

## Processi ed esiti in psicoterapia: il ruolo della relazione terapeutica

ANDREA FERRERO

*Summary* – PSYCHOTHERAPY PROCESSES AND OUTCOMES: THE ROLE OF THERAPEUTIC RELATIONSHIP. The dynamics occurring during the sessions of psychotherapy between patient and therapist has been recently described in terms of attitudes and counter-attitudes, starting from therapist's task to provide presence and encouragement and patient's requests that feelings of helplessness can be alleviated. Interindividual dynamics between therapist's therapeutic style and patient's life style deal with three orders of factors: the qualities of both therapist and patient as real persons, the unconscious symbolic meanings of the relationship and the implicit communication components. Therapist personality is relevant as it is manifested and perceived by patients during the treatment. Concerning patients, current research not only stresses the relevance of symptoms in building a good working alliance, but emphasizes other variables, such as relational functioning and defence mechanisms. Comprehensively, specific patients personality characteristics tend to evoke distinct patterns of emotional response in clinicians. A review of the results of most recent studies comparing different psychotherapeutic styles and different patient's life styles is provided, in order to detect their impact on treatments process and outcome. Finally, some implications on therapeutic technique of Adlerian Psychodynamic Psychotherapies are briefly discussed.

*Keywords:* ATTEGGIAMENTI E CONTROATTEGGIAMENTI, PERSONALITÀ DEL TERAPEUTA, PERSONALITÀ DEL PAZIENTE

### I. Introduzione

Fin dagli inizi del 1900, gli studi sulla psicoterapia indagano lungo due direzioni. Per un verso, cercano di definire un insieme di strategie e di tecniche che descrivano processi ed esiti, replicabili e che si possano insegnare. Sotto un altro punto di vista, sottolineano costantemente come la qualità della relazione terapeutica giochi un ruolo fondamentale nei successi o negli insuccessi con i pazienti, e la personalità del terapeuta svolga un ruolo importante.

Tuttavia, mentre è possibile codificare la tecnica, almeno per una certa parte, è impossibile fare altrettanto per gli aspetti umani dell'incontro, soggetti ad una infinità di variabili e fattori aspecifici che, agli occhi dei detrattori, contribuiscono a derubri-

care le psicoterapie livello di pratiche di generico sostegno o di suggestione senza statuto scientifico. All'inizio del secolo scorso, questa contrapposizione si ricompose in modo dialettico all'interno della Psicoanalisi, tra dinamiche intrapsichiche e relazionali, conscie ed inconscie.

Aspetti cognitivi, tecnici e psicopatologici, e modalità istintivo-emotive della costruzione del rapporto tra paziente e terapeuta si intrecciano, ad esempio, nella concezione del transfert e del controtransfert.

Tutte le psicoterapie di orientamento psicodinamico si sono fatte successivamente carico di approfondire il significato relativo della qualità tecnica e della qualità relazionale dei trattamenti, con accenti diversi ad iniziare dalla Psicologia Individuale Adleriana e dalla Psicologia Analitica Junghiana.

Nell'arco dei decenni successivi, le relazioni diventano poi oggetto di attenzione particolare da parte delle psicoterapie sistemiche, umanistiche, della Gestalt, interpersonali, ed anche nelle psicoterapie cognitivo-comportamentali, specialmente quelle ad indirizzo costruttivista.

In ogni caso, è solo dalla metà del secolo scorso che le modalità di interazione tra terapeuta e paziente diventano oggetto di studi sistematici e che si prova a validarne la rilevanza. Il moderno costrutto di *working alliance* è introdotto da Greenson [36] e comprende, secondo Bordin [16], tre processi interrelatiche richiedono un processo progressivo di negoziazione [53]: il consenso sugli obiettivi del trattamento, il consenso sulle modalità del trattamento e il legame relazionale.

## II. *Ruolo e funzione del terapeuta nella costruzione dell'alleanza terapeutica*

Vi è attualmente consenso nel considerare che la personalità del terapeuta ha rilievo in quanto costituisce una parte dell'alleanza terapeutica [20]. Sia le ricerche neurobiologiche che le ricerche sui processi delle psicoterapie hanno mostrato, infatti, che lo psicoterapeuta partecipa pienamente, insieme al paziente, alla co-creazione e alla co-costruzione della relazione durante le sedute [11].

Per utilizzare una recente definizione di Rovera [58], questa si definisce progressivamente proprio in base alle dinamiche degli atteggiamenti e dei contro-atteggiamenti sia del paziente che del terapeuta. Fin dall'inizio, le attese del paziente di cambiamento e coinvolgimento empatico sono indirizzate al terapeuta, che ha il mandato di operare con oggettività, di fornire presenza e incoraggiare il cambiamento [50, 7, 41]. La personalità del terapeuta informa, per la propria parte, gli incontri in seduta ("meeting") e interagisce con le proprie difese con quelle del paziente ("masking") all'interno della psicoterapia ("matching"), che viene ad assumere così le caratteristiche di un «percorso esistenziale condiviso» [58], secondo tre registri: di realtà, transferale fantasmatico e implicito.

Secondo il registro di realtà, come scriveva Adler [3], il paziente ripropone in seduta

sempre il solito atteggiamento che, in linea con il piano di vita elaborato, manifestava verso le persone del suo ambiente passato, e prima ancora verso la sua famiglia.

Dal punto di vista delle relazioni significative, una delle psicoterapie di derivazione Adleriana, la Classical Adlerian Depth Psychotherapy, ritiene che il terapeuta, durante i trattamenti, debba indirizzare la consapevolezza delle mancanze vissute dal paziente durante l'età evolutiva nella direzione di poter compiere passi concreti per migliorare le relazioni con la famiglia, gli amici, la comunità, o il mondo del lavoro [63, 62].

A sua volta, la Constructivism Oriented Individual Psychology sottolinea in particolare come gli individui siano auto-determinati per via del significato che danno alle loro esperienze, per cui è probabile che si verifichi un qualche errore quando particolari vissuti di inferiorità vengono assunti come base per la vita futura [55].

Se si considera, invece, il registro transferale fantasmatico, il pensiero psicoanalitico odierno sostiene che il controtransfert va considerato come creazione congiunta del paziente e del terapeuta, ma non sarebbe giusto focalizzare solo gli aspetti interpersonali senza considerare che, in ultima analisi, il conflitto psicologico è interiore ed intrinseco al funzionamento mentale, sia del paziente che del terapeuta [60].

Sotto il profilo intrapsichico, dunque, il transfert esprime precoci moduli di legame interiorizzati [28], ovvero permette di comprendere in che modo le relazioni significative del passato sono state inconsciamente registrate all'interno dell'individuo e strutturano la psiche, anche inconsciamente, diventando, così, come delle "immagini guida" per orientarsi nella vita.

Queste immagini guida sono state chiamate "finzioni" da Adler [2, 3, 4]. Per quanto appaiano concrete, le finzioni devono essere sempre considerate come dotate di senso simbolico e la nostra comprensione dell'avvenire deve rimanere nell'inconscio.

Secondo la Psychoanalytisch Orientierte Individualpsychologische Psychotherapie, gli aspetti emozionali di rilevanti ed anche precoci relazioni nella storia dell'individuo costituiscono precondizioni cruciali, conscie ed inconscie, delle rappresentazioni di sé, dei propri pensieri e convincimenti. Durante la psicoterapia, vengono riattivate e possono essere risperimentate e comprese in maniera nuova attraverso il co-movimento del terapeuta [25].

In sintesi, secondo questa prospettiva non si può non trasferire, ognuno secondo il modo tipico dello stile di vita, e ciò non vale solo per il paziente, ma allo stesso modo anche per il terapeuta [48].

A livello del registro implicito, infine, come dice Adler [6], l'uomo sa molto più di quanto non comprenda ed il passato è riportato al presente a livello dell'esperienza vissuta durante le sedute. La ri-attribuzione del significato pre-verbale delle esperienze psichiche avviene nella relazione anche per il tramite di aspetti non verbali [19].

Alla luce di recenti acquisizioni, anche ad opera di studiosi italiani [35], sulle funzioni dei neuroni a specchio come substrato neurobiologico della comunicazione empatici-

ca, processi come la simulazione interiorizzata (embodied simulation), e la sintonizzazione intenzionale (intentional attunement) sarebbero necessari per trasformare la comunicazione empatica in comprensione empatica reciproca tra paziente e terapeuta, attraverso una linea esperienziale diretta e l'instaurarsi di un tipo particolare di familiarità tra paziente e terapeuta [26, 11].

Anche secondo la Adlerian Metaphor Therapy, le metafore linguistiche del soggetto possono rappresentare livelli di conoscenza profondi, taciti, prelogici. L'esplorazione e la trasformazione delle metafore linguistiche impegna il cliente anche a questi livelli, e il terapeuta favorisce cambiamenti costruttivi con una modalità relativamente non direttiva [47].

Complessivamente, costruita a tutti questi livelli, la working alliance è vista attualmente come l'ingrediente essenziale della promozione di cambiamento [45, 49] e di una più favorevole aderenza al trattamento [65], anche se spiega proporzionalmente poco dei risultati dei trattamenti [24].

Nonostante, quindi, la popolarità e le validazioni empiriche dell'alleanza terapeutica, ci sono ancora molti problemi nell'attuale definizione del concetto e della sua utilità per la ricerca in psicoterapia.

### III. *Personalità del terapeuta e qualità dell'alleanza terapeutica*

La personalità del terapeuta ha uno specifico rilievo, dunque, per come si manifesta durante le sedute, ma soprattutto per come viene percepita da ogni singolo paziente [38, 9]. L'importanza dei precedenti stili di attaccamento decresce precocemente durante il trattamento [41, 12], mentre l'importanza delle manifestazioni relazionali implicite cresce precocemente [51].

Riguardo all'impatto delle modalità relazionali del terapeuta sull'alleanza terapeutica, queste possono essere poste in relazione con le esperienze precoci del paziente, considerando, secondo Adler [4], come una sorta di tardiva assunzione della funzione materna da parte del terapeuta.

In questo senso, recenti ricerche [8] hanno differenziato gli effetti differenti del comportamento delle madri capaci di sintonizzarsi sui bisogni dei figli (madri "sincrone"), che promuovono migliore modulazione emozionale, empatia, percezione della mente ed organizzazione psichica, rispetto a quelli delle madri carenti in tal senso (madri "intrusive"), che tendono invece ad attivare gli agiti e a favorire la disorganizzazione psichica.

Queste riflessioni segnalano, per analogia, le doti fondamentali che sono richieste alla personalità del terapeuta e, per converso, i rischi di relazioni iatrogene. Sarebbero, dunque, decisive, al di là di altri aspetti, un'attenzione selettiva ai bisogni, senza lasciarsi contagiare dalla sofferenza, ed attitudini creative con la possibilità di rappresentare un modello di speranza [40, 52, 18, 59].

Durante le varie fasi successive del trattamento, inoltre, le variabili intrapsichiche della personalità del terapeuta sembrano influenzare l'alleanza terapeutica maggiormente delle variabili relazionali [41, 59]. In questo senso, anche il mondo interiore del terapeuta, come quello del paziente, può essere inteso come un'insieme di esperienze vissute a livello implicito, rispetto a cui conflitti e difese costituiscono elementi secondari che ne permettono la rappresentazione e la narrazione esplicita attraverso il linguaggio durante il trattamento [19].

#### *IV. La risposta del terapeuta e l'inferiorità del paziente relativa alla patologia*

Gli atteggiamenti cognitivo-emozionali del terapeuta durante la psicoterapia sembra che dipendano più dal funzionamento relazionale [22], dalle resistenze [67] e dal livello di funzionamento psicopatologico del paziente che dai suoi sintomi [23].

Anche per questi motivi, dunque, le patologie non vanno differenziate solo a livello descrittivo, ma il trattamento psicoterapeutico richiede un approccio che faccia riferimento alla psicopatologia dello sviluppo [13, 32].

Secondo il Vulnerability, Events, Personality-Psychopathological Model (VEP - PM), alla patogenesi dei disturbi psichiatrici concorrono variamente quattro distinti fattori, tutti necessari e nessuno sufficiente [30, 32].

Il primo è costituito dalle vulnerabilità biologiche dell'individuo.

Ad esempio nella schizofrenia, il terapeuta si troverà di fronte al fatto che il paziente, in base ad una rilevante predisposizione genetica, discrimina con difficoltà gli aspetti complessi della cognizione sociale e può presentare un'esagerata attrazione o avvertività per stimoli neutri [46, 1].

Il secondo fattore eziopatogenetico si riferisce alla vulnerabilità psicosociale.

Ad esempio, da gravi carenze delle relazioni di "amore o tenerezza primaria" [14] può derivare una mancata coesione dei diversi aspetti del sé, e la relazione con il terapeuta può essere vissuta da pazienti con gravi disturbi di personalità come una minaccia per l'identità. Peraltro, anche nel caso in cui l'identità si sia costituita in modo coeso e saldo, esperienze precoci del bambino troppo conflittuali innescano tensioni che possono rimanere irrisolte e riattivarsi durante il trattamento.

Bisogna considerare inoltre, a questo proposito, che gli stressors, che costituiscono il terzo fattore patogeno, non incidono se non in quanto vanno a cogliere il soggetto negli aspetti specifici della sua "inferiorità" e non sono rilevanti in soggetti a bassa vulnerabilità [66]. Diverso è ovviamente il discorso per gli eventi traumatici, i cui effetti patogeni sono molto noti e descritti in letteratura.

Il quarto e decisivo fattore di rilevanza psicopatologica è costituito dai meccanismi disfunzionali di compensazione dell'inferiorità [2], ovvero dall'organizzazione patologica della personalità, come ben sottolineato, tra gli altri, da Bond [15].

Secondo prospettive coerenti con la Psicologia Individuale, i meccanismi di difesa,

che ne costituiscono un aspetto rilevante, nascono e risiedono nel dominio delle interazioni fin dalla prima infanzia [19] e vengono successivamente plasmati anche da fattori socio-culturali [64]: regolano l'esperienza di sé [54] e, nel contempo, il controllo e il rilascio di due principali dimensioni relazionali: “dominanza-sottomissione” e “nutrimento-ostilità” [68]. Nello specifico dell'alleanza terapeutica, i meccanismi di difesa hanno stretta relazione col manifestarsi e il risolversi delle resistenze al trattamento.

A fronte di queste considerazioni, una serie di interessanti ricerche recenti hanno intrapreso ad indagare la qualità emotiva del controatteggiamento del terapeuta in rapporto alla psicopatologia del paziente, utilizzando il Therapist Response Questionnaire [69].

Lo strumento indaga dimensioni clinicamente e teoricamente coerenti che rappresentano le risposte emotive dei terapeuti verso i pazienti, evidenziando il fatto che esistano ben maggiori nuances rispetto alla distinzione globale tra controtransfert positivo o negativo.

In dettaglio, lo strumento distingue nove modalità di controatteggiamento del terapeuta:

- 1) sopraffatto/disorganizzato;
- 2) impotente/inadeguato;
- 3) positivo;
- 4) speciale/ipercoinvolto;
- 5) sessualizzato;
- 6) distaccato;
- 7) genitoriale/protettivo;
- 8) criticato/maltrattato;
- 9) ostile [10].

Una di queste ricerche [21] ha potuto correlare in modo significativo le risposte del terapeuta in rapporto al disturbo di personalità del paziente, evidenziando come il controatteggiamento, in un campione di 203 psicoterapie, corredi con il disturbo e non con l'orientamento teorico del trattamento.

Un'altra ricerca, di cui sono disponibili solo i primi dati preliminari [31], indaga le correlazioni tra le dimensioni del controatteggiamento del terapeuta non con le diagnosi categoriali di diverse patologie della personalità, ma con l'organizzazione di personalità dei pazienti, indagata con la Defense Functioning Scale (DFS) (DSM IV Task Force, 2000) e la Psychopathological Functioning Level - Rating Scale (PFL-RS) [32].

Il campione parziale riguarda 42 trattamenti di pazienti con età compresa tra 15 e 56 anni (media: 27, 41 anni; DS: 12,1), per il 43,9% maschi e per il 56,1 % femmine.

I terapeuti intervistati sono prevalentemente di orientamento psicodinamico ed hanno livelli difforni di esperienza e di formazione.

Una prima serie di dati preliminari significativi (livello 0,01; 2-code) evidenzia come i terapeuti manifestino controatteggiamenti di tipo positivo quanto più è adeguata

l'organizzazione di personalità del paziente. L'attivazione di una modalità di tipo genitoriale, per contro, non sembra significativamente correlata alla maggiore o minore gravità psicopatologica del paziente.

Tanto più disfunzionale, invece, è il livello di organizzazione di personalità del paziente, tanto più il terapeuta tende a sentirsi maltrattato, impotente e sopraffatto, seppure non ostile e distaccato.

Questi dati andranno confermati o meno su casistiche più ampie, ma suggeriscono tendenzialmente che le modalità intrapsichiche relazionali più disfunzionali dei pazienti tendono ad interferire almeno in parte sulle potenzialità del terapeuta, per lo meno per quanto riguarda il livello di fiducia relativa alla possibilità di essere efficaci. Non sembrerebbero, invece, nel campione considerato, innescare maggiormente reazioni di distacco o di aggressività e nemmeno, in modo iper-compensatorio, un eccesso di coinvolgimento emotivo, di protettività o di accudimento.

#### *V. Lo stile terapeutico in rapporto ai processi e agli esiti dei trattamenti*

La personalità del terapeuta si rivela congiuntamente in ciò che comunica al paziente tanto quanto nel modo attraverso cui lo comunica o nella scelta di quando lo comunica [44].

Ad esempio, un «terapeuta mentalizzante» può influire sull'esito del trattamento perché fornisce un'esperienza che ristrutturata aspetti della memoria implicita, ma anche perché sceglie empaticamente una serie di interventi espliciti che ritiene utili per il paziente [30, 32, 33]. Analogamente, lavorare col transfert e il controtransfert è un contenuto tecnico dello stile terapeutico, ma ha attinenza con dinamiche esperienziali governate da reversibilità di ruoli, tra ripetizione e trasformazione di aspetti inconsci [17].

E ancora, l'uso di interpretazioni non dipende solo dalle caratteristiche dei pazienti, ma può correlare in modo importante con le esperienze relazionali dei terapeuti [39] e veicolare sia un atteggiamento ostile che un atteggiamento amichevole [61].

Alcune interessanti ricerche [42, 57, 56, 41, 43] hanno correlato il contenuto della comunicazione del terapeuta, la fase del trattamento e l'alleanza terapeutica, valutando l'impatto delle interpretazioni di transfert effettuate dal terapeuta durante psicoterapie ad orientamento analitico.

Riassuntivamente, con pazienti che mostrano un'alta qualità di relazioni oggettuali, le interpretazioni precoci di transfert (positivo) risulterebbero tendenzialmente controproducenti durante la fase di costruzione dell'alleanza terapeutica, scoraggiando le aspettative positive e l'impegno a cooperare; sarebbe pertanto più utile accogliere inizialmente il transfert del paziente piuttosto che elaborarlo.

Ad alleanza terapeutica costituita, questi stessi pazienti beneficerebbero poi delle interpretazioni riferite a vissuti extra transferali e, solo ad alleanza terapeutica consolidata, delle interpretazioni di transfert.

Per contro, con i pazienti con bassa qualità di relazioni oggettuali e importanti resistenze al trattamento sarebbero da privilegiare, anche precocemente, le interpretazioni del transfert negativo, per disconfermare timori regressivi e proiettivi che ostacolano l'alleanza terapeutica. Solo successivamente si dovrebbero considerare le interpretazioni extra - transfert. Rispetto agli esiti, inoltre, setting e tecniche differenti potrebbero beneficiare di stili terapeutici differenti.

Uno studio al proposito [37] è stato effettuato su 169 pazienti con disturbi d'ansia e dell'umore trattati con 2 o 3 sedute settimanali di psicoterapia psicodinamica, ovvero con 4 sedute settimanali di psicoanalisi.

I risultati, in sintesi, mostrerebbero che sedute settimanali più numerose permetterebbero ai terapeuti di utilizzare uno stile più volto al cambiamento che alla accettazione del paziente, ovvero di essere, con vantaggio per il paziente, «less affirming», ovvero meno accettanti ed amichevoli; «less aloof», ovvero meno riservati e cauti; «more forceful», ovvero più assertivi e critici.

Complessivamente, lo stile del terapeuta sembra influenzare l'esito del trattamento, sia per il modo in cui il terapeuta si propone come modello esemplare di relazione, sia per il tipo di scelte che effettua per promuovere la risoluzione dei problemi del paziente. Per quanto concerne le tecniche semi-manualizzate delle psicoterapie brevi e a tempo limitato derivate della Adlerian Psychodynamic Psychotherapy [27, 29], che posseggono evidenze preliminari di efficacia in diversi ambiti clinici, esse sono orientate secondo due assi strategici, uno relazionale ed uno intrapsichico.

La strategia relazionale intensiva [30] è caratterizzata dal fatto che il terapeuta favorisce la rielaborazione dei vissuti da parte del paziente, piuttosto che fornire contributi personali. L'obiettivo è quello di favorire nel paziente un atteggiamento di attenzione, confidenza e comprensione delle proprie difficoltà come presupposto del cambiamento. Secondo Adler [3], il terapeuta non è capace di insegnare nulla di meglio di quanto il paziente non possa comprendere attraverso il riconoscimento della linea della propria vita. Il terapeuta, in questo modo, attiva le proprie attitudini personologiche ad essere «stimolante».

Alternativamente, la strategia relazionale supportiva [30] è caratterizzata, invece, dalla prevalenza dell'integrazione dei contributi da parte del terapeuta. L'obiettivo è quello di fornire soluzioni positive alternative in risposta alle difficoltà del paziente. Secondo Adler [5], la psicoterapia è un esercizio ed una prova di cooperazione e può concludersi positivamente solo se c'è un sincero interesse per gli altri.

La scelta di una strategia supportiva sottende una attitudine «soccorrevole» da parte del terapeuta.

Sotto il profilo intrapsichico, la strategia terapeutica mutativa si propone di provocare un cambiamento dello Stile di Vita e dell'organizzazione di personalità attraverso il



cambiamento di almeno alcuni dei meccanismi di difesa che sono connessi in modo significativo con la patologia. Il terapeuta attiva, quindi, un'attitudine «esplorativa». Al contrario, la strategia terapeutica conservativa è volta a rispettare e rinforzare i meccanismi di compensazione del paziente, ed in particolare preserva le difese a più evoluto funzionamento, più sane e adattative per il soggetto e per le altre persone. In questo caso, il terapeuta assume un'attitudine «rassicurante». Come sottolineava già Fürstenau [34], si sottolinea ancora una volta quanto siano importanti l'arte e la capacità del terapeuta di trattare pazienti differenti secondo modalità differenti, secondo uno spazio decisionale clinico multidimensionale.

#### VI. *Alcune brevi considerazioni conclusive*

Le caratteristiche personalologiche del terapeuta sembrano costituire, dunque, un elemento di grande rilevanza tra le variabili di processo e di esito dei trattamenti psicoterapeutici. I lavori di ricerca che oggi cercano di indagare la qualità relativa di questi processi interattivi in trattamenti di pazienti con patologie differenti sottolineano come le caratteristiche personalologiche del terapeuta correlano in modo significativo non solo con le problematiche presentate del paziente, ma anche con le opzioni tecniche che sceglie di assumere.

Emerge, complessivamente, la funzione di uno psicoterapeuta più partecipante, che può in certi casi agire all'interno del setting (enactment), fino a rivelare e mettere in gioco delle parti di sé (self-disclosure).

Affinché le strategie della psicoterapia possano essere utili, si può dunque sostenere che il terapeuta idealmente dovrebbe essere in grado di tollerare e riconoscere una gamma tendenzialmente vasta di condizioni emotive proprie e dei pazienti.

D'altronde, anche le difficoltà interpersonali possono servire e, ad esempio, si è dimostrato che esperienze di attaccamento sicuro non aprono per forza la strada dell'acquisizione della capacità di mentalizzare [33]. È fondamentale, invece, la prospettiva di considerare quanto ci viene comunicato dal paziente come attendibile, rilevante per le sue prospettive soggettive ed estensibile ad altri.

Questo aspetto della personalità del terapeuta, definibile come “epistemic trust” [33] sembra possa costituire il back-ground relazionale (conscio, inconscio ed implicito) per comprendere la patologia del paziente ed inserire le strategie tecniche del trattamento. In questo modo, ancora una volta, accanto all'acquisizione di solide conoscenze della psicopatologia, la formazione emotiva personale risulta fondamentale come base della professionalità dello psicoterapeuta.

L'acquisizione veloce e a basso costo di tecniche, che poi si usano indifferentemente per qualunque tipo di disturbo, costituisce invece una vera minaccia per il futuro della psicoterapia, soprattutto quando si presenta sotto le mentite spoglie di una male intesa “evidence-based practice”.

### Bibliografia

1. ADDINGTON, J., BARBATO, M. (2012), The role of cognitive functioning in the outcome of those at clinical high risk for developing psychosis, *Epidemiol. Psychiatr. Sciences*, 21 (4): 335-342.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
3. ADLER, A. (1913), Individualpsychologische Behandlung der Neurosen., in SARASON, D. (a cura di): *Jahreskurse für ärztliche Fortbildung*, Lehmann, München.
4. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
5. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton, Roma 1994.
6. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
7. ANDRUSYNA, T. P., TANG, T. Z., DE RUBELS, R. J., LUBORSKY, L. (2001), The factor structure of working alliance in cognitive-behavioral therapy, *J. Psychother. Pract. Res.*, 10 (3): 173-178.
8. ATZIL, S., HENDLER, T., FELDMAN, R. (2011), Specifying the neurobiological basis of human attachment: brain, hormones, and behavior in synchronous and intrusive mothers, *Neuropsychopharmacol.*, 36: 2603-2615.
9. BARSKY, A. J., SAINTFORT, R., ROGERS, M. P., BORUS, J. F. (2002), Non-specific medication side effects and nocebo phenomenon, *JAMA*, 287 (5): 622-627.
10. BETAN, E., HEIM, A. K., ZITTEL CONKLIN, C., WESTEN, D. (2005), Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation, *Am. J. Psychiatry*, 162: 890-898.
11. BIANCONI, A. (2010), Finzione e contro-atteggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 7-27.
12. BLACK, S., HARDY, G., TURPIN, G., PARRY, G. (2005), Self-reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy, *Psychol. Psychother.*, 78 (3): 363-377.
13. BLATT, S. J., LUYTEN, P. A. (2009), Structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: two polarities of experience across the life span, *Dev. Psychopathol.*, 21(3):793-814.
14. BOLTERAUER, L. (1982), Die narzisstisch gestörte Persönlichkeit im psychoanalytischen Aspekt von H. Kohut und im individualpsychologischen Aspekt von F. Künkel, *Zeit. f. Individualpsychol.*, 7: 76- 84.
15. BOND, M. (2004), Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change, *Harv. Rev. Psychiatry*, 12 (5):263-278.
16. BORDIN, E. S. (1979), The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance, *Psychother. Theory, Res. Pract.*, 16: 252-260.
17. BORGOGNO, F. (2015), Between repetition and transformation: A special learning experience in the dynamics of transference and countertransference from the

beginning of my psychoanalytic training. Panel Report, IPA Congress, Boston 2015: Working with transference and countertransference: Special learning moments in our psychoanalytic journey, *Int. J. Psychoanal.*, 96:1639-1641.

18. BRUCK, E., WINSTON, A., ADERHOLT, S., MURAN, J. C. (2006), Predictive validity of patient and therapist attachment and introject styles, *Am. J. Psychother.*, 60 (4): 393-406.

19. BRUSCHWEILER-STERN, N., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A. C., NAHUM, J. P., SANDER, L.W., STERN, D. N. (2007), The foundational level of psychodynamic meaning: implicit process in relation to conflict, defense and the dynamic unconscious, *Int. J. Psychoanal.*, 88 (4): 843-860.

20. COLLI, A. (2011), Returning to the roots. A comment on the paper "Alliance in common factor land: a view through the research lens", *Res. Psychother.*, 14 (2):4-11.

21. COLLI, A., TANZILLI, A., DIMAGGIO, G., LINGIARDI, V. (2014), Patient Personality and Therapist Response: An Empirical Investigation, *Am. J. Psychiatry*, 171 (1): 102-108.

22. DAHL, H. S., RØSSBERG, J. I., BØGVALD, K. P., GABBARD, G. O., HØGLEN, P. A., (2012), Countertransference feelings in one year of individual therapy: an evaluation of the factor structure in the Feeling Word Checklist-58, *Psychother. Res.*, 22: 12-25.

23. DAHL, H. S., RØSSBERG, J. I., CRITS-CHRISTOPH, P., GABBARD, G. O., HERSOUG, A. G., PERRY, J. C., ULBERG, R., HØGLEN, P. A. (2014), Long-term effects of analysis of the patient-therapist relationship in the context of patients' personality pathology and therapists' parental feelings, *J. Consult. Clin. Psychiatry*, 82: 460-471.

24. DORAN, J. M. (2014), The working alliance: Where have we been, where are we going? *Psychother. Res.*, 26 (2): 146-163.

25. EIFE, G. (2005), Adlerian Essentials in Psychodynamic Therapy. *Lecture, 23th Congress of International Association of Individual Psychology - Panel: Which kind of Adlerian Psychotherapy? The power of different theoretical issues underlying different clinical practices*, Torino.

26. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 15-19.

27. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: theoretical issues and process indicators, *PanMin. Med.*, 50: 1-11.

28. FERRERO, A. (2004), Moduli di legame e qualità della relazione terapeutica, in ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (eds), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, CSE, Torino.

29. FERRERO, A. (2012), The Model of Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): Specific Features in the Treatment of Borderline Personality Disorder, *Res. Psychother. Psychopathol., Process Outcome*, 15 (1): 32-45.

30. FERRERO, A. (2014), *Une psychothérapie modulée sur le fonctionnement psychopathologique. Le modèle sur-mesure de la psychothérapie psychodynamique adlérienne*, L'Harmattan, Paris.

31. FERRERO, A., FASSINA, S., LERDA, S., MUNNO, A., PASSERINI, R., RUTTO, F., SIMONELLI, B. (2017), Risposte dei terapeuti e organizzazione di personalità dei pazienti, in FERRERO, A.: *Atteggiamenti e contro-atteggiamenti: la ricerca. Relazione al XXVI Congresso Nazionale S.I.P.I.*, Bologna.
32. FERRERO, A., SIMONELLI, B., FASSINA, S., CAIRO, E., ABBATE-DAGA, G., MARZOLA, E., FASSINO, S. (2016), Psychopathological Functioning Levels (PFLs) and their possible relevance in psychiatric treatments: a qualitative research project, *BMC Psychiatry*, 16: 253.
33. FONAGY, P., ALLISON, E. (2014), The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship, *Psychother.*, 51(3): 372-380.
34. FÜRSTENAU, P. (1977), Praxeologische Grundlagen der Psychoanalyse, *Handbuch der Psychologie*, 8 (1): 847-888.
35. GALLESE, V., EAGLE, M. N., MIGONE, P. (2007), Intentional attunement: mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55: 131.
36. GREENSON, R. R. (1965), The working alliance and the transference neurosis, *Psychoanal Q.*, 34: 155-81.
37. HEINONEN, E., KNEKT, P., JÄÄSKELÄINEN, T., LINDFORS, O. (2014), Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis, *Eur. Psychiatry*, 29: 265-274.
38. HENTSCHEL, U., BIJLEVELD, C.C., RUDOLF, G. (1999), Psychodynamic personality markers of psychotherapists in relation to therapy outcome, *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 49 (2): 55-63.
39. HERSOUG, A. G. (2004), Assessment of therapist's and patient's personality: relationship to therapeutic technique and outcome in brief psychodynamic psychotherapy, *J. Pers. Assess.*, 83 (3): 191-200.
40. HERSOUG, A. G., HØGLEN, P. A., MONSEN, J. T., HAVIK, O. E. (2001), Quality of working alliance in psychotherapy: therapist variables and patient/therapist similarity as predictors, *J. Psychother. Pract. Res.*, 10 (4), 205-216.
41. HERSOUG, A. G., MONSEN, J. T., HAVIK, O. E., HØGLEN, P. A. (2002), Quality of early working alliance in psychotherapy: diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors, *Psychother. Psychosom.*, 71 (1): 18-27.
42. HØGLEN, P. A. (1993), Transference interpretations and long-term change after dynamic psychotherapy of brief to moderate length, *Am. J. Psychother.*, 47 (4): 494-507.
43. HØGLEN, P. A., AMLO, S., MARBLE, A., BØGWALD, K. P., SØRBYE, O., SJAASTAD, M. C., HEYERDAHL, O. (2006), Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: an experimental study of transference interpretations, *Am. J. Psychiatry*, 163 (10): 1739-1746.
44. HORVATH, A. O. (2009), How real is the "real relationship?" *Psychother. Res.*, 19: 273-277.
45. HORVATH, A. O., BEDI, R. P. (2002), The alliance, in NORCROSS, J. C. (a cura di): *Psychotherapy relationships that work*, Oxford University Press, New York.

46. KAPUR, S. (2003), Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia, *Am. J. Psychiatry*, 160: 13-23.
47. KOPP, R. R., CRAW, M. J. (1998), Metaphoric language, metaphoric cognition, and cognitive therapy, *Psychother.*, 35 (3): 306-311.
48. KRUTTKERÜPING, M. (1986), Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand. In F.J. Mohr (ed.): Zur Patienten - Therapeuten Beziehung, *Beitr. Z. Individualpsychol.*, 7: 9-23.
49. LAMBERT, M. J., SIMON, W. (2008), The therapeutic relationship: Central and essential in psychotherapy outcome, in S. F. HICK, T. BIEN (a cura di): *Mindfulness and the therapeutic relationship*, The Guilford Press, New York.
50. LUBORSKY, L., CRITS CHRISTOPH, P. (a cura di) (1990), *Understanding transference: the CCRT method*, Basic Books, New York.
51. LYONS-RUTH, K. (1998), The Process of Change Study Group. Implicit relational knowing: its role in development and psychoanalytic treatment, *Infant. Mental Health J.*, 19: 282-289.
52. MARCOLINO, J. A., IACOPONI, E. (2003), The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy, *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 25 (2) : 78-86.
53. MITCHELL, S. A. (2000), *Relationality: from attachment to intersubjectivity*, Analytic Press, Mahwah.
54. MORBACH, W. (2007), Die geteilte Wirklichkeit: Zur interaktionellen Dynamik der Abwehrmechanismen, *Zeitschr. F. Individualpsychol.*, 32: 107-126.
55. OBERST, U., STEWART, A.E., (2005), Social Interest: Adlerian Psychology in the context of constructivist and humanistic theories, *Lecture, 23th Congress of International Association of Individual Psychology - Panel: Which kind of Adlerian Psychotherapy? The power of different theoretical issues underlying different clinical practices*, Torino.
56. OGRODNICZUK, J. S., PIPER, W. E. (1999), Use of transference interpretation in dynamically oriented individual psychotherapy for patients with personality disorders, *J. Person. Disord.*, 13 (4): 297-311.
57. PIPER, W. E., AZIM, H. F., JOYCE, A. S., MC CALLUM, M. (1991), Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy, *Arch. Gen. Psychiatry*, 48 (10): 946-953.
58. ROVERA, G. G. (2015), Lo stile terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78, 19-85.
59. SCHAUBENBURG, H., DINGER, U., BUCHEIM, A. (2006), Attachment patterns in psychotherapists, *Z. Psychosom. Med. Psychother.*, 52 (4): 358-372.
60. SHILL, M. A. (2004), Analytic neutrality, anonymity, abstinence, and elective self-disclosure, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 52 (1): 151-187.
61. SPINHOVEN, P., GIESEN-BLOO, J., VAN DYCK, R., KOOIMAN, K., ARNTZ, A. (2007), The Therapeutic Alliance in Schema-Focused Therapy and Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 75 (1): 104-115.
62. STEIN, H. T. (2013), *Classical Adlerian Depth Psychotherapy, Volume 1. Theory*

& Practice: A Socratic approach to democratic living, The Classical Adlerian Translation Project, Bellingham.

63. STEIN, H. T., EDWARDS, M. E. (1998), Classical Adlerian Theory and Practice, in MARCUS, P., ROSENBERG, A. (a cura di): *Psychoanalytic versions of the human condition: philosophies of life and their impact on practice*, New York University Press, New York.

64. SUNDBOM, E., JACOBSSON, L., KULLGREN, G., PENAYO, U. (1998), Personality and defenses: across-cultural study of psychiatric patients and healthy individuals in Nicaragua and Sweden, *Psychol. Rep.*, 83 (2): 1331-1347.

65. THOMSON, L., MC CABE, R., (2012), The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review, *BMC Psychiatry*, 12: 87.

66. TSUANG, M.T., BAR, J. L., STONE, W. S., FARAONE, S. V. (2004), Gene-environment interactions in mental disorders, *World Psychiatry*, 3 (2): 73-83.

67. WESTRA, H. A., AVIRAM, A., CONNORS, L., KERTES, A., AHMED, M. (2012), Therapist emotional reactions and client resistance in cognitive behavioral therapy, *Psychother.*, 49: 163-172.

68. ZEIGLER-HILL, V., PRATT, D. (2007), Defense styles and the interpersonal circumplex: the interpersonal nature of psychological defense, *J. Psychiatry, Psychol. Mental Health*, 1(2): 1-15.

69. ZITTEL CONKLIN, C., WESTEN, D. (2003), *The therapist response questionnaire*, Departments of Psychology and Psychiatry and Behavioral Sciences, Emory University, Atlanta.

Andrea Ferrero  
Via Sommacampagna 6  
I-10131 Torino  
E-mail: andfer52@hotmail.com