

Il sentimento sociale del terapeuta ri-attiva quello del paziente

SECONDO FASSINO

Summary – THERAPIST’S SOCIAL FEELING RE-ACTIVATES PATIENT’S ONE. The theory of intersubjectivity represents a development recently added to the theoretical knowledge of psychoanalysis mainly because of the work conducted by Stern and the Boston Change Process Study Group. The theoretical roots of the intersubjective model can be found in A. Adler’s Individual Psychology (IP) with respect to both meta-psychology and theory of technique. In fact, the second fundamental concept of IP is the social feeling/interest that regulates – in balance with self-affirmation – the development of the Self. The intersubjective model considers the processes of change in treatment as grounded on the therapeutic alliance that is a crucial area and is currently studied with empirical approaches also including those of brain imaging. In the therapeutic relationship are articulated, overlapped, and cancelled pretenses and authentic experiences of alliance and change. When the therapeutic relationship is characterized by continuous and reciprocal imitations and simulations it is likely that patients’ *simulation* of the therapist’s modified expression of patient’s experience carries out therapeutic functions of regulation. It seems that patients “see” in their therapist a more manageable version of what they are experiencing. In the therapeutic alliance the therapist’s Social Feeling through the Creative Self (re)activates “as an infection” the patient’s one. The process of change is nourished by the mirroring sequences of infections and reciprocal transformations as a premise/result of the alliance. The *deep infection* of trust, distrust, distress, disillusion and hopes crosses, reinforces or erases, or confuses the intentional word and body messages of the conscious strategies of *encouragement*. As a result, the therapist’s ethic responsibilities are increased – in the interaction matching (Rovera) reciprocally changing of the setting; such responsibilities underpin a continuous development of his/her Social Feeling.

Keywords: SENTIMENTO SOCIALE, ALLEANZA, SE’ CREATIVO, CONTAGIO EMOTIVO

La teoria dell’intersoggettività rappresenta uno sviluppo inserito di recente nel bagaglio teorico della psicoanalisi [29] ad opera soprattutto di Stern e del Boston Change Process Study Group BCPSG [34]; essa sposta la psicoanalisi da una psicologia monopersonale a una psicologia bipersonale, basata sul riconoscimento che l’aspetto più importante del lavoro clinico è lo scambio di due soggettività, da cui nasce “materiale non prevedibile cocreato” [34]. I momenti di incontro sono i prodotti per eccellenza del dialogo intersoggettivo paziente-terapeuta.

Viene così posta una maggior enfasi sul processo relativo al contenuto, su una scala più piccola di analisi, di livello microtemporale”. In una panoramica rassegna delle indagini attuali delle neuroscienze. T. Singer [33] considera acquisito il risultato per cui le interazioni intersoggettive, sono caratterizzate da sequenze evolutive; ognuna

di esse avrebbe una differente area cerebrale: *contagio emotivo* per cui le emozioni sono trasferite da una persona all'altra senza consapevolezza (un bambino che piange sentendo piangere un altro bimbo); *empatia* condivisione di emozioni con la consapevolezza della distinzione tra sé e altro; *compassione*: pena per l'altro e desiderio di sollevarlo; *teoria della mente* o *mentalizzazione*, con l'inferenza cognitiva sullo stato mentale dell'altro.

Recenti scoperte confermano una base neurale per l'intersoggettività nucleare, un'intersoggettività primaria [34]: un nucleo sul quale, in ultima analisi, si fondano fenomeni clinici come l'empatia, l'identificazione e l'interiorizzazione. La scoperta dei *mirror neurons*, base neuronale dell'*embodiedsimulation* può portarci lontano nella comprensione, a livello neurale, dell'intersoggettività specie per quanto riguarda la "partecipazione" diretta alla vita mentale, alle azioni e alle emozioni degli altri, avvalorando la successione causativa-finalistica degli accadimenti psichici e interpersonali [24].

I. *Il cambiamento terapeutico secondo il modello intersoggettivo*

Il cambiamento avverrebbe essenzialmente tramite i *nowmoments* che talora si trasformano in *moment of meeting*. Il *now moment* è un breve intervallo di tempo in cui i processi psicologici raggruppano unità percettive di durata assai breve nella più piccola unità globale (*gestalt*) in grado di avere senso o significato nel contesto della relazione [34]. I momenti presenti durano da 1 a 10 secondi. Dal punto di vista soggettivo, essi rappresentano tutto ciò che viviamo come un "ora", un "adesso" ininterrotto. Il momento presente è strutturato come una microstoria vissuta, con una breve trama e una linea di tensione drammatica costituita dagli affetti vitali, aspetti che gli accordano un profilo temporale dinamico. È un fenomeno cosciente (benché non in senso riflessivo) che può manifestarsi anche senza essere verbalizzato o narrato. Risulta essere l'elemento fondante di ogni esperienza relazionale.

I processi astrattivi (generalizzazioni, spiegazioni e interpretazioni) e narrativi si basano su questo tipo di esperienza psicologica fondamentale. Solo l'esperienza del momento presente accade "ora" ed è vissuta direttamente. Secondo la visione intersoggettiva, il processo di cambiamento che si osserva durante il percorso psicoterapico dipenderebbe quindi dall'esperienza di momenti specifici e significativi dell'interazione tra paziente e terapeuta (quelli che Stern ha chiamato "momenti-ora"), ovvero momenti di coscienza intersoggettiva che consentono l'acquisizione o l'attivazione di nuovi set di memorie implicite che aumentano le strategie dell'individuo nel sentire e nel comportarsi con se stessi e con gli altri. Il cambiamento del paziente avverrebbe prevalentemente nel dominio implicito, il che ridimensiona ciò che avviene a livello

del dominio esplicito e che, solitamente, è il risultato dell'intervento interpretativo. Le ascendenze teoriche del modello intersoggettivo sono senz'altro riconosciute nell'approccio interpersonale di Harry Stack Sullivan, ma ancor più in modo evidente nella Individual Psicologia (IP) di A. Adler, sia a livello metapsicologico che di teoria della tecnica. Infatti la seconda istanza fondamentale della IP è il *sentimento/interesse sociale*. Essa nasce da un legame affettivo-sociale primario e determina un "bisogno" di cooperazione e di compartecipazione emotiva con i propri simili.

Nella dinamica della vita psichica il sentimento sociale agisce a volte in sinergismo e a volte in contrasto con l'altra istanza fondamentale, la volontà di autoaffermazione. Ciò che accade in ogni *qui e ora*, ovvero il momento presente, ad esempio nell'incontro paziente-terapeuta, è il risultato della composizione secondo una *linea direttrice* di sviluppo dal basso all'alto delle due istanze, secondo un sistema di causazione e finalità. La IP è tanto una *psicologia del profondo* [15] come una *psicologia del Sé* [31]. Il *conscio* dovrebbe essere il risultato di una elaborazione intrapsichica dei rapporti interpersonali e sociali che hanno modificato le istanze psichiche di fondo: sarebbe quindi un "prodotto" tra natura e cultura della socializzazione della mente [16].

*

Da un punto di vista clinico molti psicoterapeuti in formazione e supervisione sono indotti a chiedersi: che ne facciamo in conclusione di ciò che è stato evocato in noi dall'emozione del paziente? Un'implicita partecipazione affettiva virtuosa piuttosto che schermo vuoto... Anche le virtù del terapeuta agiscono per via implicita? La ferita del guaritore come premessa-condizione della propensione compassionevole dell'agire terapeutico... Il cambiamento: non tanto interpretazioni smascheranti le *finzioni inconsce*, ma il *vissuto sentirsi sentito* e trattato come persona meritevole. *Conoscenza implicita* e sistema delle finzioni specie nel terapeuta rappresentano un crogiuolo di imitazione empatiche, appartenenza e cooperazione, compassione.

La relazione implicita condivisa come fulcro del cambiamento: nell'*hic et nunc* un incontro intersoggettivo significativo del Sé con l'Altro [19]. Non sarebbe comunque sufficiente un rispecchiamento continuo se non interviene *qualcosa di nuovo*. Ogni rispecchiamento, contagio, per quanto empatico per diventare evolutivo trasformativo, deve aggiungere allo stato precedente un'acquisizione *nuova* effetto della presenza *significativa* del terapeuta. "(...) in terapia idealmente il terapeuta non rispecchia letteralmente gli stati mentali del paziente, ma dà risposte empatiche congruenti che gli permettono di trovare se stesso e nel contempo lo facilitano a riflettere a trasformare l'esperienza" [23; 27] e il concetto di sé.

Il BCPSG [34] ha evidenziato specifici rapporti tra Sistema motivazionale intersoggettivo e sistema motivazionale dell'attaccamento: separati e complementari ma entrambi fondamentali: il Sistema Attaccamento riguarda l'esperienza del sentirsi sicu-

ri nelle situazioni a rischio che richiedono protezione essendo in primo piano il SE'.

Il Sistema intersoggettivo regola l'esperienza della condivisione e dell'appartenenza nella famiglia e nel gruppo essendo in primo piano il *noi*. Essere attaccati a qualcuno crea la possibilità di sviluppare una connessione intersoggettiva, con qualcuno: questa può essere il primo passo dell'attaccamento a questa persona.

La relazione tra Attaccamento Sicuro e atteggiamento intersoggettivo porta allo sviluppo della mentalizzazione come abilità ad interpretare il proprio e quello degli altri intermini di desideri, sentimenti, etc... Il gioco di finzione modula nel bambino questi processi [34].

La simulazione incarnata automatica dell'espressione emozionale del paziente da parte del terapeuta (o "identificazione concordante" con il paziente) non è di per sé terapeutica: che il terapeuta *senta* ciò che *sente* il paziente non è in sé di aiuto al paziente. I circuiti neurali dell'empatia (insula, cingolato anteriore, talamo, amigdala, giunzione temporo parietale, talamo) mostrano infatti una reattività neuronale maggiore nei terapeuti rispetto ai controlli [25]: il qualcosa di nuovo è la speciale propensione relazionale, con effetti trasformativi, del terapeuta!

È l'atteggiamento/virtù del terapeuta ad accogliere l'Altro *quasi* incondizionatamente Alder 1935 [3]: tardiva assunzione della funzione materna... "Il trattamento coinvolge e trasforma sia il medico che il paziente"(...) "l'atteggiamento empatico è essenzialmente costituito dalla tardiva assunzione della funzione materna da parte dello psicoterapeuta." "Vedere con i suoi occhi, ascoltare con le sue orecchie, sentire col suo cuore" (...) "Le difficoltà dei terapeuti possono derivare dal fatto che si resta legati al proprio concetto di vanità, alle proprie fantasie, al proprio metro di concessione della stima (...)" "(...) La contraddizione con la realtà - cioè le richieste logiche della società - è l'intento parzialmente inconscio della nevrosi (...)" (...) "si acquisisce un insight del significato di questo piano nevrotico attraverso un'empatia artistica e intuitiva con la natura essenziale del paziente (...)" Ciò che aiuta è il fatto che l'*embodiedsimulation* fornisce una base importante per la *comprensione empatica* del paziente da parte del terapeuta. Il terapeuta fa esperienza di *qualcosa di simile* a ciò che esperisce il paziente, piuttosto che una *replica* dell'esperienza del paziente.

Se, la relazione terapeutica è caratterizzata da continue e reciproche imitazioni, *simulazioni*, tra paziente e terapeuta, allora è probabile che la simulazione da parte del paziente dell'espressione *modificata* dal terapeuta dell'esperienza del paziente stesso svolga funzioni terapeutiche regolatrici.

È come se il paziente "*vedesse*" nel terapeuta un versione più gestibile di ciò che il paziente stesso sta sperimentando [24, 4]. *Lo studio delle basi neurali della nostra capacità di essere connessi alle relazioni intenzionali degli altri (...)* Attraverso la *consonanza intenzionale*, l'altro è molto più di un diverso sistema rappresentazionale, diventa un sé corporeo come noi.

La plasticità del meccanismo specchio potrebbe giocare un ruolo importante nella costituzione delle memorie implicite che accompagnano costantemente le nostre relazioni con gli oggetti interni e esterni, come una sorta di *basso continuo*.

Internalizzando patterns specifici di relazioni interpersonali, noi sviluppiamo la nostra caratteristica attitudine verso gli altri e verso il mondo in cui viviamo ed esperiamo internamente queste relazioni. Si potrebbe ipotizzare che la nostra identità personale sia almeno in parte l'esito del modo in cui la nostra simulazione incarnata degli altri si sviluppa e prende forma [4].

II. Alleanza terapeutica

Approcci empirici

Per cogliere le evidenze scientifiche relative ai fattori che rendono efficaci le diverse forme di psicoterapie, è per lo più impiegato un modello teorico *definito modello contestuale* [36] in grado di spiegare i meccanismi alla base del cambiamento all'interno del processo psicoterapeutico. I tre livelli del modello contestuale includono la *relazione autentica*, la formazione delle *aspettative* riguardo il trattamento attraverso la spiegazione del disturbo e della terapia adottata e l'attuazione di *condotte che promuovano la salute*. Prima però di intraprendere questi percorsi, è necessario instaurare un relazione terapeutica preliminare. Secondo tale modello, la psicoterapia è in grado di apportare dei benefici attraverso questi diversi meccanismi, grazie ai quali la psicoterapia appare come una tecnica di cura sociale altamente specifica.

All'interno del modello contestuale *i fattori comuni*, o aspecifici, sono di cruciale importanza, e di fatto entrano in gioco praticamente in ogni forma di psicoterapia.

L'alleanza terapeutica è il più studiato dei fattori comuni. Di solito, essa viene misurata all'inizio della terapia (alla terza o alla quarta seduta), per essere poi messa in relazione con il risultato raggiunto al termine del trattamento. È stata riscontrata una correlazione fortemente significativa tra l'alleanza terapeutica e l'outcome del trattamento. Una recente meta-analisi di circa 200 studi condotta sull'alleanza, basati su ca. 14.000 pazienti [26], ha dimostrato una forte ed evidente correlazione globale tra alleanza e *outcome*. L'opinione che l'alleanza terapeutica rappresenti un fattore decisivo in psicoterapia ha fatto sorgere numerose contestazioni di metodo [14]. Tuttavia nonostante queste obiezioni siano state esaminate attentamente, nessuna delle critiche mosse all'evidenza dell'importanza dell'alleanza terapeutica è risultata valida [36].

L'alleanza si compone di tre elementi: il legame, la condivisione delle finalità del trattamento e l'accordo sulle aree di azione della psicoterapia. L'alleanza costituisce un fattore comune essenziale, funzionale sia nel livello 2 (formazione delle aspettative) sia nel livello 3. l'attuazione di condotte che promuovano la salute.

La correlazione positiva tra alleanza e *outcome* potrebbe essere spiegata dall'effetto del contributo diretto dei pazienti all'alleanza. Recentemente una recente analisi [7]

ha riscontrato che, tra i due, è il contributo del terapeuta ad essere realmente rilevante: i terapeuti più incisivi sono in grado di formare profonde alleanze con una gamma diversificata di pazienti. Il contributo del paziente, al contrario, non rappresenta un predittore di *outcome*: i pazienti in grado di stringere alleanze terapeutiche robuste, probabilmente perché sono caratterizzati da un *pattern* di attaccamento sicuro, non avranno invariabilmente una prognosi migliore. Invece possono trarre beneficio da un terapeuta in grado di formare alleanze con pazienti difficili proprio quei pazienti che presentano, in ragione della propria storia personale, schemi di attaccamento sfavorevoli. Questi risultati sono stati comprovati da meta-analisi [13]. Più in generale, sembra che l'alleanza terapeutica rappresenti un fattore decisivo tanto nelle psicoterapie cognitivo-comportamentali quanto in quelle dinamiche o esperienziali, a prescindere dall'utilizzo di un manuale di riferimento nello svolgimento della terapia e indipendentemente dal fatto che vengano considerate, per valutare gli esiti del trattamento, variazioni in specifici ambiti sintomatologici oppure misurazioni più globali dell'assetto psichico del paziente.

È difficile distinguere nettamente il singolo effetto dei diversi fattori comuni. È stato valutato lo specifico effetto sull'*outcome* di due elementi che si correlano con l'alleanza terapeutica, ovvero relazione autentica e consenso sugli obiettivi/collaboratività. È stata operata una distinzione tra il legame, che è considerato una componente dell'alleanza in grado di facilitare un lavoro terapeutico fruttuoso, e la relazione autentica, che ha a che fare, invece, con la formazione spontanea, tramite processi a carico di entrambe le parti, di una relazione genuina. Stando ad alcune evidenze, la *relazione autentica* - il primo livello del modello contestuale - si correla, anche dopo aver controllato statisticamente l'effetto relativo all'alleanza, con l'*outcome*. Un secondo elemento correlato con l'alleanza terapeutica è il binomio consenso sugli obiettivi/collaboratività [36].

Alleanza e processo di cambiamento: verso studi di brain imaging

Il recente dialogo tra psicoanalisi e neuroscienze ha portato a numerose sperimentazioni ed ipotesi rispetto a concetti psicodinamici quali i meccanismi di difesa, il sé, i ricordi, i sogni e l'empatia. Se può avvenire un cambiamento in termini psichici, questo indubbiamente corrisponderà ad un cambiamento anche da un punto di vista neurale [27]. Beutel et al. [8] hanno evidenziato nella loro review che la psicoterapia ha un effetto sul cervello e che la distinzione tra psicoterapia psicologica e psichiatria biologica è ormai datata e superata.

L'idea è quella di uno scambio reciproco tra psicoterapia psicodinamica e tecniche di neuroimaging. Questo potrebbe portare infine allo sviluppo di marker predittivi di tipo diagnostico e terapeutico con l'obiettivo di poter stabilire quali soggetti beneficino di quale tipo di psicoterapia in generale e nello specifico rispetto a quale focus operare all'interno della relazione terapeutica.

Al fine di studiare attraverso il neuroimaging individuale gli effetti neurali della psicoterapia psicodinamica. Boecher, Northof et al. [9] hanno proposto alcuni elementi di fondo essenziali per disegni sperimentali di studio brain imagin concernenti processi psicodinamici di cambiamento, tra i quali l'alleanza terapeutica. Il setting mira a consentire al paziente di "ricordare, ripetere e lavorare in riferimento alla memoria esplicita. Tuttavia la relazione tra analista e paziente favorisce una nuova configurazione affettiva tale da consentire la ricostruzione anche della memoria implicita. Andrade [5] e Wallin [35] sostengono che l'unico mezzo per accedere alla memoria implicita è il transfert. Questi ricordi impliciti rappresentano strutture affettive inconscie che possono essere fatte emergere esclusivamente all'interno di una relazione di transfert in modo tale da organizzare una nuova modalità affettiva.

Alcuni elementi essenziali del processo psicoanalitico e del cambiamento dovrebbero essere concordati come base per disegno di studio scientifico [9]. Le questioni più importanti per questi autori sono: qual è il processo e cosa è cambiato durante una psicoterapia analitica? Quali sono i meccanismi, le tecniche e le azioni che predispongono e consentono tale processo psicoterapeutico e il cambiamento? Gli aspetti specifici che riguardano il processo psicoanalitico e il cambiamento non riguardano solo i sintomi e i comportamenti disfunzionali. Per la prospettiva psicodinamica il sintomo conscio è il risultato di una soluzione di compromesso e dei meccanismi di difesa i quali operano con meccanismi preconsce e inconsci. Di conseguenza un approccio psicoanalitico che consenta un processo terapeutico deve *incoraggiare* [18] e guidare il paziente a prendere contatto con i propri aspetti preconsce ed inconsci. Il processo di incoraggiamento prefigura, secondo l'I.P., sua volta una peculiare modalità relazionale [30; 32].

Che cosa mette lo psicoterapeuta all'interno della psicoterapia psicodinamica? [9] Innanzitutto egli mette la sua personalità, i suoi pensieri, le sue emozioni e anche la sua storia personale. All'interno della relazione terapeutica, la prospettiva del terapeuta rispetto ai pensieri, alle convinzioni e ai meccanismi del paziente guidano la costruzione della relazione terapeutica. Alcune recenti evidenze [11] dimostrano che personalità e il stile di vita del terapeuta costituiscono importanti fattori predittivi di esito dell'intervento psicoterapeutico: egli non può pertanto rimanere neutrale all'interno della relazione terapeutica come sostenuto in passato da Freud! Se il paziente sente il terapeuta come un oggetto impenetrabile questo può creare alcune difficoltà nel processo psicoanalitico, ad esempio il paziente può proiettare sul terapeuta i propri vissuti innescando un indurimento inconscio nel terapeuta. Kohut (1959) e prima di lui Adler (1935) affermò che la capacità di provare empatia è uno strumento fondamentale nella relazione terapeutica. In uno studio *brain imaging* rispetto ai controlli sani, i terapeuti mostrano un'iperattività dei circuiti relativi alla capacità di provare empatia cognitiva mentre non vi è differenza rispetto all'empatia emotiva dove però i terapeuti mostrano una maggior capacità di regolazione emotiva rispetto al disagio e alla sofferenza altrui [25].

Sono in pieno sviluppo gli studi empirici [12] che evidenziano anche con indagini *brain imaging* peculiari aspetti dell'empatia in specifiche popolazioni psichiatriche. Affinché avvenga una buona relazione terapeutica si deve instaurare tra i due soggetti una cosiddetta “alleanza di lavoro”, che permette al paziente di lavorare anche quando le dinamiche di transfert diventano conflittuali. Gli esiti della psicoterapia non dipendono solo dalla personalità del terapeuta e dalla sua storia ma anche dal modo in cui si amalgamano gli stili di attaccamento del terapeuta e del paziente [9]. Questo ci suggerisce come in un disegno sperimentale non possiamo limitarci ad utilizzare delle scale che misurino la personalità di paziente e terapeuta, ma devono essere impiegate anche misure relative all'attaccamento quali ad esempio la AAI o la AAPR. In una apposita tabella Boeker, Northof et al. [9] (cfr. www.sipm.it News Letter Sipm n°13-14 2015) riportano un raffronto schematico tra imput del terapeuta variabili empiriche e misure sperimentali fruibili per studi *brain imaging* sui fattori essenziali di cambiamento.

Un fattore del terapeuta decisivo per l'esito del trattamento sono gli interventi che egli utilizza per indurre il cambiamento, i cosiddetti “input psicoterapeutici” riferibili agli interventi tecnici che il terapeuta utilizza. Freud ed Adler sostennero che gli interventi psicoanalitici devono essere rivolti a superare le resistenze del paziente finché i sintomi di cui soffre possano ridursi e scomparire. La questione dei cambiamenti del Sé creati attraverso la mobilitazione e il superamento delle difese erette durante il proprio sviluppo diventa la strada per rendere possibile il lavoro analitico [9].

Esplorare questi concetti da un punto di vista neuro scientifico rimane comunque una sfida aperta per il futuro a motivo della difficoltà di comprendere pienamente il funzionamento del terapeuta. Quest'ultimo infatti oscilla tra un polo “tecnico” ed uno “personale” nella relazione con il paziente. Il processo terapeutico pertanto diventa un qualcosa da comprendere ad un livello micropsicologico e questo rende davvero complesso il poterlo “quantificare” e renderlo fruibile in ambito scientifico

L'Alleanza Terapeutica per l'Individual Psicologia (I.P)

Una riflessione recente di Rovera [32] sull'alleanza terapeutica (AT) propone un'elaborazione di questo concetto non più intermini di presenza/assenza, ma come dimensione psicoterapeutica piena di vicissitudini (rotture, riparazioni, distanziamenti, abbandono). L'A.T. andrebbe concepita come una rete di continuum di interazioni, oscillanti tra un polo in cui gli interventi a sostegno della relazione cooperativa sono ben integrati nelle dinamiche della terapia (e ciò è più evidente nelle psicoterapie supportive), a un altro polo in cui si rendono necessarie vere e proprie ridefinizioni degli scopi, degli obiettivi degli interventi e degli Orientamenti di Valori.

Per accertarsi che la cura giunga ad un buon risultato, uno psicoterapeuta deve essere consapevole che l'A.T. fin dall'inizio del trattamento ha un ruolo più importante di ogni tecnica specifica (usata singolarmente) e che favorisce altresì un outcome favo-

revole. Si sottolinea che molti accenti sono posti, oltreché sul paziente, anche sul terapeuta, la cui neutralità professionale si arricchisce di quell’*“humanitas”* che, tra l’altro, è propria della Psicologia Individuale Comparata e si esprime qui nel *sentimento sociale adleriano e nella cooperazione*.....Nell’ambito delle Alleanze Terapeutiche, le strategie dell’incoraggiamento [20] sono una delle componenti della Psicoterapia Supportiva. In questa, le rotture dell’Alleanza si verificano con minore frequenza rispetto alle psicoterapie espressive, in quanto le confrontazioni, o lo smascheramento delle finzioni, o le interpretazioni che possono accrescere l’ansia del paziente sono utilizzate consapevolmente. Quando l’alleanza è in pericolo, il ricorso a tecniche supportive dovrebbe essere considerato l’approccio di scelta per una riparazione dell’Alleanza prima di affrontare eventuali resistenze ed implicazioni di transfert.

La conclusione di una psicoterapia non dovrebbe “di per sé” porre termine all’Alleanza Terapeutica (da intendersi questa come luogo affettivo, esplorativo e cooperativo) sia quale esperienza del “mondo interno”, sia quale particolare “funzione psicologica a posteriori”, sia come aspetto metodologico di reintervento o di prolungamento della terapia, sia come “sentimento di possibilità” di una figura di riferimento.

III. *Nella relazione terapeutica si articolano, sovrappongono, annullano finzioni e esperienze autentiche di alleanza e di cambiamento*

In considerazione del fatto che “il trattamento coinvolge e trasforma sia il medico che il paziente” [3] la relazione terapeutica non è mera riedizione di pregressi modelli relazionali, variamente influenzati da finzioni negative, ma dovrebbe costituire un prototipo di relazione autentica, in cui le finzioni prevalenti del terapeuta e del paziente dovrebbero essere positive, finalizzate allo sviluppo socialmente utile del Sé [19]. Oltre alle finzioni del paziente, occorre sottolineare anche quelle del terapeuta connesse per lo più a non ottimali articolazioni di Sentimento Sociale e Volontà di Potenza occasionali o strutturali nella motivazione alla professione.

La relazione terapeutica è intesa come revisione e ricostruzione *incoraggiante* dello stile di vita, negli aspetti microscopici del momento presente. L’attitudine all’ascolto, al ricordo regressivo, alla ricerca e riformulazione di senso della linea direttrice, propri della fase esplorativa, sono propedeutici per gli agenti specifici di cambiamento nel percorso psicoterapeutico, come esperienza in vivo di appartenenza e cooperazione; l’*identificazione empatica* si presenta espressione avanzata del Sentimento Sociale del terapeuta che dovrebbe contagiare implicitamente anche il paziente.

L’interpretazione e lo *smascheramento delle finzioni* permangono a lungo implicite nella mente del terapeuta e non sempre occorre che siano esplicitate. Lo psicoterapeuta in tal modo si situa nell’area “dell’essere con” (appartenere) e “fare con” (cooperare), un modello identificatorio per accogliere il deficit, il sentimento di inferiorità, verso una compensazione creativa socialmente utile.

Gli approfondimenti del modello intersoggettivo sui processi trasformativi del qui e ora, risultante da un insieme di *nowmoments*, anche se non esaustivi, appaiono utili ad una miglior comprensione delle dinamiche del processo di cambiamento secondo gli schemi IP. Questi infatti considerano, oltre agli aspetti presenti e attuali della relazione terapeutica, sia le vicende del divenire della storia del soggetto che quelle dell'incontro e sviluppo della relazione terapeuta-paziente. Il *moment of meeting* è un momento presente speciale che è in grado di risolvere la crisi tra due individui, tra competizione e cooperazione, in seguito a un momento-ora, che ha l'effetto di rimodellare il campo intersoggettivo e modificare la relazione secondo il prevalente e condiviso Sentimento Sociale. Il momento di incontro – vero collaudo di vera alleanza - non può consistere in un generico intervento tecnico, ma si configura come una risposta autentica e specifica rispetto alla particolare crisi che si presenta e allo stile personale del terapeuta.

Ciò è legato alla creazione di una condivisione intersoggettiva, *affettivamente* carica, che modifica il campo intersoggettivo tra i due, ampliandolo al punto che la relazione percepita da entrambi assume *improvvisamente* una forma *nuova* diversa rispetto a quella che aveva prima del momento di incontro. La maggioranza dei cambiamenti terapeutici si verifica nel campo della consapevolezza implicita... Sono movimenti improvvisati, (*nowmoments*) imprevedibili e non lineari verso traguardi reciproci che caratterizzano i processi di interazione genitore-bambino e terapeuta-paziente. Diventano fondamentali per “meeting moments, nel quale i partecipanti interagiscono co-creando una nuova comprensione implicita e intersoggettiva. Talvolta appaiono densi di significato *meaning moment* con, oppure anche senza, esplicitazioni interpretative... Sono comunque l'elemento chiave nel determinare un cambiamento nella consapevolezza implicita, così come le interpretazioni sono viste come l'elemento chiave per produrre il cambiamento nella conoscenza esplicita.

La *relazione terapeutica inclusiva* [35] su cui si crea si allenta e continuamente si ricrea l'*alleanza di lavoro* è dare quanto più spazio possibile alle esperienze dei pazienti e prestare attenzione non solo a ciò che dicono, ma soprattutto a ciò che esprimono con altri mezzi. Per attivare gli agenti trasformanti è necessario che il terapeuta offra un valido, autentico e non fittizio, riconoscimento e una risposta sintonica alla vasta gamma di comunicazioni, soprattutto implicite, che i pazienti trasmettono anche con le parole, ma soprattutto *tra le righe* attraverso il modo di parlare, le pause, il corpo, le emozioni. I modi di fare, di essere presenti con il paziente, i modi della mimica, i toni di voce concorrono implicitamente a prefigurare dei modelli fruibili per l'imitazione embodied [24].

La psicoterapia dinamica secondo l'IP, oltre alla fase esplorativa e quella prospettica [18] comprende soprattutto la fase della revisione trasformativa dello stile di vita. Questa considera gli sviluppi-arresti della personalità del paziente ed è propedeutica, stimola la progettualità del paziente, spesso adagiato in un adattamento fittizio e

svantaggioso a causa delle compensazioni negative. È in questo senso che assumono importanza teorico-pratica (quali variabili interdipendenti dell'equazione psicoterapeutica) i problemi della «distanza» e della «presenza» [30]; della comunicazione verbale e non verbale, del dialogo interiore [20].

Il trattamento avrebbe la funzione di rimodellare lo stile di vita, rimaneggiando i rapporti tra le due istanze in gioco (sentimento sociale e volontà di autoaffermazione) e le loro influenze sui valori e simboli guida (Ideale di Sé). Tramite l'adattamento al *setting*, come strumento operativo, si avvia una nuova «relazione intermedia»; adattamento creativo del paziente a sé, comportante la rinuncia alle mete fittizie che non consentono l'adattamento. Il prototipo di tale evoluzione è appunto la «ricostruzione dei legami affettivi» [35], nell'*hic et nunc* della relazione terapeutica a livello dello spazio intermedio stile di vita del paziente – stile di vita del terapeuta.

a) La relazione paziente-psicoterapeuta [21; 6] si fonda sul circolo cognitivo – affettivo – cognitivo; interesse sociale e sentimento sociale rappresentano due dimensioni percettivo – cognitive ed emotivo - affettive della stessa istanza. Il tentativo di «comprendere» la richiesta-sintomo del paziente (veicolata da specifici mediatori simbolici con radici culturali e inerenti alla storia evolutiva dello stile di vita individuale) tramite la decodificazione del simbolo-sintomo, costituisce parte importante del lavoro comune ai due protagonisti del setting (“che cosa lui si aspetta da me”, “di che cosa lui ha bisogno al posto del sintomo e cosa farei al posto suo”), e di fatto rappresenta l'avvio della (co)creazione di un'alternativa più vantaggiosa alla finzione -sintomo come funzione autoriparativa.

b) Dall'alleanza di lavoro si avvia un processo di modulazione continua tra lo Stile di Vita del terapeuta e quello del paziente. Si avvia quel dialogo, clima e «distanza» [30] in cui il paziente può a sua volta identificarsi nel terapeuta, così da permettere la liberazione delle ripetitive modalità transferali, insieme a quelle nuove co-create per imitazione [23]. L'attivazione di comunicazioni intuitive ed empatiche fa sì che lo psicoterapeuta impari a vedere con gli occhi del paziente e ad ascoltare con le sue orecchie [3]. Questo dialogo, spesso senza parole, trasformato rispetto a quello madre-bambino di una volta, consente nel paziente un più congeniale “amore di sé” “odio di sé” fruibile per un adattamento creativo a sé e al mondo. La relazione terapeutica apparirebbe allora, non solo come riedizione di pregresse relazioni e situazioni affettivo-cognitive, ma come prototipo cruciale, in vivo, di rimodellamento trasformante (*intentional attunement* e *embodiedsimulation*) [23] della distanza – vicinanza, specie a livello dello spazio intermedio: sono qui sollecitate le capacità allevanti del terapeuta per promozione della crescita *imitante* e poi sviluppo *originale* della personalità del paziente (cfr. identificazione imitativa e congeniale di Rovera [30]).

Questa visione del processo di cambiamento indotto dalla psicoterapia dinamica ha diverse implicazioni cliniche importanti, prima fra tutte quella che la relazione tera-

peutica analitica è vista come un fenomeno co-creato e bipersonale, in cui la dimensione intrapsichica viene modificata da quella intersoggettiva, interpersonale.

IV. *Nell'alleanza terapeutica il Sé Creativo del terapeuta (ri)attiva "per contagio" quello del paziente*

In che modo il Sé Creativo del terapeuta può interagire con e attivare il Sé Creativo del paziente? Questo processo è pertinente al problema dell'agente terapeutico, identificazione culturale e transindividuale, imitativa e congeniale [21; 22; 30].

a) Lo stile della terapia è l'espressione del sentire, e del fare "creativo" dell'essere autentico, del terapeuta, ed è funzione del suo Sé Creativo. Qui, se le finzioni divengono positive [28;19] si pone l'occasione fruibile dal paziente, di cogliere le proprie istanze creative. Le identificazioni, le controidentificazioni del paziente potranno favorire lo sviluppo del suo Sé oltre gli schemi della dipendenza regressiva, pur necessaria per avviare la relazione terapeutica, proprio quando esse incontrano il Sé Creativo del terapeuta (cfr. "l'identificazione congeniale" e imitativa Rovera, [30]). In questo contesto l'empatia dello psicoterapeuta, e l'estrinsecazione, verbale o no, di questa, è il riconoscimento delle autentiche, talora cospicue, potenzialità progettuali del paziente di cui anche i sintomi sono segnali. Tramite "un'identificazione creativa" [17] lo psicoterapeuta percepisce le possibilità del paziente di "accordare" le valenze del Sentimento Sociale e di Volontà di potenza in un progetto, quello qui e ora possibile.

La richiesta empatica al paziente di impegnarsi creativamente, fondata su identificazioni del terapeuta al servizio dello sviluppo del Sé, riguarderà "solo quanto egli può essere, sentire, fare". Occorre infatti evitare messaggi-finzione, soprattutto impliciti, esigenti per non innescare ulteriori processi di scoraggiamento [15]. Lo scoraggiamento, come demotivazione e depressione, incombe quando è avviato un parziale smascheramento delle mete fittizie.

b) Il momento prospettico del processo analitico è spesso l'occasione favorevole per i collaudi creativi del Sé. È l'esperienza di stati soggettivi di ricerca di ulteriori somiglianze tra le esperienze; risultato di una composizione precaria, ma ottimale, delle conflittualità tra le istanze del Sentimento Sociale ("fare per/con gli altri") e della Volontà di Autoaffermazione ("con crescita dell'autostima"). L'oggetto "creato" spesso è "piccolo", inerente trasformazioni di abitudini quotidiane relazionali, lavorative o del tempo libero, ma accresce l'autostima del soggetto attraverso una compensazione non finzionale, ma positiva e socialmente utile del sentimento di inferiorità; queste piccole iniziative sono spesso propedeutiche a "circoli virtuosi" verso trasformazioni esistenziali assai più significative per il "senso della vita" [1].

Il Sé Creativo fa procedere la psicoterapia, ma l'indipendenza, la *liberazione* dalla psicoterapia stessa, l'esprime in modo ottimale! Il Sé Creativo, componente ed espres-

sione del funzionamento armonico del Sé del paziente e dello psicoterapeuta, ricerca in questa fase ultima del percorso processo terapeutico, un cambiamento a favore di un adattamento più consapevole e soprattutto creativo.

V. *In Conclusione: sequenze di contagi e di trasformazioni reciproche, come premessa/frutto dell'alleanza*

Il terapeuta nel processo di cooperazione, quasi un gioco di incontri e di stili (matching nell'accezione di Rovera [31]) implicitamente imita, copia con solo parziale consapevolezza, le emozioni dolorose e non del paziente, dalle quali viene *contagiato*; il terapeuta prova quindi una sua originale corrispondente emozione (che contiene, accoglie, rifiuta, critica, ignora, etc.) a fronte di quella che egli ha ricevuto dal paziente; questa seconda emozione, nuova e originata nel terapeuta viene copiata, imitata dal paziente che costruisce così un modo, *nuovo*, diverso e più evolutivo di reagire al suo proprio dolore, angoscia, etc.

Rovera [30] rifletteva sull' identificazione formativa che come "identificazione imitativa del tirocinante è lontana dalla mera ripetizione; infatti essa non si rifà tanto all'aver imparato *come fare*, quanto nell'essere maturato nel *fare come* durante tutto l'arco del percorso, che è tecnico, analitico, esistenziale e comunitario al medesimo tempo". Tale processo di identificazione imitativa ha la caratteristica della reciprocità e, poco oltre nel passo citato, osserva Rovera, è analogo a quello che si attiverebbe tra paziente e analista. Per attivare gli agenti trasformanti è necessario offrire un valido - autentico e non fittizio - setting incoraggiante composto di alleanza, riconoscimento e risposta sintonica alla vasta gamma di comunicazioni, soprattutto implicite che i pazienti trasmettono talora con le parole, più spesso *tra le righe* attraverso il modo di parlare, le pause, il silenzio, il corpo, le emozioni.

Qualunque contenuto semantico è contenuto, intessuto in questo simultaneo «commento affettivo» multimodale nella forma appunto di segnali mimici, prosodici e corporei che alternano il significato compreso nel contenuto stesso. L'analista può dire «*veramente*» con così tante inflessioni prosodiche diverse che il significato dipende dalle caratteristiche non verbali della comunicazione che l'accompagnano. «*Veramente*» può trasmettere sorpresa, indifferenza, scetticismo, disprezzo, o interesse coinvolto, a seconda dell'inflessione e di altri segnali relazionali che accompagnano il commento[34]. Il significato inferito dall'altro sarà nelle pieghe della conoscenza relazionale implicita dell'altro!

Il *contagio profondo* di fiducia, sfiducia, angoscia, delusioni, speranze, oltrepassa, rinforza o annulla, confonde i messaggi verbali e gestuali intenzionali delle strategie consapevoli dell'incoraggiamento. Ne risultano accresciute - nell'interazione reciprocamente trasformante nel setting - le responsabilità etiche del terapeuta. La formazione *del profondo* del terapeuta alla conoscenza di sé e all'accoglimento di sé e dell'altro è allora una necessità scientifica e prerequisito etico al contempo.

Il paziente impara a trattare sé stesso *copiando implicitamente* il modo con cui si sente trattato dal terapeuta nel setting: contesto di regole e procedure esplicite concordate ma soprattutto implicite co-create. I tratti della personalità del terapeuta, i suoi stili di coping verso se stesso e le proprie ferite, le sue motivazioni alla professione, regolano a loro volta e nutrono l'attitudine alla identificazione empatica/compassionevole e alla trasmissione incoraggiante via embodiedsimulation al paziente.

SOMMARIO

La teoria dell'intersoggettività rappresenta uno sviluppo inserito di recente nel bagaglio teorico della psicoanalisi ad opera soprattutto di Stern e del Boston Change Process Study Group. Le ascendenze teoriche del modello intersoggettivo sono però senz'altro riconosciute nella Individual Psicologia di A. Adler, sia a livello metapsicologico che di teoria della tecnica. Infatti la seconda istanza fondamentale della IP è il sentimento/interesse sociale che regola, in equilibrio instabile con l'istanza di autoaffermazione, lo sviluppo del Sé.

Il modello intersoggettivo considera i processi del cambiamento in terapia come radicati nell'Alleanza terapeutica intesa quale area cruciale, studiata oggi tramite approcci empirici che si stanno orientando a tecniche di brain imaging. Nella relazione terapeutica si articolano, sovrappongono, annullano finzioni e esperienze autentiche di alleanza e di cambiamento. Quando la relazione terapeutica si caratterizza da continue e reciproche imitazioni, simulazioni, tra paziente e terapeuta, allora è probabile che la *simulazione* da parte del paziente dell'espressione modificata dal terapeuta dell'esperienza del paziente stesso svolga funzioni terapeutiche regolatrici. È come se il paziente "vedesse" nel terapeuta un versione più gestibile di ciò che il paziente stesso sta sperimentando. Nell'alleanza terapeutica il Sentimento Sociale del terapeuta tramite Sé Creativo (ri)attiva "per contagio" quello del paziente.

Il processo di cambiamento si alimenta quindi delle sequenze riverberanti di contagi e di trasformazioni reciproche, come premessa/frutto dell'alleanza. Il *contagio profondo* di fiducia, sfiducia, angoscia, delusioni, speranze, oltrepassa, rinforza o annulla, oppure confonde i messaggi verbali e gestuali intenzionali delle strategie consapevoli dell'*incoraggiamento*. Ne risultano accresciute - nell'interazione/matching, secondo Rovera - le responsabilità etiche del terapeuta, che sostengono un sviluppo continuo del suo Sentimento Sociale.

Un particolare ringraziamento alla Dott.ssa Ambra Galia per la collaborazione alla costruzione e stesura della bibliografia.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il Senso della Vita*, De Agostini, Novara 1990.
2. ADLER, A. (1935), The fundamental view of Individual Psychology, *Int. J. Ind. Psych.*, 1: 5-8.
3. ADLER, A. (1936), Prefazione al diario di V. Nijinskj, in ANSBACHER, H. L., PARENTI, F., PAGANI, P. L. "Adler e Nijinski", *Quaderni della Riv. Psicol. Indiv.*, 6, 1981.
4. AMMANITI, M., GALLESE, V. (2014), *La nascita dell'intersoggettività*, Raffaello Cortina, Milano.
5. ANDRADE, V.M. (2005). Affect and therapeutic action of psychoanalysis. *Int. J. Psychoanal.* 86, 677-697.
6. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
7. BALDWIN, SA, WAMPOLD, BE, IMEL, ZE. (2007), Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *J Consult Clin Psychol*, 75: 842-52.
8. BEUTEL, M.E., STARK, R., PAN, H., SILBERSWEIG, D., AND DIETRICH, S. (2010). Changes of brain activation pre-post short-term psychodynamic inpatient psychotherapy: an fMRI study of panic disorder patients. *Psychiatry Res.* 184, 96-104.
9. BOEKER H, RICHTER A, HIMMIGHOFFEN H, ERNST J, BOHLEBER L, HOFMANN E, VETTER J, NORTHOFF G. (2013). Essentials of psychoanalytic process and change: how can we investigate the neural effects of psychodynamic psychotherapy in individualized neuro-imaging? *Front Hum Neurosci.* 2013 Aug 2; 7: 355.
10. BOLLAS, C. (1987), *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unknown Thought*, tr. it. *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*, Borla, Roma 2001.
11. HEINONEN E., P., KNEKT, T. JAASKELAINEN, O. LINDFORS, Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis *European Psychiatry* 29 (2014) 265-274.
12. DECETY, J., MORIGUCHI, Y. (2007), The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations: implications for intervention across different clinical conditions, *Biopsychosoc. Med.*, 16; 1:22
13. DEL RE, AC, FLÜCKIGER, C, HORVATH, AO, ET AL. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.*, 32: 642-9.
14. DERUBEIS, RJ, BROTMAN, MA, GIBBONS, CJ. (2005) A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clin Psychol Sci*

Pract, 12:174-83.

15. DINKMEYER, D., DREIKURS, R. (1963), *Encouraging Children to Learn: The Encouragement Process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti e Barbera, Firenze 1974.

16. FASSINO, S. (1984), Per una teoria individualpsicologica delle relazioni endopsichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 38-58.

17. FASSINO, S. (1990), Le due istanze fondamentali nel processo analitico, *Ind. Psychol. Doss.*, 2.

18. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-65.

19. FASSINO, S. (2010), Finzioni e processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 59-79.

20. FASSINO, S., BOGETTO, F., FERRERO, A. (1984), Concerning the problem of adaptation Social Interest and Reality Principle. A critical comparison, *Beiträge zur Individualpsychologie*, 3:30-38.

21. FASSINO, S., FERRERO, A. (1982), A proposito dell'identificazione transindividuale al servizio dell'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 9-10:159-67.

22. FERRERO, A. (1999), Regole tecniche ed esperienza di Sé nella formazione di analisti e psicoterapeuti, in Rovera G. G. (a cura di), *Tradizione e cambiamento. Prospettive in Psicologia Individuale*, Centro Scientifico Editore, Torino 1999: 192-199.

23. GALLESE, V. (2006), Intentional attunement: a neurophysiological perspective on social cognition and its disruption in autism, *Brain Res.*, 24; 1079 (1): 15-24.

24. GALLESE, V., EAGLE MORRIS, M.N., MIGONE, P. (2007), Intentional Attunement: Mirror Neurons and the Neural Underpinnings of Interpersonal Relations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55; 131-76.

25. HASSENSTAB, J., DZIOBEK, I., ROGERS, K., WOLF, O.T., ANDCONVIT, A. (2007). Knowing what others know, feeling what others feel: a controlled study of empathy in psychotherapists. *J. Nerv. Ment. Dis.* 195, 277-281.

26. HORVATH, A. O., DEL RE, A. C., FLUCKIGER, C. ET AL. (2011), Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*; 48: 9-16.

27. ONNIS, L. (2015), *Una nuova alleanza tra psicoterapia e neuroscienze*. F. Angeli, Milano.

28. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.

29. PERSON, E., COOPER, A.M., GABBARD, G. O. (2005), *Psicoanalisi. Teoria, clinica, ricerca*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006.

30. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Indiv. Psychol. Dos.*, 1: 94-21.

31. ROVERA, G. G. (2015), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-45.

32. ROVERA, G. G. (2014), Le alleanze terapeutiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 3-31.

33. SINGER, T. (2012), The past, present and future of social neuro science: a European perspective. *Neuroimage*. 61(2):437-49.

34. THE BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2012), *Il cambiamento in psicoterapia* Raffaello Cortina Editore, Milano 2005.
35. WALLIN DJ (2009), *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*, Il Mulino, Milano 2009.
36. WAMPOLD, BE. (2015), How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*. Oct; 14 (3): 270-7.

Secondo Fassino
Via Milazzo 2
I-10133 Torino
E-mail: secondo.fassino@unito.it