene del tutto. In parte ispirato da questo modello di James Masterson, in parte dagli insegnamenti di Jay e in parte elaborato sulla mia teoria della relazione, il resto di questo articolo vuole essere una panoramica del processo di radicamento (3).

La relazione iniziale

All'inizio del processo di radicamento il terapeuta ha due obiettivi principali:

- 1) Chiarire se il cliente tende a staccarsi dal suolo o ad affondarvi.
- 2) Cercare un rapporto con il cliente creando con lui un legame che riesca a dargli almeno un po' di sicurezza e che lo coinvolga in un processo di crescente autoconsapevolezza.

In quanto segue descriverò alcuni modi per raggiungere questi scopi.

1) I primi indizi per una diagnosi possono essere trovati nel tono muscolare generale del cliente. Gli "staccati" tendono ad essere più ipertonici, mentre i muscoli scheletrici degli "sprofondati" sembrano essere meno tonici. La maggior parte dei clienti con una struttura caratteriale rigida tende a staccarsi dal suolo.

Questo criterio di rigidità, comunque, non è del tutto affidabile. Come ha affermato Lowen: "Molti narcisisti hanno corpi che sono piuttosto agili e flessibili (...) I loro corpi mostrano un'apparente vitalità e grazia suggerendo la presenza di emozioni. Tuttavia, il loro comportamento non ne mostra". Egli ha anche descritto come sia la struttura paranoide che psicopatica siano caratterizzate da forti tendenze narcisistiche.

Ulteriori, importanti informazioni vengono acquisite quando il terapeuta ha trovato una risposta ai seguenti quesiti:

- Cosa sembra che il cliente voglia chiedere al terapeuta e alla gente nella sua vita quotidiana? Sta cercando primariamente rispetto e ammirazione o sostegno e attenzioni?
- Il cliente ha principalmente bisogno di essere reso più sensibile o reso più forte?
- Il cliente crede di essere, almeno potenzialmente, una persona di successo o sente di essere destinato al ruolo di perdente?
- E' essenzialmente centrato su se stesso e possibilmente irritato quando le altre persone gli chiedono aiuto, o è in grado di stabilire un'empatia con gli altri?
- Quando cerca di aiutare gli altri si sente superiore a loro o la cosa gli suscita un sentimento di appartenenza?
- Come reagisce ai confronti? Si sente offeso e tende ad ignorarli o ad evitarli, o si sente in principio lasciato solo, ma anche desideroso di rimanere in contatto con il terapeuta?

2) Il terapeuta vuole comunicare al cliente che la terapia è lì per lui e non viceversa. Questo richiede, naturalmente, che il terapeuta sia disponibile ad affrontare i problemi che il cliente porta nelle sedute.

Significa anche che il terapeuta deve procedere lentamente all'inizio, non deve cercare di impressionare il cliente con la sua abilità dando "profonde interpretazioni" o cercando di provocare il rilascio di emozioni intense. Credo che un terapeuta che usi tecniche di mobilitazione energetica proprio all'inizio della terapia, prima di aver costruito almeno una parvenza di rapporto con il cliente, agisca più in base a suoi propri bisogni narcisistici che non per una reale volontà di aiutare il cliente (4).

Se, d'altro canto, il cliente inizia a scaricare subito sentimenti intensi il terapeuta può dover acconsentire con "benevola riluttanza". Ma io credo che sia più importante cercare di capire subito se il cliente vuole compiacere il terapeuta ("non è questo che ci si aspetta che io faccia in una terapia corporea?"), se cerca di evitare il contatto con lui e se si tratta di una manifestazione di un più generale schema di finzione.

Piuttosto che iniziare subito con un intenso lavoro sul corpo, credo sia più appropriato limitarsi a guardare, ascoltare, porre domande evocative e proporre esperimenti di consapevolezza; in tal modo il terapeuta met-

te il cliente nelle condizioni di entrare maggiormente in contatto con i suoi sentimenti, desideri e impulsi e a condividerli con lui.

Il terapeuta cerca di capire insieme al cliente che cosa vuol dire per lui stare in piedi o disteso, stabilire un contatto maggiore con il suo atteggiamento corporeo, le sue sensazioni, i suoi movimenti volontari e involontari. Tenta di comprendere come il cliente incarna e visualizzi i suoi sentimenti e come vive e affronta la sua esperienza. Cerca di aiutare il cliente a stabilire delle connessioni tra il suo stile corporeo e i sintomi per i quali è entrato in psicoterapia.

Tutto questo può non essere molto spettacolare (e, del resto, la ricerca di radicamento e il desiderio di qualcosa di spettacolare non sono incompatibili comunque?), ma dà al cliente una certa sicurezza, lo aiuta a stabilire un contatto più profondo con se stesso e con il terapeuta e lo stimola ad essere attivamente coinvolto nel processo terapeutico. E il terapeuta ottiene una quantità di informazioni importanti circa il tipo di persona che ha di fronte.

Come ho suggerito altrove, in aggiunta a quanto detto sopra, il terapeuta può anche avvalersi di uno stile relazionale che si adatti alla più sviluppata capacità di affrontare le situazioni del cliente. Ciò che non avevo detto, è che il terapeuta, di solito, ancora non soddisfa attivamente i bisogni regressivi qualora emergano all'interno di questa relazione iniziale. Un approccio attivamente gratificante nel primo stadio della terapia potrebbe sfociare in uno schema collusivo nel quale il terapeuta diventa un salvatore e il cliente recita il ruolo della vittima indifesa. Il terapeuta deve dimostrare fin dal principio che la base della psicoterapia è la collaborazione, non la collusione.

Il legame riequilibrante: dalla dualità al punto di contatto

Dopo aver esaminato con il cliente i suoi schemi di base, dopo aver dimostrato di aver accettato il cliente (almeno finché questi non oltrepassa i limiti della situazione terapeutica) e aver dimostrato al cliente che si aspetta un coinvolgimento attivo in un processo di crescente consapevolezza, il terapeuta ha gettato le basi per affrontare le resistenze del cliente al radicamento. Il terapeuta può iniziare ad interferire con gli schemi caratteristici del cliente.

Lo stile relazionale che poi il terapeuta costruisce mira a mobilitare aspetti poco sviluppati del cliente (cioè la parte soppressa della polarità di radicamento) e a rendere evidenti le resistenze al grounding.

1) Uno schema di "sgonfiamento" e "affossamento" può essere contrastato instaurando un legame di rafforzamento con il cliente. Il terapeuta dà un feedback per il comportamento verbale e non verbale del cliente, circa il modo in cui lo vede gestire il rapporto con se stesso e con gli altri, lo mette di fronte alle conseguenze frustranti delle sue azioni, gli chiede che cosa cerca di ottenere o di evitare agendo così e cerca insieme a lui delle alternative più soddisfacenti. L'interesse è più centrato su come il cliente utilizza i suoi sentimenti e che cosa fa con il corpo quando lascia che emergano immagini, più che su che cosa egli senta.

Il terapeuta può essere determinato nei suoi confronti se il cliente inizia a manifestare un atteggiamento dipendente verso di lui (o verso le persone che frequenta quotidianamente) asserendo in tal modo il legame tra il cliente e la gente intorno a lui e trasfondendo forza nel cliente. Ho fornito esempi di questo genere di confronti quando ho parlato dell'approccio terapeutico di Masterson.

Più il cliente tiene il distacco, comunque, e più questi confronti devono essere lievi, avendo l'intento non solo di tenerlo in contatto con quello che sta facendo, ma anche di mantenerlo in contatto con il terapeuta.

G. Prouty ha sviluppato un approccio che ha prodotto notevoli risultati sia con clienti schizofrenici, che con clienti in preda ad acuti attacchi psicotici. Fondamentalmente il terapeuta descrive:

- che cosa vede il cliente fare (ad esempio "Joe, sei seduto su una sedia, ti sostieni la testa con le mani, mi stai guardando e sorridi");
- l'effettivo ambiente in cui il cliente si trova (per esempio "Sei seduto nel mio studio, sta suonando il telefono, in quel vaso ci sono dei fiori bianchi e viola");
- che cosa ha appena sentito dire al cliente (per esempio "Mary, hai appena detto 'Casa e mela'");
- che genere di sentimenti il cliente sembra esprimere non verbalmente (per esempio "Mi sembri triste", "I tuoi occhi hanno uno sguardo ansioso").

Gli esempi qui forniti sono stati usati in un contesto psichiatrico al fine di ripristinare il contatto con clienti fortemente psicotici, ma questo stesso approccio può rivelarsi molto utile anche quando un cliente meno regressivo si tiene a distanza dal terapeuta. Quando usa un approccio più prettamente bioenergetico, lo scopo principale del terapeuta consiste nell'aiutare il cliente a scoprire come può rafforzare i suoi muscoli ipotonici, come può contenersi e come può esprimersi senza essere travolto dalle sue emozioni o senza sopraffare gli altri (5).

Se il terapeuta ha il cliente in piedi di fronte a sé allo scopo di sviluppare il suo "radicamento verticale" e il cliente sembra sottrarsi ad un contatto con lui, il cliente può essere incoraggiato a provare come usare le sue mani per rinforzare i suoi confini, ad esempio spingendo contro le mani del terapeuta. Se anche questo è troppo minaccioso, il cliente può essere invitato a dire al terapeuta a che distanza vuole che si mantenga, o a spingere con le mani contro il muro.

Se il cliente manifesta un atteggiamento dipendente, il terapeuta può, per esempio, mettere una mano sulla schiena del cliente. In tal modo contrasta la tendenza alla dipendenza rispettando, allo stesso tempo, la difficoltà che il cliente mostra a "mantenere terreno". Sentendosi sorretto dal terapeuta il cliente può rilassare il respiro e sentire le gambe cariche. Il terapeuta può poi vedere che cosa accade quando, molto gradualmente, dà minor sostegno e stimola il cliente a sostenersi di più da solo. Se questo si rivela essere troppo difficile per il cliente e le sue gambe sembrano cedere, lo può aiutare quando cerca di "riguadagnare terreno" pestandogli i piedi. Se anche questo è troppo minaccioso, la cosa migliore è far sedere il cliente e farlo parlare della sua difficoltà a mantenere un posto per se stesso. L'ansia che viene alla superficie non dovrebbe essere mobilitata troppo poiché questo potrebbe incoraggiare delle tendenze regressive e portare ad una dannosa disintegrazione.

2) Uno schema di rigonfiamento e di distacco dal suolo, invece, può essere contrastato stabilendo un legame di nascita con il cliente. Dimostrandosi ricettivo nei suoi confronti, riflettendo empaticamente i suoi sentimenti e chiedendogli di essere più preciso nelle sue comunicazioni, il terapeuta lo incoraggia a stare con la sua esperienza, a lasciare che sia così com'è e ad entrarvi, a poco a poco, più in profondità. Se lavora con le immagini, il terapeuta cerca di ricavare quanti più dettagli concreti possibili riguardo a ciò che il cliente vede e sente, con quali immagini riesce a stare in contatto e quali invece vuole evitare e rinnegare. Probabilmente il cliente avrà delle difficoltà con questo approccio, tanto che tenterà di fuggire dall'esperienza e di raccontare storie che possano impressionare il terapeuta. Può voler proseguire velocemente, avere fretta di ottenere risultati cercando di manipolare la sua esperienza, tentando di infilare i suoi sentimenti in una forma adatta alla sua immagine di sé.

In questo stile di lavoro, suscitare ed esplorare i meta-sentimenti (come il cliente si sente circa i suoi sentimenti) può essere altrettanto importante che aiutare il cliente ad entrare in contatto con la sua esperienza concreta del momento. Il conflitto tra sentimenti e meta-sentimenti, tra chi è il cliente e chi vorrebbe essere o crede di dover essere, è un tema focale. Il cliente gradualmente può comprendere come i sintomi per i quali è entrato in psicoterapia siano collegati a questo conflitto; il dialogo tra il suo sé e la sua immagine di sé può aiutare il cliente a provare come ha interiorizzato il conflitto tra se stesso e le aspettative degli altri.

Il terapeuta può approfondire questo legame toccando o tenendo il cliente e chiedendogli come si sente ad essere toccato in quel modo (come ha detto un cliente: "Essere toccati vuol dire essere offesi" (6)) e vedere che cosa viene toccato nel cliente. L'intento principale del toccare, qui, non è quello di stimolare l'espressione, ma di aiutare il cliente ad entrare più in contatto con le sue sensazioni, sentimenti e correnti energetiche (per accrescere la sua consapevolezza propriocettiva e la sua sensibilità) e a sentire un maggior contatto con il terapeuta.

L'attenzione è più centrata sul rilassamento e la resa, sull'espiazione, sull'accettazione dei sentimenti, che sulla scarica (che per questo tipo di cliente potrebbe voler dire disfarsi di sentimenti che sono in conflitto con la sua auto-immagine) (7).

All'inizio si può svolgere una notevole quantità di lavoro importante con il cliente seduto (o disteso quando il cliente presenta un io particolarmente forte) piuttosto che in piedi. Se il cliente sta in piedi, l'attenzione va

a come si tiene su, come combatte con la gravità e cosa succede quando lascia andare il suo schema di controllo.

Se il cliente tende a mantenere una certa distanza dal terapeuta, può provare a vedere che cosa sente quando il terapeuta gli si avvicina e dove sente resistenze nel corpo. Ancora una volta può giovare se il cliente esprime questa sua resistenza esplicitamente, per esempio spingendo contro il terapeuta e prestando attenzione alle immagini e ai ricordi che emergono. Se è stata sviluppata sufficiente fiducia verso il terapeuta e il cliente è disposto ad aprirsi maggiormente, il terapeuta può mettere la mano sul petto del cliente e invitarlo a spingere, mentre è in piedi, contro la sua mano. In tal modo il cliente lascia spazio al suo impulso di allontanare le persone e mobilita sensazioni nel petto e nella regione del cuore. Gradualmente il terapeuta oppone minor resistenza e stimola il cliente a reggersi di più sulle proprie gambe che, a questo punto, saranno piuttosto tremolanti. La sfida per il cliente consiste nell'accettare la sua insicurezza sapendo che anche il terapeuta lo vede in questo stato; la sfida per il terapeuta sta nel non essere troppo insistente, comprendendo quanto possa essere umiliante per il cliente sentirsi insicuro.

Nel primo approccio, dove un cliente "sgonfio" riceve sostegno nella sua ricerca di maggiore autonomia (cosa per la quale è stato punito nella sua infanzia) e ostacolato nella sua tendenza a perdersi in emozioni e scene, nel rinnegare la sua responsabilità, nel dipendere dagli altri e nell'affondare impotente, il cliente si sentirà più forte e sperimenterà sempre più che tutti, incluso il terapeuta, lo lasciano solo.

Nel secondo approccio, dove il cliente narcisista viene incoraggiato a lasciare andare il suo "pomparsi", a diventare più sensibile, ad aprirsi a sentimenti più profondi, a diventare consapevole del conflitto tra la sua immagine e l'immagine che ha di sé e a consentire un legame più profondo col terapeuta, il cliente sentirà maggiormente la sua vulnerabilità. Tale vulnerabilità può essere interpretata come la paura di essere ancora ferito, questa volta da persone appartenenti alla vita di tutti i giorni o dal terapeuta; in altre parole, provare ancora una volta ad essere disprezzato, messo in ridicolo, trascurato o abbandonato, come accadde nei primi anni della sua vita.

In entrambi i casi, a volte, si svilupperà un transfert negativo piuttosto intenso nel quale il cliente vivrà il terapeuta come un genitore che lo abbandona. Quando il transfert viene elaborato, il terrore del radicamento e la sottostante depressione d'abbandono emergono in tutta la loro intensità.

NOTE

1. Quando il cliente ha lasciato andare (almeno momentaneamente) il suo comportamento difensivo, le interpretazioni dei suoi sentimenti di abbandono possono fornirgli un aiuto per giungere alle loro radici. Più il cliente è disposto ad affrontare la depressione e più i confronti possono aprire la strada alle interpretazioni. Qualora, d'altra parte, il cliente rispondesse con ulteriori scene nella relazione terapeutica o nella vita di tutti i giorni, questa resistenza andrebbe affrontata con rinnovati confronti.

2. In questo contesto Masterson sottolinea un punto fondamentale: il terapeuta deve essere genuinamente disponibile a riconoscere apertamente i suoi effettivi errori terapeutici e a scusarsi per essi. In tal modo egli dà al cliente non solo il rispetto che (come chiunque altro) merita, ma conferma momenti di percezione realistica da parte del cliente, ripristina l'alleanza terapeutica (se esisteva) e abbandona le sue tendenze narcisistiche e la sua funzione di modello per il cliente.

3. Mi rendo ben conto che quanto segue è una generalizzazione e quindi una distorsione del vero e irripetibile processo attraversato dal cliente. Ma ho scoperto che questa era una distorsione "utile" come sfondo da tenere a mente.

4. Gli esercizi messi a punto da Marianne Ingen Housz per sviluppare "sostegno interiore" e accrescere la consapevolezza del corpo, mi sembrano più appropriati in questo contesto.

5. Gli esercizi bioenergetici tradizionali che lavorano sulla mobilitazione e lo scarico dell'energia sono potenzialmente pericolosi con i clienti che presentano una scarsa forza dell'io. Nel prossimo capitolo parlerò di due approcci che possono essere utili in questa circostanza: la "volontarizzazione" e la "disassociazione".

6. L'espressione olandese usata da questo cliente è ancora più efficace "Een aanraking is een aantasting".
7. Con i clienti troppo legati, tuttavia, il terapeuta può incoraggiare una scarica di rabbia, se tale rabbia ha una natura difensiva, come è spesso il caso; questo può aiutare il cliente a prendere contatto con i sentimenti sottostanti 'più delicati'.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Aalberse, M. "Unicità, dualità e unità", Unitive Body-Psychotherapy, collected papers Vol.1 Alfa Verlag, 1989.
2. Boadella, D. Life Streams, Routledge & Kegan Paul, 1987.
3. Boadella, D. \ Maps of Character, Abbotsbury Publications, 1985.
- Smith, D.
4. Johnson, S. Humanising the Narcissistic Style, Norton, 1987.
5. Lowen, A. Il Narcisismo, Milano, Feltrinelli, 1985.
6. Masterson, J. The Psychotherapy of the borderline adult, Brunner\Mezel, 1976.
7. The Psychotherapy of the borderline adult, Brunner\Mezel, 1981.
8. The Real Self, Brunner\Mezel, 1985.
9. Masterson, J. & Psychotherapy of the Disorders of the Self, Brunner\Mezel, 1989.
- Klein, R. (eds)
10. Miller, A. Het Drama van het Begaafde Kind, Het Wereld-venster, 1981.
11. Stattman, J. Theory given during the training in Unitive Psychotherapy.
12. van Werde, D. "Restaurative van het psychologisch contact bij acute psychose, eentoepping van Prout' s pre-therapie" Tijdschrift voor Psychotherapie, 1985\6.

Tratto da "Il Terrore del Radicamento e la Buia Notte dell' Anima"
originariamente pubblicato da Energy and Character.

Traduzione di Rosalia Nordio, a cura di Francesca Rabuffi, Gilberto Ferro,
Marta Pozzi.