

## Lo Stile Terapeutico

GIAN GIACOMO ROVERA

*Summary* – The **style** is a way of acting and being to which behavioural traits acquired by an individual during the evolution of the life span correspond, which is rooted in the respective subcultures and value-related orientation.

**Analysis of the style of life** is a procedure mainly used during diagnostic assessment and should be conducted before starting Adlerian courses of treatment (educational, counselling and psychotherapeutic).

The **therapeutic style** is the use of the analyst's skills and "creativity" in professional relations with the patient. Reassessment of classic relational dynamics finds an additional theoretical-practical configuration in **patient-therapist matching** that defines the notion of the attitudes and counter-attitudes: when referring to the *real relationship* these focus on the therapist as the *agent of change*.

*Keywords:* STILE TERAPEUTICO, PATIENT-THERAPIST MATCHING, ATTEGGIAMENTI E CONTRO-ATTEGGIAMENTI

### *Premesse*

1) Il problema della Relazione nel setting delle psicoterapie adleriane, in rapporto al transfert ed al controtransfert, è stato affrontato molte volte ed in modo approfondito negli anni passati [60, 61, 86, 88, 94, 107].

Oggi giorno si può rivisitare questo importante argomento alla luce di ulteriori acquisizioni (neurobiologiche, psicodinamiche e culturali), che aprono nuove prospettive e che mettono in evidenza l'evoluzione del tema, non solo sotto il profilo concettuale, ma anche quale strumento terapeutico: le nozioni di **Stile di Vita**, di **Analisi dello Stile di Vita** e di **Stile Terapeutico** emergono come guida per affrontare questa rete interattiva.

2) Lo **Stile** è una modalità di agire e di essere, a cui corrispondono non solo tratti di condotta acquisita da un individuo nel processo evolutivo, **ma anche un Substrato Culturale ed un Orientamento di Valori** che sono distintivi della sua personalità.

Alfred Adler [7] ha configurato la nozione di **Stile di Vita** (*Lebensstil*) per indicare "il comportamento di un individuo che tende ad un fine realizzativo". Questa meta ideale influisce sull'immagine del mondo (*Welbild*), nonché su delle regole improntate al

*Sentimento Sociale* e sullo stesso concetto di esistenza (*Dasein*) [2, 3, 4, 12, 53, 100, 135]. Lo **Stile di Vita** è unico ed irripetibile ed incomincia a formarsi nell'individuo sin dalle prime fasi dello sviluppo, che sono poi decisive per le successive evoluzioni della personalità rispetto alle tre aree realizzative: affettiva/sessuale; studio/lavoro; sociale/culturale.

L'**Analisi dello Stile di Vita** può essere impiegata (anche a scopo di valutazione diagnostica) nelle Relazioni d' Aiuto Adleriane, e quindi nelle Psicoterapie, supportando e arricchendo uno **Stile Terapeutico Appropriato**, anche riguardo a precedenti approcci ed attraverso il Sé creativo, che si attua nelle Relazioni Terapeutiche [21, 22, 57].

L'incontro tra paziente e terapeuta si radica su Relazioni Reali, Relazioni Professionali e Relazioni Analitiche: le quali comportano movimenti confluenti tra loro e consistenti in: **Atteggiamenti** (sia da parte del terapeuta che del paziente) e **Contro-Atteggiamenti** (anche qui da entrambe le parti), che attengono sia alla cosiddetta "Relazione Reale", sia al "rapporto di status/ruolo", sia alle "dinamiche transferali/controtransferali" (Par. III, IV).

3) Lo **Stile Terapeutico adleriano** offre spunti di riferimento e di riflessione, non solo circa i fattori comuni e i tratti specifici dell'analisi, ma pure riguardo agli aspetti derivanti dalle metodiche acquisite (il "*fare come*") e dagli spunti di co-creatività terapeutica (il "*come fare*") (Par. VI).

Il termine **Stile di Vita**, nel contesto del modello teorico-pratico adleriano e nel suo impiego Terapeutico, ha una sua importante configurazione, con sfumature di significato diverso nelle Trattazioni di Psichiatria e Psicologia [21, 113, 54, 55, 95]. Si consolidano oggi la concezione di Sé/Stile di Vita, realizzando una contestualizzazione di questa nozione con il concetto di personalità.

4) Nella *Rivista di Psicologia Individuale* vi sono una settantina di Contributi che si riferiscono allo Stile di Vita e nella bibliografia di H. e R. Mosak compaiono oltre centocinquanta voci direttamente collegate a tale "sistema funzionale" che lascia spazio alla *Gemeinschaftsgefühl* (vale a dire al Sentimento Sociale e di appartenenza) nella sua unità psico-somatica ma aperto all'Altro ed al socio-culturale [102,103].

La configurazione di Stile di Vita si completa con i **Modelli della Teoria di Campo** di Lewin (1890- 1947)[91], con quelle della **Gestalt** e con l'**Esistenzialismo Positivo** [2, 3, 4, 53, 136, 137].

L'impiego delle configurazioni dello Stile di Vita ad **aree adiacenti**, si estende a considerare, tra gli altri, lo *Stile di Attaccamento*, lo *Stile Cognitivo*, lo *Stile di Apprendimento*, lo *Stile di Comando*, lo *Stile Culturale*, etc.

Soprattutto è interessante considerare lo Stile di Vita nel suo impiego quale **Stile Terapeutico** che riguarda lo stile personale di uno psicoterapeuta nel contesto della valutazione clinica complessiva e del trattamento (par. II, III, IV), attraverso il *meeting* (l'incontro empatico), il *masking* (sistema delle finzioni) ed il *matching* (movimento di cooperazione e condivisione) (Par. IV).

Un *modello pragmatico di rete* (Rovera) [135,136], che attiene allo Stile di Vita, per-

mette di approfondire un dibattito sia sulle radici epistemologiche sia sulle Relazioni di Aiuto Adleriane; specie in un contesto attuale ove nelle psicoterapie dinamiche strutturate la **relazione reale** ed i **pattern comuni** sono considerati importanti **agenti mutativi**.

Si propone al riguardo una Tabella Sinottica.

FIGURA N. 1

<b>TABELLA SINOTTICA</b>
• <i>Premesse</i>
<i>I) Lo Stile di Vita. A) Che cosa è lo Stile di Vita. B) Dinamica e struttura dello Stile di Vita. C) Il sentimento sociale e lo Stile di Vita. D) Stile di Vita e Identità.</i>
<i>II) Analisi dello Stile di Vita. A) Campi di Indagine. B) Procedure di valutazione. C) Supporto diagnostico. D) Anamnesi Terapeutica.</i>
<i>III) Lo Stile nella Relazione Terapeutica. A) Definizioni. B) Stili di Attaccamento, Stile di Vita e Stile Terapeutico. C) Il Coinvolgimento Empatico. D) Le Alleanze Terapeutiche. E) Le problematiche nella coppia terapeutica. F) Life Span Therapy.</i>
<i>IV) Evoluzione dello Stile terapeutico. A) Presupposti e nuove terminologie. B) Meeting, Masking, Matching. C) Sviluppo dei concetti di Transfert, Controtransfert e di Resistenza. D) L'intreccio fra "Relazione Reale" e "Relazione Terapeutica". E) Atteggiamenti e Contro-Atteggiamenti. F) Fattori di Cambiamento in Psicoterapia.</i>
<i>V) Stile Terapeutico e Aspetti Formativi. A) Percorsi formativi. B) Didattica e Supervisione. C) La ricerca sugli interventi. D) Riflessioni.</i>
<i>VI) Considerazioni critiche. A) Lo Stile Terapeutico: le Dinamiche del "Fare Come" e del "Come Fare". B) Monitoraggio dello Stile Terapeutico. C) La Teoria e la Pratica come "movimento verso una meta".</i>
• <i>Bibliografia</i>

I. *Lo Stile di Vita*A) *Che cosa è lo Stile di Vita*

1) L'origine, l'evoluzione e la rielaborazione dell'espressione *Stile di Vita* (*Lebensstil*) sono state oggetto di indagini dettagliate innanzitutto da Alfred Adler (1912) [5], ed in seguito da Kurt Adler [16], da H. L. Ansbacher (1967) [22], e soprattutto da Shulman [141, 142]: tutti quanti hanno trovato frequenti riferimenti al concetto di *Stile di Personalità* (indirizzato a finalità esistenziali).

Inoltre, sebbene il concetto di Stile di Vita, inteso come *stile individuale della personalità*, sembri precedere il suo utilizzo, volto anche a definire il *Sentimento Comunitario* ed il modo di vivere collettivo, è proprio questa ultima formulazione psicologica ad essere ritenuta più comune.

In **Psicologia Individuale** (d'ora in poi **P.I.**), tale concetto, come s'è detto, è diventato familiare grazie ad Alfred Adler, il quale ha precisato che lo Stile di Vita di ciascun individuo è un modo originale di pensare, di sentire e agire: esso è unico per quell'individuo e rappresenta il concetto all'interno del quale devono essere considerate tutte le manifestazioni specifiche, anche quelle comunitarie (Shulman e Mosak) [143].

Adler impiega questo termine già nei primi periodi della scissione con Freud [20, 21, 161] come espressione della linea guida individuale [7]. Più tardi, egli parla di linea che la persona persegue come *piano (progetto) di vita*. Nel 1931 tale nozione viene impiegata come *strumento diagnostico* e nel 1933 l'espressione Stile di Vita diventa un principio unificante che organizza, in un modello unico, tutte le linee guida, le mete, le tendenze e le aspirazioni individuali [10, 13].

Questo termine è ripreso da Gordon Allport nel 1961 [18], il quale ritiene che la personalità sia un *tutt'unico* che determina un sistema di vita globale, e da Coleman nel 1964 [43], il quale sostiene che alla base delle modalità fondamentali della percezione del pensiero e dello Stile di Vita vi sia un *modus operandi*. Anche la Scuola Italiana ha dato molti originali Contributi a questo tema (cfr. *Rivista di Psicologia Individuale*), coniando tra gli altri la definizione di *Sé/Stile di Vita* quale termine che coniuga sia gli aspetti del mondo interno individuale, sia quelli relazionali [56, 135, 136].

2) Lo Stile di Vita sotteso da una **base biologica** non è soltanto una mera collezione di regole: ma è l'organizzazione di tutte le regole. Lo Stile di Vita nasce nell'ambiente che lo circonda (*Umwelt*) con un particolare mondo percettivo, legato ai processi di apprendimento ed agli *Stili di Attaccamento* [38, 39]. A mano a mano che il bambino cresce, lo stile iniziale viene continuamente rafforzato dall'esperienza sino a diventare una *legge del movimento* nella vita dell'individuo.

3) Il **Sentimento Sociale** (interesse, cooperazione), lo **Stile di Vita** e i **Moduli di Legame umani**, sono istanze molto complesse [58, 59, 95, 107, 143], che vanno da

quelle innate ad altre legate all'evoluzione durante il *life span* e sino alla tarda età: ontogeneticamente e dinamicamente intrecciate alla **legge del movimento** ed alla **meta di superiorità**.

4) Nello Stile di Vita, il termine “causa” generalmente è impiegato nel senso Aristotelico di *causa formalis*, ma pure di *causa efficiens*, come fonte di cambiamento. Gli adleriani ricorrono anche al concetto di *causa finalis* quando parlano della *meta direttrice* del comportamento e dello scopo dei sintomi. Tale aspetto va considerato nel *senso teleonomico*, cioè con un “quantum di finalità” [120]. Aggregando il concetto di *causa* [18], lo Stile di Vita concorre pure all'ordinamento o alla modellizzazione di relazioni quale *causa del comportamento* [143].

Secondo il modello adleriano, un individuo ha la capacità di *modificare il proprio Stile di Vita*: il comportamento non è quindi iperdeterminato, ma basato su una serie di scelte responsabili che circoscrivono la *direzione del movimento (determinismo e finalismo morbido)* [120].

Lo **Stile** viene **mutativo** dalle esperienze di vita, dai vissuti importanti o anche tramite una Psicoterapia quale **Revisione dello Stile di Vita** [126].

5) La formazione dello Stile di Vita avviene a *diversi livelli di consapevolezza* [112, 113] e lascia sempre spazio sia alle *dinamiche inconscie* sia ad una *coscienza degli scopi verso cui tende (spesso improntati dalla finzione di copertura)* (vedi *masking*, Par. IV, D).

Le *matrici* dello Stile di Vita sono varie e complesse. Come s'è detto, esse nascono già nei *primi stadi dello sviluppo sino all'età avanzata* [132], dall'incontro del Soggetto con gli Altri, con l'ambiente e con la cultura di appartenenza: tutto ciò scandisce a sua volta un'irripetibile risultante di stimoli. Ogni situazione affrontata si propone come collaudo e genera una successiva rielaborazione attraverso il **sistema delle compensazioni**.

6) Le *componenti costitutive* dello Stile di Vita (come base genetica ereditaria) possono essere considerate: i *legami di attaccamento*, l'*empatia* e i *mattoni dell'identità*.

Il modo per riconoscere le componenti dello Stile di Vita consiste nell'identificare le opinioni relative ai problemi con cui esse hanno a che fare. Si tratta di problemi fondamentali, che riguardano il *significato della vita*, i sentimenti relativi alle relazioni umane, la valutazione del Sé e di quello che la vita richiede. Le *convinzioni* che sono componenti dello Stile di Vita possono essere suddivise in due gruppi: a) quelle relative al *cosa è*, cioè alla natura del nostro Sé individuale ed alla realtà che dobbiamo affrontare *cioè chi si è*; b) quelle relative all'Orientamento di Valori (O.V.) [115] ed ai comportamenti che adottiamo, cercando di dominare *quello che è*, cioè il Sé ed il Mondo [143].

Le convinzioni soggettive sulla natura della *società* e sull'interazione umana sono estremamente varie e influenzate dal *contesto culturale*. Le convinzioni concernenti

le *relazioni umane* sono in ispecie individuali, idiosincratiche, derivanti dalle esperienze interindividuali e spesso al di fuori della consapevolezza conscia [120].

### **B) Dinamica e struttura dello Stile di Vita**

1) Lo **Stile di Vita**, come più volte sottolineato, si radica già nella *primissima infanzia*. Adler sostiene che lo stile di vita sia ben già strutturato intorno ai 4, 5 anni di vita, per organizzarsi poi attraverso un graduale processo di selezione e di adattamento dinamico [143].

Bisogna altresì osservare che l'esperienza nella prima infanzia (simile ad un "*imprinting*") è rilevante per la strutturazione dello Stile di Vita e viene sottoposta a ripetuti collaudi nella *seconda infanzia*, *nell'adolescenza* e lungo tutto il *life span* sino alla tarda età.

2) Adler adottò per primo l'espressione *guida ideale di Sé* nel 1912. La sua teoria pone l'ideale creato dal Sé come meta finale del *programma comportamentale dello Stile di Vita*. Quest'ideale funge appunto da riferimento per orientare la *linea del movimento* dell'individuo. La lotta verso questa direzione è incessante; la meta finale è la strada scelta per soddisfare le motivazioni psicologiche di base. Tuttavia, gli insiemi delle idee, propongono quasi sempre un *giudizio etico* sulla vita e sul Sé, vale a dire su come la vita ed il Sé dovrebbero essere. Questo aspetto dello Stile di Vita può essere paragonato all'*ideale dell'Io - del Super Io* della teoria psicoanalitica [5, 6, 7, 12, 128, 161].

3) Per convalidare tale concetto è sufficiente valutare l'influenza dello **Stile di Attaccamento** [38, 39] (Par. III) esercitata dai comportamenti durante il periodo scolastico, e poi dal peso delle affermazioni o dei rifiuti nel corso delle prime esperienze sentimentali e affettive nella pubertà. Tali collaudi, se negativi, sono in grado di deviare gli orientamenti di una prospettiva di vita anche se in parte già strutturata, ma formatasi unicamente sulla base di esperienze concrete nell'ambito della costellazione familiare d'origine. È inoltre da sottolineare come pure nei successivi periodi della vita, della maturità e dell'età avanzata, si possono notare dei mutamenti nello Stile di Vita, non solo nella direzione di perdita e di deterioramento, ma anche di un *possibile rimodellamento dei legami affettivi teneri e di progettualità creative* ed anche nella *evoluzione della cooperazione* [24,123,124].

4) La **strutturazione dello Stile di Vita** avviene a *diversi livelli e svariate dimensioni*: ma quelle profonde sono spesso prevalenti. Adler riteneva che i *dinamismi inconsci* siano la parte più importante dell'attività della mente. Proprio qui vanno cercati e trovati i modelli strutturali della linea di orientamento di un individuo e del suo *piano di vita* [7].

5) Come un disegno delineato con pochi tratti essenziali, i **primi ricordi** descrivono minutamente gli ingredienti fondamentali per l'analisi di uno Stile di Vita; la principale linea guida per l'adattamento alla vita ed alle sue richieste. Per Adler, la più

importante informazione del ricordo è ciò che risulta espresso, non ciò che è represso. Si intende così che qualsiasi primo ricordo con un contenuto specifico può evidenziare nel paziente uno specifico tratto del carattere correlato con un'esperienza storica. Sicché i primi ricordi ed i successivi sintomi o disturbi psicopatologici finiscono per riferirsi ad analoghe tematiche [143].

### C) Il Sentimento Sociale e lo Stile di Vita

1) Un aspetto peculiare che rappresenta un elemento determinante per lo Stile di Vita è il **Sentimento Sociale**. Dopo la Prima Guerra Mondiale (1914-1918), Alfred Adler riconsidera e riformula il suo modello psicologico. Il concetto di senso di comunità/sentimento comunitario (*Gemeinschaftsgefühl*), che era stato formulato nella sua teoria della nevrosi, è ora espresso esplicitamente con tale termine, il quale acquista una rilevanza prioritaria nel modello esposto nel 1927 nel suo libro su *La Conoscenza dell'uomo* [7]. La Psicologia Individuale di Adler prende d'ora in poi come base questa concezione riferita anche negli scritti successivi: ad esempio nel *carteggio con il Pastore Jahn sulla Religione* e nel *Senso della Vita*, sino agli *ultimi Articoli* [7, 9, 10, 11, 14, 124].

2) L'espressione **interesse sociale** nei tempi è stata ritenuta analoga alla locuzione **Sentimento Sociale** (*Gemeinschaftsgefühl*: letteralmente *senso di comunità*). Il termine *social feeling* restituisce alla locuzione *social interest* il suo significato di *legame umano* più che di rapporto di scambio sino alla correlazione con l'**empatia** [31, 145] (Par. III).

3) L'attenzione che Adler attribuì al *Sentimento Comunitario* invece che alla *Volontà di Potenza*, ebbe il risultato di far apparire in una maniera diversa i casi ed i resoconti delle psicoterapie. Fino ad allora il momento cruciale del trattamento era stato quello di *rendere il paziente consapevole dei suoi errori*, correggendo i quali avrebbe evitato le sconfitte.

In un primo tempo, elementi diversi della Sua teoria erano stati integrati nel *carattere nevrotico*, mentre successivamente l'intero sistema fu fondato attraverso la concezione del *sentimento comunitario* e dell'*aspirazione alla superiorità ed al potere*.

Adler spostò il proprio interesse sempre più dalla *complessità del sentimento di inferiorità* all'attenzione ed al rafforzamento del sentimento comunitario che diventò la direzione dell'*aspirazione alla perfezione* sia per l'individuo che per l'umanità nel suo insieme. Pur non lasciando i confini del biologico, egli entrò anche nelle *aree dello psicologico*, del *sociologico* e del *culturale* [5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13].

4) Il **Sentimento Sociale** in Psicologia Individuale ritrova una *base comune di senso* nella parola tedesca *Gemeinschaftsgefühl*. Come Senso Comune, Adler risale a Kant quale **Sentimento di Appartenenza**, in quanto nell'individuo c'è una necessità strutturale di avvicinarsi all'Altro, di stabilire una relazione per una comunicazione efficace

ce in forma di oggettività-intersoggettiva, per riequilibrare le tensioni del sentimento di inferiorità [161].

Sempre in riferimento al termine tedesco, un'altra declinazione potrebbe essere il Sentimento di Appartenenza, che è rappresentato dal termine *Zärtlichkeitsbedürfnis*: una sorta di “bisogno di tenerezza” e che costituisce il regolatore dell'istanza aggressiva [38, 39].

Il **Bisogno di Tenerezza** fa parte di una Istanza strutturale studiata nella Psicologia dell'Età Evolutiva e dalla Psicoanalisi. La **Teoria dell'Attaccamento**, con l'affermazione del valore biologico-etologico dei legami affettivi e delle sue influenze sulla pratica clinica sono a tutt'oggi un riferimento preciso sia per la **formazione dello Stile di Vita** che dello **Stile Terapeutico** (Par. III, IV). Così, la sua Analisi (Par. II) permette di tenere conto non soltanto dei dati retrospettivi, ma anche dei fattori prospettici e delle potenzialità di modellizzazione del soggetto.

L'intenzionalità di una **compensazione** si esprime nello Stile di Vita e dà un senso dinamico ai sentimenti, ai pensieri, al comportamento, all'evoluzione corporea ed anche al cambiamento [21, 22, 127].

#### **D) Stile di vita e identità**

1) L'*identità personale* è un costrutto mentale che si rifà ad una rete complessa in cui si intrecciano fattori quali il rapporto mente/corpo, la continuità/discontinuità del fluire dell'esistenza, la formazione del Sé, la consapevolezza del nostro Esserci al mondo [57, 58].

Tutto ciò si riferisce allo Stile di Vita che è simile a se stesso ed ha quindi una coerenza interna, ma che è diverso in *momenti differenti* (ad esempio nel corso dei Cicli di Vita), e che è pure in relazione con l'*evoluzione socio-culturale* [24, 25, 26].

2) I *mattoni* per la costruzione dell'Identità e degli Stili vengono forniti attraverso le progressive strutturazioni del Sé: culturali ed in riferimento alla corporeità, alla psico-sessualità ed alla formazione dell'autostima, all'espressione, al self-relatedness, alla creatività, alla progettualità [54].

Identità, Sé, Individualità, pur essendo termini non sinonimi, possono peraltro far parte di uno stesso universo linguistico e di una comune area di significato.

3) Lungo il percorso esistenziale che si intreccia con la formazione dello Stile di Vita si possono verificare *situazioni di crisi*, di trasformazione e di cambiamento. Le crisi profonde possono riguardare i nuclei del Sé (sino a livelli arcaici delle strutturazioni), dimensioni interindividuali (sino a variazioni della relazione Io-Altro), aspetti socio-culturali (sino a ridefinizione dei ruoli e dello status).

Le *crisi di Identità* possono essere inoltre transitorie o permanenti ed avere connotazioni fisiologiche (ad esempio nel break-down adolescenziale), esistenziali (ad esempio nelle situazioni di perdita), patologiche (ad esempio in gravi malattie mentali o che minacciano la vita).

4) Nella costruzione dello Stile di Vita e della propria Identità possono quindi sopraggiungere disturbi dello sviluppo della stessa, alterazioni, decostruzioni: tutto ciò è molto importante per una successiva **Analisi dello Stile di Vita** (Par. II), nonché per una **Terapia adeguata** (Par. III, IV).

## II. *Analisi dello stile di vita*

### A) *Campi di Indagine*

1) Per una corretta **Analisi dello Stile di Vita** (a scopo diagnostico, di valutazione ed anche quale precursore di un'Anamnesi terapeutica) (Par. II, D), che colga le finalità di un individuo, i *campi d'indagine* risultano essere molteplici. Essi vanno dai modelli comportamentali, comunicativi, relazionali e sociali [143], alla mimica, alla gestualità, agli sguardi, all'eloquio, all'abbigliamento; dal modo di reagire alle varie situazioni ai dettagli pre-diagnostici delle mete sia coscienti che inconscie dell'individuo. La comprensione del pensiero e delle sue opinioni, consente, poi, di risalire all'immagine reale o idealizzata che l'individuo ha di Sé. Gli **Atteggiamenti/Contro-Atteggiamenti** del Terapeuta (Par. III) in questa fase di intervista/colloquio/incontro (*meeting*) già si esprime in molte sue valenze e attitudini, nonché in *Stili di approccio* importanti per lo **Stile Terapeutico**.

L'individuo realizza la molteplicità dei propri **legami** (affettivi, amicali, di lavoro, sociali) [58], che sono rapportabili allo **stile di attaccamento** ed anche agli **stili terapeutici** e che evidenziano particolari *moduli di legame*: anzi è proprio l'analisi degli stessi (attraverso *l'empatia*, *l'Alleanza terapeutica* e l'analisi delle dinamiche degli Atteggiamenti e Contro-Atteggiamenti, dell'*interazione tre relazione reale e trasferale/controtrasferale*) a rilevare come le proprie emozioni, i propri affetti, etc, consentono di compiere, nel modo più appropriato, l'esplorazione della personalità, cioè del suo *Sé/Stile di Vita* [54, 55, 56].

2) L'Analisi dello Stile di Vita può essere tratteggiata con alcuni titoli generali. Essi sono: a) Finalità fittizie; b) Aspirazione alla Superiorità; c) Sentimento di Inferiorità; d) Interesse Sociale; e) Condotta; f) Sé Creativo.

Già nell'Anamnesi Terapeutica l'Analisi dello Stile di Vita (Par. II, D) si riferisce a strutture psicologiche che riguardano varie funzioni psicologiche, che formano livelli di organizzazione interagenti fra loro anche dovuti alla formazione, al tirocinio professionale ed alla creatività (Par. V, VI).

Ciò accade grazie ai dinamismi legati allo Stile di Attaccamento, all'identificazione/separazione, alle relazioni oggettuali, al simbolismo, ai *sogni* [72]: ed anche attraverso interconnessioni profonde fra strutture individuali, interpersonali e socio-culturali.

### B) *Procedure di valutazione*

1) Dove possiamo collocare lo Stile di Vita nel processo di valutazione? È un'intervi-

sta? Un questionario? Una scala di valutazione? Una tecnica proiettiva? La raccolta dei dati sullo Stile di Vita trae le sue informazioni da **interviste** [143] e contiene elementi di ognuna di queste procedure.

Anche se molti dati provengono da descrizioni spontanee, numerose informazioni sono sollecitate da domande specifiche. Sia Adler che altri Autori avevano messo a punto dei **questionari**, ma nessuno di questi fu finalizzato specificatamente a definire lo Stile di Vita. Fino agli anni Cinquanta l'interpretazione dello Stile di Vita non costituiva una procedura strutturata.

2) L'**analisi formale dello Stile di Vita** prese avvio nel momento in cui Rudolf Dreikurs nel 1950 [52] insegnò come interpretare gli Stili di Vita dei pazienti. Praticando la *Psicoterapia multipla*, Dreikurs istruì a raccogliere informazioni specifiche riguardo al loro primo sviluppo e alle interazioni con la famiglia e anche a rievocare i primi ricordi dell'infanzia. Egli formulò un **questionario** che abbandonò più tardi per utilizzare uno strumento clinico in base a questionari sullo Stile di Vita.

Al momento non si è ancora sviluppato un metodo di Misurazione in Scale per soppesare tali dati. L'unica risorsa è quella di interpretare clinicamente queste valutazioni: **procedura** che viene utilizzata dal 1988 da Shulman e Mosak nel *Manuale dell'Analisi dello Stile di Vita* [143].

3) Fra i settori indagati, si ricordano:

a. **I Primi Ricordi**, a lungo considerati una tecnica proiettiva [102, 103] e interpretati come tali. Anche i dati sulla **Costellazione Familiare** non sono del tutto oggettivi, ma sottoposti piuttosto all'influenza dell'appercezione del paziente. Ciò che il paziente racconta è spesso alterato, modificato, distorto nei contenuti, negli elementi centrali e nell'enfasi. Questa soggettività diventa evidente quando si analizza **lo Stile di Vita di due fratelli**. Spesso ci si meraviglia, ascoltando descrizioni così disparate, del fatto che siano cresciuti nella stessa famiglia.

b. Dato il carattere del **Questionario dello Stile di Vita**, l'operatore deve diventare abile a valutare uno strumento così sfaccettato, il cui numero di variabili è limitato soltanto dalla molteplicità di tratti personali e familiari, dalle condizioni e dalle interazioni proprie del genere umano. Muovendo dal punto di vista adleriano, si dovrebbe sempre cercare un **gruppo di elementi cruciali** circa il **concetto del Sé celato nei dati dello Stile di Vita**.

c. Qualora si studi l'**Individualità** piuttosto che combinazioni di tratti del carattere, attraverso il metodo dello Stile di Vita, si apprende che cosa renda una persona diversa o uguale agli altri. Questa conclusione è coerente con l'uso adleriano dell'espressione "Psicologia Individuale" che si rapporta all'individuo, a un'unità indivisibile, alla persona nella sua interezza, con la sua Individualità (unicità), più che a una psicologia delle differenze individuali [120, 126, 128].

d. La formulazione dello **Stile di Vita non è una diagnosi psichiatrica**, non è un esame dello stato mentale, né un accertamento psicopatologico o dell'intelligenza, sebbene dai suoi dati si possano dedurre valutazioni pre-diagnostiche e anche terapeutiche. È possibile trarne informazioni relative a *variabili della personalità* come: la sede di controllo, la dipendenza, la complessità cognitiva, il bisogno di realizzazione e di potere. Lo Stile di Vita è fondamentalmente un'affermazione concernente la personalità e ne delinea in forma schematica ciò che Allport [18] ha descritto come il "**processo transitivo della personalità**" che manifesta un'unicità di organizzazione [143].

### C) *Supporto diagnostico*

1) Una corretta **valutazione psicopatologica** dello Stile di Vita del paziente diventa anche un supporto diagnostico ed è quindi **propedeutica** ad una **Anamnesi Terapeutica** (Par. IV, D).

Si possono utilizzare un numero di scale tale da poter disporre di dati ridondanti, per dimostrare in modo dettagliato come chi interpreta i dati costruisce le conclusioni. Queste analisi delimitano il cosiddetto **Stile di Vita** che si è descritto come insieme di convinzioni e di scelte di comportamento che sono la conseguenza logica delle interazioni fra tali convinzioni e le prime esperienze infantili. Si cerca di sottolineare che le convinzioni stesse costituiscono un'organizzazione percettiva creativa, che è un'elaborazione comprensibile e adattiva dell'informazione offerta dalle prime esperienze. Si ha ben presente l'asserzione teoretica secondo cui la conoscenza dello Stile di Vita possa svelare i *costrutti nucleari* della persona e mostrare la personalità come un'unità, una **Gestalt** [143].

2) Capire lo Stile di Vita è il metodo più affidabile ed è la *linea guida* che può essere seguita. Spesso, v'è una capacità intuitiva per intendere lo Stile di Vita più rapidamente: ma quando i dati sembrano sconcertanti o contraddittori, gli elenchi di studi standardizzati organizzano la comprensione dei dati e conducono ad una conclusione incompleta.

Nell'ambito di una **valutazione diagnostica complessiva**, ed anche quale procedimento per un eventuale **successivo percorso terapeutico** (breve, supportivo, strutturato, ecc.) [57, 59, 60, 126], la descrizione di uno Stile di Vita richiede peraltro un certo grado di intuizione e di competenza clinica. Per raggiungere ciò, qualsiasi capacità naturale di **intuizione empatica** deve essere amplificata dall'**esperienza personale** con i **metodi clinici classici** e **psicopatologici generali**, anche in osservanza ai criteri dei Manuali Diagnostici Internazionali ed ai Trattati specialistici [58, 126].

3) Cogliere questa unicità della personalità è un obiettivo raggiungibile attraverso la comprensione della **legge di movimento** dell'individuo.

Questa linea di movimento, scelta e guidata dal Sé, nella direzione e nel suo ritmo, costituiscono l'essenza di ciò che l'Analisi dello Stile di Vita è destinata a cogliere. Unitamente a questo è necessario articolare una *valutazione clinica complessiva* ed un

*esame obiettivo psicologico-clinico* completo [57, 113, 126, 143].

4) Al riguardo, in una **Psicologia d'uso** si utilizza un *numero di Scale* tale da poter disporre di dati ridondanti, per dimostrare in modo dettagliato come chi interpreta costruisce le conclusioni. Si deve avere ben presente l'asserzione teoretica secondo cui la conoscenza dello Stile di Vita svela sia i costrutti nucleari della persona sia i programmi per affrontare l'ambiente, sia infine per mostrare la personalità come una unità, una **Gestalt**.

Più spesso quando la nostra intuizione non è abbastanza buona e quando i dati sembrano sconcertanti o contraddittori: gli **elenchi delle categorie** organizzano la nostra comprensione dei dati e conducono ad una conclusione più corretta. La descrizione di uno Stile di Vita richiede ancora un certo grado di capacità professionale e di *intuizione empatica* che può essere amplificata nello Stile Terapeutico con le procedure tecniche del *fare come* e l'artisticità del *come fare* [123, 143] (Par. VI).

#### **D) Anamnesi Terapeutica**

1) L'**Analisi dello Stile di Vita del Paziente**, è parte della **valutazione diagnostica**, ma è pure **propedeutica al trattamento**: sicché in questa dimensione può essere definita quale **Anamnesi Terapeutica**. Essa consiste nel recepire alcune componenti dello **Stile di Vita del Paziente**, discuterlo con lui, spiegare i fattori che lo hanno determinato (Par. III, IV).

Lo Stile di Vita diviene un punto di riferimento anamnestico per il terapeuta, orientandone lo Stile Terapeutico, giacché i suoi codici permettono di recepire tanto il comportamento presente, quanto i ricordi del passato ed altresì le aspettative per il futuro.

2) L'**Analisi dello Stile di Vita** quale **Anamnesi Terapeutica** permette allo Psicologo Clinico in una fase diagnostica alcuni vantaggi specifici, i quali consentono di effettuare delle previsioni sulle **Dinamiche Atteggiamenti/Contro-Atteggiamenti** nel percorso terapeutico. Ciò facilita la prospettiva di strategie adeguate, di congetturare quale sarà il materiale che il paziente porterà in terapia e di avere in mente come potranno svolgersi il *metting*, il *masking* ed il *matching* (Par. IV).

Di conseguenza, lo **Stile di Vita** diventa non solo un punto di riferimento, ma anche un punto focale per una psicoterapia che si proponga come meta una sua "*revisione*" [126].

L'**Analisi dello Stile di Vita** può essere usata pure come uno strumento per valutare sia le **Resistenze**, sia le **Finzioni** onde poter operare uno **smascheramento** nel corso della terapia (*masking*). Ciò è facilitato analizzando i cambiamenti dei contenuti dei **primi ricordi**, della **costellazione familiare**, dei **sogni** [72].

L'**Analisi dello Stile di Vita** è infine un valido aiuto nella **ricerca** così come è uno strumento che può essere impiegato per valutare periodicamente il progredire del cambiamento in terapia [102, 103].

### III. Lo stile nella relazione terapeutica

#### A) Definizioni

1) Il *campo* in cui qui si gioca è quello che riguarda i due protagonisti del *meeting/masking/mathcing*: il *paziente* (col suo disagio psicopatologico) in rapporto con il *terapeuta* (l'altro protagonista della relazione). In particolare il focus è se lo **Stile del terapeuta** influisca, e come, nel contesto del processo e nell'outcome del trattamento. Al riguardo vi sono **molte domande le cui risposte non sono conclusive e vanno ulteriormente dibattute**.

Vi è il quesito sulla specificità clinica nello Psicoterapeuta circa lo Stile di Attaccamento, l'Empatia e l'Embodied Simulation: e pure che tipo di ruolo gioca lo Stile del Terapeuta rispetto alla "Resistenza al trattamento", alle difese del paziente, ed alle sue finzioni (*masking*). E ancora, se sia possibile effettuare studi contestuali rispetto ad una **psicopatologia** nell'ambito di un particolare contesto del setting ed a livello interculturale.

Nell'evoluzione dello Stile Terapeutico sorgono oggi i problemi della **Relazione Reale** raramente trattati in Psicoterapia, degli **Atteggiamenti** e del **Contro-Atteggiamenti**: movimenti che non coincidono con le dinamiche Transferali e Controtransferali (Par. IV).

2) A questi e ad altri questioni si aggiungono i riferimenti alle nuove *Indagini Psicobiologiche* [105] a cui possono inerire *riflessioni epistemologiche e psicopatologiche*, circa l'argomento dello *Stile Terapeutico* e del *modello di Rete Pragmatica* [90, 136]. È utile perciò sottolineare le Correlazioni della Psicologia Individuale con altri modelli. Specialmente, vanno ricordate le **Teorie del campo** [91] e della **Gestalt** [143] nonché le Filosofie che ispirano le Psicoterapie **fenomenologiche ed esistenzialistiche** ed il recupero del **Finzionalismo pragmatico** di Vaihinger (1911) (che ispira direttamente il *masking*) [2, 3, 4, 53, 82, 96, 100, 135, 153, 161].

Tutti questi filoni non soltanto sono compatibili con il modello Adleriano, ma sono intrecciati con lo stesso riguardo anche alla **Epistemologia** ed alla **Pratica psicoterapeutica** [143].

#### B) Stili di Attaccamento, Stile di Vita e Stile Terapeutico

1) Sembrerebbe che nello **Stile dei legami di Attaccamento** con i propri figli, i genitori mettano in atto modalità che essi stessi avrebbero sperimentato da bambini. Si ipotizza, quindi, che esista una sorta di *trasmissione intergenerazionale dell'Attaccamento*, che influenzerebbe il formarsi di tratti dello Stile di Vita dell'individuo. Lo Stile dello Psicoterapeuta dovrebbe non solo radicarsi nel proprio Stile di Vita ma pure interagire con lo Stile di Attaccamento del Paziente in modo empatico e terapeutico.

- Notoriamente, lo *Stile di Attaccamento* è uno dei precursori dello *Stile di Vita*. I modelli mentali operativi del Sé/Stile di Vita per lo più non sono consapevoli: ed

anche per questo presentano mascheramenti, finzioni (masking) come **resistenze al cambiamento** [30, 57] (Par. IV).

Il dinamismo della trasmissione intergenerazionale dell'Attaccamento, può essere meglio articolato se si ipotizzano *due moduli*: lo **Sviluppo dello Stile di Vita** e le **Figure di Attaccamento**. Essi sono complementari e rappresentano *due aspetti dello stesso processo*. L'individuo interiorizza ambedue i moduli della relazione: un bambino che ha fiducia nel genitore e si aspetta supporto emotivo, si identificherà ed introietterà il ruolo genitoriale complementare e sarà in grado di riproporlo quando diventerà a sua volta genitore [23].

- **I processi di identificazione** favorirebbero la tendenza dell'individuo ad agire con le stesse modalità sperimentate da bambino. Gestalticamente, **i processi di contro-identificazione** spiegherebbero, invece, come in alcuni casi, individui che abbiano riscontrato episodi infantili di rifiuto, attraverso successive compensazioni siano poi riusciti ad instaurare con i propri figli uno Stile di Attaccamento diverso da quello ricevuto.

- La tipologia dei legami primari costituenti dello Stile di Vita può essere modificata nel *life span* in senso positivo o in senso negativo [128].

Si deve sottolineare che tutti i legami significativi che si possono organizzare durante la vita, e anche quelli realizzati **in un contesto psicoterapeutico corretto**, hanno una notevole valenza psico-dinamica. È importante sottolineare come in tutte le **relazioni di aiuto**, ma in specie nelle psicoterapie analitiche, si possano acquisire e utilizzare nuovi legami che permettono il cambiamento [130, 101].

Come già detto, lo **Stile di Attaccamento** contribuisce a formare lo **Stile di Vita del paziente**; esso è inoltre interattivo con lo **Stile Terapeutico** (Stile di Vita + acquisizioni del *fare come* e del *come fare*). Queste componenti concorrono a costituire le dinamiche dell'**Atteggiamento e del Contro-Atteggiamento** (Par. IV).

2) In questo senso lo **Stile di Attaccamento** sottolinea non solo l'importanza della **qualità delle relazioni primarie**, ma altresì il **modo relazionale** e affettivo dell'adulto [38, 39]. In termini psicoterapeutici, ciò permette di porre al centro dell'attenzione non solo la **relazione reale** del paziente e del terapeuta, ma pure le *strategie di regolazione affettiva* e le *strategie difensive* a questa sottese.

- La possibilità di una validazione empirica nella **relazione interindividuale** tra Stile di Vita e Stile Terapeutico contribuisce allo studio del Cambiamento [49, 156], utilizzando **due tipi di approccio**.

- *In una prima prospettiva* si ritiene che la relazione terapeutica attivi il sistema dell'attaccamento attraverso la ricerca della vicinanza e possa rappresentare una base d'esplorazione per il paziente. Lo **Stile Terapeutico** avrebbe il compito di fornire una condizione appropriata ed incoraggiante [131] al paziente, aiutandolo ad esaminare l'influenza delle relazioni passate, sulle proprie modalità relazionali, attuali di attaccamento [38, 39].

– *In una seconda prospettiva* si utilizza la Teoria dell'Attaccamento soprattutto per mettere a fuoco alcune componenti specifiche delle modalità *transferali/controtransferali* (Par. IV, B), facendo riferimento alla terapia basata sulla *mentalizzazione* [27] con l'obiettivo di comprendere criticamente le strategie relazionali individuali dei pazienti nella situazione terapeutica.

3) I modelli operativi interni dell'Attaccamento consentono di formulare una prospettiva che utilizza il funzionamento psichico, permettendo di coniugare la qualità della regolazione affettiva del paziente e le sue modalità relazionali [156].

Uno dei costrutti della Teoria dell'Attaccamento è che l'*organizzazione psicologica interna dell'individuo* si basi su strutture rappresentazionali complesse delle relazioni precoci, che si costituiscono come una sintesi di *memorie implicite* e che diventeranno in seguito *memorie semantiche* in grado di influenzare il pensiero e le relazioni comunicative. Esse rappresentano anche delle *strategie di regolazione affettiva* che tenderanno a riattivare esperienze congruenti con i vissuti del tipo di attaccamento primario: ad esempio nella **Relazione dell'Alleanza Terapeutica** [134] (*meeting*). Presumibilmente questa è una delle ragioni per cui i *moduli di legame di attaccamento* dei pazienti vengono riproposti alla base delle strategie di regolazione e delle aspettative che mobilitano anche l'**Interazione Transferale/Controtransferale** nonché il sistema delle **resistenze** (*masking*) [58, 136] nell'ambito dell'**Atteggiamento/Contro-Atteggiamento** (*matching*).

4) Il **tipo di Stile di Attaccamento** del paziente (ad esempio insicuro, distanziante, disorganizzato) avendo un peso rilevante nell'Atteggiamento/Contro-Atteggiamento, stimola a livello profondo le *dinamiche transferali/controtransferali*.

5) **Lo Stile Terapeutico** collauda qui le caratteristiche sia del *rigore della resilienza* (proveniente dal *fare come*), sia della flessibilità e della creatività (riferibili al *come fare*). Si è osservato che quei terapeuti che tendono ad avere uno Stile Terapeutico più affettivo ed orientato alla relazione con i pazienti insicuri (mentre utilizzano uno Stile Terapeutico più cognitivo o interpretativo con i pazienti distanziati) raggiungerebbero risultati più positivi (Par. IV, F). Questa differenziazione sarebbe in favore della congettura che la **Modulazione dello Stile Terapeutico** deve essere “appropriata” allo Stile di Attaccamento [35, 36, 37, 133].

È pure emerso che la *funzione riflessiva* attivata nella specifica relazione dallo Stile Terapeutico per il paziente, è un elemento in grado di cogliere aspetti del *transfer/controtransfer* che possono limitare o aumentare la capacità co-costruita di mentalizzare in un *clima interindividuale* unico. In questo caso la qualità della mentalizzazione esprimerebbe un **processo bidirezionale gestaltico** in cui le capacità riflessive di paziente e terapeuta si influenzano reciprocamente. Lo Stile Terapeutico deve “corrispondere” alle fluttuazioni della funzione riflessiva del paziente, modulando le proprie risposte in relazione ai suoi bisogni [49].

Sempre rispetto allo **Stile di Attaccamento** e **Stile Terapeutico** nell'ambito storico-concettuale della "corrente portante adleriana" (continuità/discontinuità/evoluzione della Teoria e della Prassi della P.I.), un riferimento importante è stato quello del Congresso IAIP di Oxford del 1996 [127]. La Psicologia Individuale già in allora segnalava quella transizione, evidenziata da Gabbard [64, 65] e compiutamente realizzata anche da Fassino et al. [57], che appare immersa in una prospettiva di analisi psicologica nel **modello bio-psicosociale**, storica e strutturale insieme, in cui viene sollecitata una consapevolezza dei significati attuali, di quelli profondi e di quelli possibili [124].

*I processi microculturali* iniziano dai *moduli di legame primario* e dalle *costellazioni familiari e sociali*, e sono alla base delle interazioni tra strutture personologiche e strutture istituzionali, attraverso i vari sistemi di comunicazione: ciò permette al terapeuta una corretta immedesimazione, come ricorda Michel nel *meta-controtransfert culturale* [99].

La costruzione dello Stile di Vita (Par. I) è legata al soddisfacimento dei bisogni di tenerezza primaria, che costituisce la base per lo sviluppo dell'autostima e che si riattiva attraverso l'incontro terapeutico interindividuale.

6) Uno **Stile Terapeutico** appropriato nella prospettiva della **Pragmatica della Comunicazione umana**, può utilizzare questa prospettiva basata sul concetto di *paradosso* [121].

Il *doppio legame* (o *doppio vincolo*) è caratterizzato dalla presenza contemporanea di *due messaggi* in differenti livelli logici, che "si squalificano l'un l'altro" e si collocano entrambi in una situazione emozionalmente importante e di tipo complementare. Inoltre, uno dei due individui è in costante posizione di inferiorità (es. il bambino o il paziente) e l'altro è in una posizione di superiorità (es. la madre o il terapeuta). Si realizza così il fatto che colui il quale è in una situazione di inferiorità non può evitare il doppio legame se non attraverso una *meta-comunicazione* [121].

Ed è così che al di là di questa situazione, il *paradosso in doppio legame*, può essere un importante fattore in un contesto di una psicoterapia. Questo tipo di **doppio legame terapeutico**, è caratterizzato da elementi fondamentali [121].

Lo Stile Terapeutico dell'analista nel *setting* in una posizione "dall'alto" può realizzare col paziente un *Atteggiamento paradossale* nei legami, nelle consegne, nelle resistenze, nelle regressioni e nelle interpretazioni.

Questa dimensione relazionale in generale non è patogena, ma quando si giunge a certe forme di *Atteggiamento*, queste sono caratterizzate da una *rete di paradossi* che può provocare reazioni di *Contro-Atteggiamento* anch'esse paradossali. In psicoterapia è questa una riedizione paradossale di esperienze infantili introiettate.

Lo **Stile Terapeutico attraverso uno Stile comunicativo** corretto rinforza la rete intrapsichica ed è pertanto necessario che l'analista utilizzi ad un livello più profondo un *meta-controtransfert appropriato* [99,132,133] che, attraverso l'insight e la modu-

lazione della presenza reale, permetta una rielaborazione intrapsichica dello Stile del paziente.

Se lo Stile Terapeutico, entrando in un gioco di dinamiche dell'Atteggiamento/Contro-Atteggiamento (Par. IV), rimane intrappolato nell'interazione del *transfert* e del *controtransfert paradossale*, la relazione terapeutica può favorire una **rete comunicativa paradossale**.

Il *lavoro di analisi*, supportato da un Contro-Atteggiamento adeguato, al contrario può creare un buon esito per il paziente.

Nel momento in cui la rete dei paradossi viene smascherata si utilizzano elementi importanti nel processo terapeutico; in generale ciascun elemento, riferito ad una situazione di scoraggiamento sistematico, può inerire alle situazioni che l'individuo ha vissuto con i suoi genitori o con altri individui significativi durante la sua infanzia (costellazione familiare, costellazione socio-culturale, ecc.) [131].

Nel percorso terapeutico il paradosso non solo serve al paziente come sistema difensivo (o come controllo offensivo contro l'analista) ma è anche una sorgente di *fantasie compensatorie sostenute da un'aspirazione alla supremazia* [12, 13, 14].

Quando emerge una situazione paradossale, l'*alleanza terapeutica* tende ad essere capovolta in un conflitto di proiezioni paradossali e di relazioni collusive (Par. III, E): spesso psicologicamente squalificanti e iatrogene [129].

7) Il tipo di Attaccamento gioca un ruolo importante nel **processo psicoterapeutico** e nei suoi **esiti**. Tuttavia, i risultati sono spesso ancora poco validati, anche perché gli strumenti di misurazione e di valutazione sono spesso diversi, ed è quindi ancor difficile giungere a conclusioni definitive. Nonostante le numerose ricerche non è infatti a tutt'oggi possibile stabilire correlazioni indiscutibili tra modelli di attaccamento e forme di psicopatologia, con l'unica eccezione della relazione tra attaccamento disorganizzato e la patologia psicotica.

La posizione più condivisibile da un punto di vista metodologico sembra essere quella che sostiene che l'**utilità clinica della teoria** stessa, sia quella di attivare lo **Stile Terapeutico** nello sforzo di comprensione del materiale clinico, non pretendendo che questo sia necessariamente valido, né per qualunque paziente, né per qualsiasi evenienza psicopatologica, né per tutte le culture [27, 35, 36, 37, 38].

### C) Il Coinvolgimento Empatico

1) Il termine **empathy (empatia)**, traduzione del termine tedesco *Einfühlung* (sentire dentro), viene utilizzato a proposito dell'esperienza psicologica di *godimento estetico* [33].

Più in generale, *Einfühlung* comporta che chi osserva un certo gesto in un'altra persona si identifichi a tal punto da provare ciò che l'altro sta provando, manifestando la tendenza ad imitare il suo stesso gesto (una sorta di *mirroring* ante litteram).

Il termine *contagio emotivo* dell'esperienza empatica, è stato sottolineato anche dagli psicoterapeuti, sottolineando *il ruolo fondamentale dell'empatia nella relazione tra*

*paziente e terapeuta*, come esperienze indispensabili per comprendere *il significato psicologico che un'azione ha per un'altra persona*, anche con *attenzione sugli aspetti cognitivi* [32, 33].

2) L'**empatia**, tema legato alla biologia e alle psicologie ottocentesche, riemerge con l'avvento della fenomenologia tra il 1910 e la metà degli anni Venti [31].

Edmund Husserl [82] tratta l'**empatia** (*Einfühlung*) come un enigma oscuro e addirittura tormentoso; dall'altro M. Scheler [138], agli antipodi di Husserl, (tra il 1913 ed il 1923) pubblica *Essenza e forme della simpatia*, in cui compie un lavoro di distinzione terminologica tra le diverse forme del "**sentire insieme**" (*Mitgefühl*). Ed ancora Jaspers (1913-1957), nel *Trattato di Psicopatologia Generale* [84, 85] conferisce alla nozione di empatia la **comprensione affettiva** [31].

- Edith Stein [145], nel suo **Studio sull'empatia** (*Ein-Fühlendes*, 1917), su radici husserliane va *oltre tale disputa* e si domanda che cosa sia il fenomeno dell'empatia: cioè del **rendersi conto di quel che fa, sente, vuole e pensa l'Altro** [17, 118, 145]. L'empatia oggi ci riporta alle sue analisi anticipatrici, che si distaccano dal naturalismo e positivismo Ottocentesco e che si radicano nell'interesse per la vita sociale e l'*agire intersoggettivo*.

Parlare di empatia richiama una serie di esperienze quotidiane che permettono di percepire l'esistenza dell'Altro ed insieme di comprenderne lo Stile di Vita, le motivazioni e quindi di entrare in rapporto di scambio e di comunicazione con l'esistenza altrui (*meeting*).

**Sentire l'Altro è l'orizzonte di condivisione** in cui si manifesta la totalità entro il quale l'individuo si presenta nell'interezza delle sue esperienze in rapporto con altri, cogliendo la loro individualità: questa esperienza è molto importante per forgiare lo **Stile Terapeutico empatico**.

3) L'analisi sullo sviluppo nel corso dell'**età evolutiva** ha permesso di comprendere i processi riferibili all'empatia e di fare luce sulla sua struttura complessiva. L'**empatia** è stata definita come un *processo di attivazione emotiva appropriato e consonante con quello di un'altra persona*. La teorizzazione recente, saldandosi con i primi studi sull'argomento è concorde nel considerare l'empatia un'**esperienza sostanzialmente affettiva di condivisione**, mediata da processi cognitivi di diversa complessità; ne deriva che l'empatia è considerata un *fenomeno multidimensionale e non unitario* [33]. Si è giunti a comprendere che non esiste l'empatia in sé, ma **esistono diversi tipi di empatia** che si collocano lungo un *continuum* che va dalle forme più indifferenziate e meno mediate (vale a dire dal **contagio automatico** e privo di mediazione cognitiva) a quelle più differenziate e **cognitivamente pregnanti**.

L'**empatia più evoluta** richiede la massima differenziazione tra l'emozione propria e quella altrui, ed è caratterizzata dal saper condividere, in modo vicario, le emozioni di un Altro, separate e nettamente distinte dalle proprie; diventa così possibile comprendere che il vissuto di un'altra persona può essere molto diverso dal proprio in una

situazione simile. L'analisi di quest'ultimo aspetto è stata stimolata, in particolare, dai recenti studi sia *neurofisiologici* sui *neuroni specchio* [68, 118], sia quelli sulla *teoria della mente e della scienza* [90], i quali hanno indagato la capacità di rappresentarsi che cosa un'altra persona si sta rappresentando, di pensare che cosa l'altro pensa (**metarappresentazione o rappresentazione di secondo livello**) sino al **metacontrotransfert culturale** [99, 134].

4) Il crescente interesse verso il **concetto di empatia**, è conferito da vari contributi, tra i quali quelli di Greenson [73, 74, 75, 76].

Nell'ambito delle **Psicologie Dinamiche**, Freud nel 1920 usa il termine **identificazione proiettiva** mentre Adler impiega molte volte il termine empatia, senza peraltro rinviarlo a specifiche configurazioni teorico-pratiche [32, 142, 143].

Empatia e conoscenza teorica si completano vicendevolmente; l'**esperienza personale dello psicoterapeuta** consente immedesimazioni col vissuto del paziente. Attraverso l'empatia, la parte incompresa del paziente viene ricercata e ricontattata come l'oggetto d'amore perduto. A partire dal 1959, Kohut [88] inizia la costruzione delle vicissitudini del *narcisismo originario*, e attribuisce un'importanza fondamentale all'empatia non solo nell'ambito del processo terapeutico, ma anche nell'**arco dello sviluppo della relazione madre/bambino** e della formazione della mente nel suo insieme.

L'analista eredita dunque la funzione genitoriale nei confronti dei bisogni costitutivi del Sé.

5) Lo **Stile Terapeutico** esprime uno scambio prevalentemente verbale con pazienti nevrotici e prevalentemente non verbale con quelli psicotici. L'**empatia** considerata il prodotto di un'**identificazione proiettiva normale** [30], è designato come **funzione materna** (di ricevere, contenere, elaborare, modificare, restituire, trasformare le indicazioni profonde).

L'immaginazione diventa, così, un evento interindividuale, correlata alla funzione terapeutica dell'empatia.

Questo stato emotivo vissuto dal terapeuta a contatto con il paziente, scaturirebbe dall'**Atteggiamento e dal Contro-Atteggiamento dell'Analista**: mentre il controtransfert sarebbe lo stato emotivo vissuto dal terapeuta a contatto del mondo interno del paziente e deriverebbe, invece, da un settore conflittuale e dal **transfert del paziente** (Par. IV, E).

- La **condivisione** è un movimento necessario dello **Stile del Terapeuta**, specie con quei pazienti che vivono un "disturbo del contatto con se stessi" [143]. L'empatia nell'ambito del **Contro-Atteggiamento** (correlato al metacontrotransfert) è un'esperienza che ne garantisce "a priori" l'elaborazione e la mentalizzazione.

La **funzione terapeutica** dell'*empatia naturale*, è possibile a psicoterapeuti che abbiano sviluppato non solo una buona formazione (il *fare come*), ma anche un'elaborazione creativa (il *come fare*) e che abbiano conservato la capacità di regressioni immedesimative verso progressioni di funzionamenti più mature (Par. VI).

6) L'empatia, in sintesi, viene intesa come un processo **relazionale cooperativo**, la cui complessità richiede un impegnativo lavoro di reciproca conoscenza esperienziale tra psicoterapeuta e paziente.

Va sottolineato ancora una volta come il recente interesse per le **interconnessioni** delle discipline psicoterapeutiche con le **neuroscienze** abbia ricevuto impulso dalle scoperte riguardanti il ruolo dei **neuroni specchio** [68] dei circuiti che consentono processi immedesimativi basati su un **rispecchiamento imitativo interno** (dell'amigdala connessa ad altre aree della corteccia prefrontale), capaci di attivarsi quando il soggetto cerca di intuire pensieri, emozioni ed intenzioni altrui. Anche le **indagini interculturali** permettono di attivare un **metacontrotransfert positivo** quale eminente funzione terapeutica [26, 99, 127].

#### **D) Le Alleanze Terapeutiche**

1) a. Le **Alleanze Terapeutiche** sono forme di cooperazione alla base di una Psicoterapia ad orientamento dinamico come quella Adleriana. Esse sono vincolate da un'interazione reciproca, nelle circostanze e nei modi previsti dalle regole dell'accordo che la istituiscono, ma con una dimensione esistenziale che si correla, ma non coincide, sia con le regole del Setting che con quelle degli Atteggiamenti/Contro-Atteggiamenti (Par. IV, E).

La comunanza di motivazioni tra terapeuta e paziente, finalizzata al miglioramento dello stato di salute fisico e psichico, è peraltro considerata una condizione prioritaria per un **processo di cambiamento** [97].

Motivazioni e finalità devono promuovere un'*alleanza d'azione*, ma le valenze che dovrebbero convergere possono essere anche non univoche (vedi, ad esempio, nei soggetti anoressici, nei disturbi borderline, negli individui dipendenti da droghe, ecc.) [56].

b. La nozione di **Alleanza Terapeutica** è coniata per descrivere una condivisione reciproca della situazione analitica tra paziente e terapeuta. Viene anche utilizzata l'espressione **Alleanza di Lavoro**, per designare l'"insieme di Atteggiamenti/Contro-Atteggiamenti (A./C.A.) razionali e finalistici del paziente nei confronti dello psicoterapeuta e, la capacità del paziente di lavorare nella situazione analitica. Lo si vede soprattutto quando un paziente, pur se in preda a un'intensa *nevrosi di transfert*, riesce a mantenere un efficiente rapporto operativo con l'analista" [74].

Partendo da una definizione trasversale e inclusiva, si può formulare una terza definizione: quella di **Alleanza Negoziata**, in cui i due partecipanti nello scambio clinico sono implicati in una trattativa continua, oggetto di fenomeni di rottura e riparazione dell'Alleanza.

Le espressioni "Alleanza Terapeutica", "Alleanza di Lavoro" e "Alleanza Negoziata" sono le denominazioni più usate per indicare una dimensione interattiva che è intrinseca e, talora, va oltre lo specifico trattamento psicoterapeutico. Essa è infatti riferibile alla capacità del paziente e del terapeuta di sviluppare un rapporto basato sulla fiducia, sul rispetto e sulla collaborazione, finalizzato ad affrontare i problemi e le difficoltà

del paziente, che favorisce il processo e l'esito della psicoterapia, e che può permanere oltre la fine del trattamento [134].

2) Per la Psicologia Individuale l'A.T. coglie le dinamiche psicologiche legate al "bisogno di affetto tenero del bambino" [15], che è l'elemento di incontro preverbale col terapeuta, in accordo con lo Stile di Attaccamento ed il coinvolgimento empatico. Inoltre facilita l'approccio interculturale e mantiene la giusta distanza ma soprattutto non disperde il patrimonio esistenziale, che può emergere talora "dopo" la conclusione cronologica di un trattamento.

Del concetto di relazione terapeutica (alleanza di lavoro, transfert, relazione reale) [6], altri ancora propongono una lettura dell'Alleanza come interazione tra l'empatia, il desiderio di capire e la capacità riflessiva da parte dell'analista ed il desiderio di comprendere ed essere compreso, di essere aiutato e di sviluppare la propria personalità da parte del paziente. Oggigiorno, grazie alla **metanalisi** si può enunciare una nuova nozione che riguarda gli Atteggiamenti ed i Contro-Atteggiamenti [157, 158] (Par. IV, E.).

Sotto il profilo della configurazione concettuale, l'A.T., qui intesa come confluenza delle tre dizioni precedentemente descritte, viene riconosciuta sempre di più come il **principale fattore aspecifico comune a tutte le forme di psicoterapia** [35, 36, 37, 157, 158].

Gli strumenti per valutare l'A.T. sono generalmente proposti in tre versioni: per il paziente, per il terapeuta e per un osservatore esterno. Gli indirizzi di ricerca, ancora in fase di sperimentazione, sono: psicodinamico, generico, interindividuale, relazionale, pragmatico, eclettico (Par. V, VI).

### *E) Le problematiche della coppia terapeutica*

1) Le relazioni nella **coppia tra paziente e terapeuta (nel matching del campo interindividuale, o setting**, Par. IV) sono fondate su una **Alleanza terapeutica** nel senso esistenziale, relazionale e clinico. Spesso il rapporto terapeutico è immerso in una **collusione inconscia** che si riferisce a bisogni profondi di dipendenza, dominio, sicurezza ecc., ma anche noia, piacere, dolore [61,134].

Lo "**stare insieme**" nel setting, significa condividere esperienze profonde e conflittuali, le quali possono interagire **gestalticamente in reciproci Atteggiamenti/Contro-Atteggiamenti (A./C.A.) [meeting, masking]**, ostilità, adeguamenti passivi, tentativi di dominio, di sottomissione, di distacco. Questi A./C.A. costituiscono una **rete reale e profonda** correlata agli status ed ai ruoli del paziente e del terapeuta.

Il **percorso terapeutico** della coppia può venir vissuto quindi come esperienza banale e deludente, che genera frustrazione, risentimenti ed aggressività e può anche esitare in una sorta di fallimento del rapporto interindividuale e quindi dell'Alleanza terapeutica.

Sotto il profilo psicopatologico, diagnostico e terapeutico, le vicissitudini della Coppia Terapeutica possono realizzare situazioni iatrogene ed aspetti psicopatologici ma

pure interazioni interindividuali che, conferiscono densità di significato alle esperienze [60, 61, 125, 129, 134].

2) a. **Una Relazione Collusiva** è da intendersi come un *legame che si instaura tra due individui*, stabilmente coinvolti, i quali pur presupponendo di aver realizzato un “matching terapeutico collaudato”, realizzano forme di difesa psicologica inconse. Le *Collusioni di Coppia nella Psicoterapia* comportano una dinamica duale ed intradiadica che viene spesso inconsciamente utilizzata in modo dannoso e quindi “*non terapeutica*”. Un rapporto di reciprocità che deve definirsi all’interno della coppia comporta la modulazione della *zona cuscinetto* (spazio virtuale interindividuale che spesso si irrigidisce o crolla nell’ambito del *matching*, mescolando sia atteggiamenti regressivi sia atteggiamenti progressivi, che possono distribuirsi in una polarizzazione di status/ruoli sempre più rigidi nei due individui [22, 124, 128].

Ogni individuo porta in sé tendenze regressive e progressive che, nel *matching* della Coppia in terapia, tendono a variare ed ad oscillare, per cause multiple, non solo dipendenti dalla Relazione Terapeutica.

La *regressione* è la ricaduta verso dinamiche infantili; le (*pseudo*) *progressioni* possono essere invece tentativi finalistici di *dominare* l’Altro, con l’esercizio inautentico ed aggressivo di controllo. Qualora si instauri questo tipo di relazione, spesso si realizza un *mix* fra un movimento regressivo ed un movimento pseudoprogressivo: entrambi, si organizzano o si rinforzano rispetto ai bisogni ed alle finalità perseguibili.

In queste evenienze non esiste una autentica reciprocità comunicativa o “cooperazione” o creatività; quanto piuttosto una mobilitazione dei conflitti irrisolti o un rinforzo delle difese, che si esplicano attraverso la competizione, il controllo, l’invidia, la gelosia, le posizioni fittizie di superiorità/inferiorità, etc.

b. Lo Stile Terapeutico in un trattamento strutturato non dovrebbe avere posizioni statiche, giacché “per la **Legge del Movimento**” i dinamismi sia consci che inconsci se non sono maturativi, presto o tardi generano delusione, rabbia, resistenze. Ad esempio la *idealizzazione* è caratteristica di una *finzione rinforzata* e spesso prelude ad uno sganciamento di *dinamismi collusivi* che inficiano un’Autentica Alleanza terapeutica. Ogni momento del *matching* può inoltre costituire nella psicoterapia una **situazione di crisi** [122,125].

“Il valore posizionale delle mete” (inconse, reali, progettuali) assume significati, specie quando esse sono costituite dall’assunzione di responsabilità, dal conferire un senso della vita, dalla rielaborazione del progetto esistenziale.

Ci si domanda:

- se un *matching* si “gioca” in modo da determinare una Collusione (vale a dire un’intesa tra i partner basata su una reciproca compensazione inconscia comune);
- se una *crisi* dell’Alleanza Terapeutica conduca ad una Collusione;
- quali *interventi* siano opportuni o necessari nelle Collusioni e in che cosa questi possano consistere.

Lo Stile del Terapeuta dovrebbe utilizzare gli **Strumenti della Prevenzione** per non entrare nella **Rete Collusiva Iatrogena** [129].

In effetti, molteplici sono i **nodi** che possono creare una **rete patogena** in psicoterapia. Fra questi ricordiamo:

- i nodi delle reti *intrapsichiche* individuali (mondo interno/struttura dinamica del Sé);
- i nodi della rete *inter-individuale* (mondo comunicazionale della dinamica della Coppia del *matching*);
- i nodi della rete *socio-culturale*, quale appartenenza a determinate sub-culture in riferimento agli orientamenti di valori ed agli ordinamenti istituzionali.

c. Ogni movimento del *matching* quando segue una tendenza regressiva stabile, può portare a *Collusioni iatrogene* [129].

Fra i *tipi della Collusione*, si possono annoverare differenti strutture di A./C.A. (orali/fusionali; narcisistico/idealizzanti; sadomasochista; edipico/falliche; di alto/basso, ecc.)

Si riportano qui taluni **schemi delle dinamiche collusive di coppia iatrogenica**, nella quale si possono intravedere le reciproche *ipercompensazioni* [93].

Lo schema riportato costituisce un riferimento esemplificativo delle più comuni *collusioni tra paziente e terapeuta* nell'ambito del Patient-Therapist Matching (P.T.M.) (Figura n. 2).

FIGURA N. 2 **DINAMISMI COLLUSIVI**

<b>Da parte del paziente</b>	<b>Collusione ibrida-fusionale</b>	<b>Da parte del terapeuta</b>
<i>Struttura borderline</i>  <i>Tende a soddisfare bisogni arcaici infantili</i>  <i>Delega al terapeuta l'assolvimento di funzioni materne</i>	<i>Circolo d'interazione vicariante reciproco</i>  ← IL P.T.M. è collusivo coll' Altro →  CONFLITTO DIADICO ARCAICO ← (RIATTIVATO) → DALLA PSICOTERAPIA	<i>Compensazione complementare</i>  <i>Tende ad assolvere a funzioni materne</i>  <i>Delega al paziente la soddisfazione di bisogni infantili</i>
<b>Da parte del paziente</b>	<b>Collusione narcisistica idealizzante</b>	<b>Da parte del terapeuta</b>
<i>Struttura narcisista</i>  <i>Tende a voler costituire nell'Altro il proprio Sé ideale</i>  <i>Aspira alla supremazia nella Coppia</i>	<i>Circolo d'interazione</i>  ← IL P.T.M. è collusivo →  CONFLITTO DIADICO ARCAICO ← (RIATTIVATO) → DALLA PSICOTERAPIA	<i>Struttura narcisista complementare</i>  <i>Tende a cercare nel paziente un Sé sostituto vicariante</i>  <i>Si propone come modello ideale in quanto terapeuta</i>
<b>Da parte del paziente</b>	<b>Collusione competitiva alto/basso</b>	<b>Da parte del terapeuta</b>
<i>Struttura competitiva dall'Alto</i>  <i>Tende al dominio del terapeuta (controllo attivo: dall'alto)</i>  <i>Delega al terapeuta i desideri di dipendenza</i>	<i>Circolo d'interazione vicariante</i>  ← IL P.T.M. è collusivo →  CONFLITTO DIADICO ARCAICO ← (RIATTIVATO) → DALLA PSICOTERAPIA	<i>Struttura competitiva dal Basso</i>  <i>Tende al dominio dell'altro (controllo finzionale: dal basso e con una pseudo-neutralità)</i>  <i>Delega al paziente desideri di indipendenza</i>

3) Nelle problematiche delle **Collusioni del P.T.M.**, quando si rilevano elementi iatrogenici, si dovrebbe inserire una *rete di interventi* in cui si tenga conto degli aspetti dinamici delle compensazioni che si realizzano all'interno della Coppia Terapeutica.

- Innanzitutto è utile una **rianalisi complessiva** (strutturale/dinamica/comportamentale) del trattamento e dello Stile da parte del terapeuta.

Vale a dire che l'Analista deve tenere in considerazione se egli non sia coinvolto in **coacervi conflittuali** "giocati" nel *matching* (con dinamiche anche profonde relative ad esempio: alla possessività, all'autoritarità, all'indifferenza);

- successivamente si possono avviare una **serie di interventi** che devono dipendere dal tipo di elaborazione, accertata anche mediante una **supervisione** (Par. V).

Le molteplicità degli interventi ineriscono sia agli stili individuali che alle dinamiche della "coppia terapeutica", le quali possono realizzare *differenti tipi di collusione* che non solo si rifanno alle regole degli accordi psicoterapeutici, ma pure a malintesi interculturali, ad abitudini reali, a percorsi terapeutici disagiati ma, soprattutto, alle **interazioni transferali/controtransferali** [40, 41, 44, 45] (Par. IV, B.).

4) La **relazione cooperativa** è propria dei nuclei significativi dello Stile del Terapeuta Adleriano. La mutua cooperazione nell'incontro esemplifica il *sentimento sociale in azione* e si manifesta non solo nell'analisi ma deve estrinsecarsi in tutto il corso della vita. La *cooperazione terapeutica* inerisce ad una *strategia di incoraggiamento*, in quanto persegue alle mete in comune: in tale modo essa si costituisce come un *prerequisito del percorso* messo in atto dallo **Stile Terapeutico**, il quale comunque porta ad un "reciproco benefico" [21].

Heinz Ansbacher (1978), commentando i contributi di Adler [11, 22] (circa la *cooperazione tra i sessi*), ante litteram ritiene che la *protesta virile* ponga le basi della dinamica della psico-sessualità anticipando anche il modello di Gordon Allport. [18] Lo Stile del Terapeuta dovrebbe affrontare queste dinamiche, durante il percorso di cura, *smascherando le finzioni (masking)* che talora impediscono un approccio adeguato a tale importante problema [153, 51].

5) **Il Sé creativo del terapeuta** [24, 56, 57] attiva le richieste ed il Sentimento sociale del Paziente [13] e promuove l'**Alleanza creativa nella coppia** [61, 148]. In coerenza con le ipotesi della P.I. si configurerebbe uno stato soggettivo di ricerca delle somiglianze tra le esperienze. Ciò favorirebbe anche il conflitto-confronto tra sentimento di onnipotenza ed interiorizzazione delle richieste sociali esterne [21].

Lo **Stile del Terapeuta** nel *matching* col paziente correlando *motivazione e creatività*, porta ad un processo di incoraggiamento, che favorisce il passaggio ad un Atteggiamento di apertura terapeutico. Il **Sé creativo del Terapeuta** può promuovere nel *matching la coppia creativa terapeutica*, costruendo gradatamente un "**sovracodice**" **comunicativo interattivo**, verbale e non verbale, progressivamente negoziato da entrambe le parti e condiviso all'interno dell'incontro [56, 57, 60, 61, 131].

### ***F) Life Span Therapy***

1) **Nell'Arco della Vita (Life Span)** il Terapeuta col suo Stile professionale e umano si costituisce quale **persona di riferimento** per taluni pazienti. Alcuni psicoterapeuti hanno l'opportunità di poter rispondere ai bisogni dei propri pazienti nel corso della loro vita.

2) Ciò può accadere con modalità ed approcci diversi: dopo la conclusione della terapia non termina l'alleanza, specie se si è lasciato il messaggio (più che stipulato) del **patto di non abbandono** [134].

Non è questo da considerarsi una Psicoterapia Rapsodica o un'Analisi interminabile o un'Analisi mal condotta o una Collusione che stenta a liquidare le complesse vicissitudini transferali/contransferali.

Questi incontri anche a distanza di anni (talora di decenni) si configurano piuttosto come l'opportunità, o l'esigenza, o la nostalgia di taluni pazienti/clienti, che sentono il bisogno, o hanno una motivazione analoga o diversa da quella che li aveva condotti ad un rapporto analitico strutturato: a rinnovare e confrontarsi con l'individuo con il quale si era creato un'Alleanza Terapeutica Cooperativa.

3) I motivi possono essere vari. Tra questi:

- una situazione esistenziale di crisi;
- una ricaduta della pregressa sintomatologia;
- una richiesta di consiglio specialistico per un parente stretto;
- una domanda di indirizzo (segnalato dal vecchio terapeuta) di un eventuale sostituto a "futura memoria";
- e anche per ritrovare e riconoscere come stia la persona che magari per anni ha seguito da terapeuta le loro vicissitudini da paziente.

Si può collegare questo incontro allo Stile di Attaccamento che si ha avuto nel *matching*, per sapere se la figura del terapeuta può dare ancora "fornitura di presenza" o comunque essere un parametro di riferimento.

4) Questi incontri nell'Arco della Vita, (termine più appropriato rispetto a stadi o cicli di vita) possono avere **caratteristiche diverse**: specie nella quantità e nel numero delle sedute (in genere due o tre) a seconda delle motivazioni e della richiesta del paziente. Esse riconoscono tuttavia una base comune:

- **da parte del paziente** il ritrovare anche a distanza una figura di riferimento che continua ad essere il depositario di un'ineguagliabile percorso esistenziale e che può ancora in qualche modo supportarlo, incoraggiarlo e fornire densità di significati.

- **da parte del terapeuta** la presenza e la continuità costituiti dalla memoria storica, da particolari dettagli, da contestualizzazioni, etc. Il *ricordo "pittorico"* più che non "fotografico" di episodi salienti dei percorsi pregressi, rappresenta quasi un **ritrovamento analogico** di un'anamnesi terapeutica protratta e condensata e che si riferisce

ai passaggi più importanti dell'analisi. Ciò è anche una testimonianza di cooperazione attuale rispetto al contesto ed ai problemi che emergono nell'hic et nunc della seduta.

5) Tale esperienza testimonia l'importanza dello stile del terapeuta che tiene nella *scrigno delle sue memorie* i propri pazienti come individui unici e irripetibili a cui reciprocamente si è donato e ricevuto in senso esistenziale sebbene con modalità e motivazioni diverse (Par. IV).

#### IV. Evoluzione dello stile terapeutico

##### A) Presupposti e Nuove Terminologie

1) Vi è oggi una evoluzione concettuale, terminologica e clinica sia rispetto ai tipi di articolazione degli approcci psicoterapeutici [18, 87, 88] sia ai fattori di cambiamento. In effetti l'attuale **Psicologia Individuale** affronta in modo più *pragmatico* ciò che si può definire l'**Unità della Psiche** [62, 63, 90, 136, 146, 147, 161].

2) La P.I. si avvale di varie **tecniche di intervento** che si ispirano alla teoria ed alla prassi: e che sono inserite nelle **strategie generali del trattamento** (Editoriale n.78). Una delle caratteristiche che riguarda tutte le metodiche è la duplice modalità applicativa: di *scientificità* (nel senso di esperienza trasmissibile condivisa) e di *creatività* (di sperimentazione, di imitazione, di insegnamento, di tirocinio). L'applicazione delle tecniche è quindi tanto riferibile a procedure apprese e consolidate da parte degli operatori (il *come fare*: il "mestiere", il conoscere una tecnica), quanto rapportabile a procedure di tipo congeniale-identificatorio (il *fare come*: l'"artistico", il "creativo") [126] (Par. II, VI).

a. Come è noto la P.I. distingue differenti percorsi di trattamento: **psicopedagogico**, di **counselling**, di **psicoterapia strutturata**. Specie in quest'ultimo lo scopo prioritario è la *revisione e il riorientamento dello stile di vita* attraverso **strumenti molteplici**. Ed in questo *campo terapeutico* (o setting) si innestano le dinamiche riguardanti **Atteggiamenti/Contro-Atteggiamenti** a cui ineriscono lo **Stile di Vita del Paziente e dell'Analista**. L'**attività interpretativa** viene proposta quale "riflessione", "lavorio maturativo", ricodificazione del vissuto, a livelli cognitivi, emotivi, ma pure tenendo conto del "gergo" degli organi (e quindi anche delle eventuali manifestazioni psicosomatiche). È possibile raggiungere una migliore capacità di comprensione attraverso una *identificazione culturale* che opera attraverso il sentimento sociale come forza aggregante e cooperativa. I **sogni** e le **fantasie**, devono essere valutati lungo la *linea psicologica direttrice* dell'individuo.

Una peculiare tecnica adleriana è fornita dall'**analisi delle finzioni**, sia quale smascheramento degli espedienti di salvaguardia, sia come indagine delle mete fittizie (*Masking*). L'**analisi della distanza** implica il concetto di "*zona cuscinetto*", connotabile come "bolla" virtuale del Sé corporeo, che modula la distanza, reale o immaginaria.

b. Una posizione centrale nelle tecniche è data dal **processo dell'incoraggiamento** [52,123].

Il coraggio e l'incoraggiamento devono tenere conto della linea di maturazione del cambiamento dell'individuo, in rapporto con le sue modalità esistive e della struttura gerarchica delle motivazioni. I vari parametri, correlati all'*arco della vita (life span)* ed al contesto *socio-culturale*, diventano gli apparati delle mete autorealizzative: l'individuo dovrebbe elaborare e strutturare il proprio Stile di Vita a *livello transmotivazionale* [123].

c. Un'altra prospettiva particolare della tecnica analitica adleriana è quella che pone le *dinamiche psicologiche della regressione* non solo all'interno della relazione terapeutica, ma al *servizio dell'analisi stessa*, come potenzialità creativa. L'Analista deve essere consapevole del valore psicologico della regressione e riconoscere **empaticamente** lo scoraggiamento del soggetto, espressione di progressi vissuti deficitari intrecciati con situazioni conflittuali. La regressione al servizio del deficit, diventa **progressione creativa**, nella misura in cui il terapeuta riesca a stabilire una *identificazione regressiva* che si trasforma in *identificazione progressiva*, attraverso la "segreta forza motrice" insita nel **matching terapeutico** (vedi Editoriale) (Par. IV, D).

d. Il **progetto esistenziale**, la cui analisi si propone come la fase ultima di una psicoterapia analitica, deve essere sempre tenuto presente in tutte le strategie di intervento: "*che cosa l'individuo vuol fare di sé stesso al mondo*" si differenzia, infatti, sia dai vari programmi realizzativi costituiti dalle mete reali, sia dai traguardi idealizzanti.

e. Un **Approccio interindividuale**, collega le problematiche personali alle modalità della "relazione con gli Altri". Il concetto di "**zone d'interazione gestaltiche**" (nel *matching*) va inserito in un "*modello pragmatico di rete*", in rapporto con le attività funzionali individuali interconnesse con la vita comunitaria. Le situazioni interpersonali significative sono la base delle organizzazioni psichiche simboliche elaborate dal bambino: e ciò, attraverso i vari cicli della *life span*, porta il soggetto a ridefinire costantemente la sua identità.

Oltre a trattamenti pedagogici e di counselling, vi sono numerosi tipi di **intervento psicoterapeutico** adleriano (breve, focale, di gruppo): ciascuno di essi, che ha indicazioni e limiti specifici, deve sempre rientrare in una Alleanza Terapeutica [58, 59, 60, 127]. Qui, come sopra menzionato, vengono ricordati particolarmente i *trattamenti psicoterapeutici di tipo analitico strutturati*: essi costituiscono l'espressione applicativa più completa della Psicologia Individuale e trovano indicazione in vari disturbi psicopatologici [58, 126, 128].

f. Una delle domande di fondo è: "da dove proviene, come è, dove si dirige l'individuo?". Per identificarsi col paziente e con la sua concezione del mondo, e pur con le sue condotte: è perciò necessario, sia da parte del terapeuta che da parte del paziente, entrare nella "linea direttrice esistenziale" e anche a livello di realtà [157,158].

Gli Atteggiamenti ed i Contro-Atteggiamenti, la gestualità, i messaggi di un individuo, a livello di comunicazione verbale e non verbale apportano delle preziose indicazioni rispetto al suo Stile di Vita. Lo **Stile del Terapeuta** deve operare attraverso un clima di incoraggiamento e di accettazione: il che non significa “approvazione totale” ma raggiungimento, attraverso il **meeting**, il **masking**, il **matching** di un rapporto di “frustrazione-gratificazione ottimale”.

Si possono considerare (in rapporto alla sintomatologia) interventi prioritariamente volti alla **polarità supportiva o intensiva**. Questo costituisce generalmente un asse lungo il quale si dispongono proposte di interpretazione, confronto, chiarificazione, elaborazione, convalidazione empatica, suggerimento incoraggiante, supporto affermativo [142].

g. Quando l'intervento psicoterapeutico si propone come prospettiva di un'analisi completa dello Stile di Vita, ciò può comportare un percorso di molti anni, in cui si distinguono ipersinteticamente **tre momenti terapeutici**, da non intendersi come tappe storicamente prestabilite di “cambiamento”.

- In un *primo momento* il terapeuta, nella linea di un' **Analisi dello Stile di Vita** in prospettiva diagnostica, effettua, una sorta di “**anamnesi terapeutica**” (Par. II, D).

- In un *secondo momento*, attraverso strumenti sia tradizionalmente analitici (quali l'interpretazione, l'analisi dei sogni, l'analisi del transfert, ecc.) sia specifici della P.I. (Stile di attaccamento, primi ricordi, costellazione familiare, incoraggiamento, smascheramento delle finzioni (**masking**), alleanza creativa col deficit): si opera nella direzione di una presa di consapevolezza cognitiva ed emotiva circa il Sé corporeo, la socialità, la dinamica degli insuccessi esistenziali del paziente, lo Stile inadeguato di vita, etc. [16].

- In un *terzo momento*, il soggetto tende a prospettarsi criticamente con **Atteggiamenti/Contro-Atteggiamenti** più autentici e creativi di fronte ai compiti della vita: vale a dire verso mete autorealizzative, rapporti interpersonali e sociali. Un' **Analisi del progetto esistenziale** dovrebbe collaudare armonicamente il *cambiamento* clinico-comportamentale, la *maturazione* psicostrutturale ed il *riorientamento* del Senso della Vita [123].

- In tutti e tre i momenti del percorso si attua un **matching** terapeutico che consiste nella cooperazione e nella condivisione del “**gioco maturativo**” (Par. II, D).

3) a. La capacità di regolare il comportamento dipende, oltre che dai geni, dal temperamento e dalle reti sociali. Inoltre, fa perno, in non piccola misura, anche sulla capacità di identificare e superare i conflitti profondi che influenzano gli aspetti della vita cosciente e che ne impediscono il cammino esistenziale (*life span*). Quando si incontra un individuo non conosciuto (come un paziente per il terapeuta e viceversa),

si ha una **reciproca prima impressione**, avanti ancora di cominciare a parlare.

Si nota per esempio la razza, il sesso o l'età di quella persona: elementi che una volta percepiti, si ricollegano automaticamente ai nostri stereotipi interni. Tali assunti spesso non si rivolgono allo specifico individuo che abbiamo di fronte, ma fanno parte dei nostri **pregiudizi** più che non dei nostri **presupposti** [84, 85].

Queste reazioni persistono anche quando sono contrarie alle nostre convinzioni consapevoli e rimaniamo perplessi quando le ricerche al riguardo sono collocabili in un'altra posizione [25].

Guardare o ascoltare un'altra persona, può infatti essere sufficiente a farci atteggiare in modi di cui non ci rendiamo conto [25].

b. Negli individui umani, la tendenza a mimare e imitare spontaneamente ciò che fanno gli individui vicini è stata osservata già nei bambini poco dopo la nascita, e da diversi decenni i neuroscienziati sostengono che “copiare” serve a imparare a parlare e ad apprendere altri comportamenti.

Nel cosiddetto “*effetto camaleonte*” e ancor più negli studi sul *mirroring* possiamo trovarci ad assumere inconsciamente la postura e a imitare altri comportamenti fisici della persona con cui ci siamo messi a conversare [68, 118]. E l'imitazione va avanti fino a che non troviamo un altro interlocutore, del quale di nuovo riprenderemo gesti e atteggiamenti, come un *camaleonte* ben inserito nel suo ambiente.

c. I lavori sperimentali che si pongono la domanda “a che cosa tendono gli individui?” puntano a studiare l'esistenza di un unico sistema psicologico che tutti noi abbiamo, e che può funzionare sia in modo consapevole, sia secondo modalità inconse. Ad esempio, nella moderna **psicologia del desiderio**, i ricercatori hanno constatato che sia quando siamo consapevoli di esserci posti un certo obiettivo, sia quando non lo siamo, il modo in cui cerchiamo di raggiungerlo è molto simile [25].

La nostra mente a livello profondo può indurci non solo a fare una particolare scelta, ma anche contribuire a darci la motivazione necessaria a realizzarla. Da tempo è noto che negli esperimenti di **scienze sociali** gli individui, quando hanno modi di *esercitare un potere*, spesso manifestano comportamenti egoisti mettendo al primo posto l'interesse personale.

d. Molte persone tuttavia si collocano obiettivi rivolti al **sentimento sociale**: come quei genitori che pongono gli interessi dei figli al di sopra dei propri. Se il **potere** ha l'effetto generale di attivare obiettivi personali importanti, il **Sentimento sociale** dovrebbe essere orientato agli Altri e ad immedesimazioni nell'**Orientamento dei Valori** del prossimo [115] spingendoci ad assumere una dimensione altruistica.

e. Lo **Stile del Terapeuta in evoluzione** secondo questi schemi, sta rivalorizzando la **relazione reale** circa i **fattori comuni di cambiamento in Psicoterapia** (Alleanza terapeutica, coinvolgimento empatico, ecc.), tendendo peraltro a interagire con i **fattori specifici** (analisi del transfert, delle resistenze, ecc.).

Questa evoluzione modifica lo Stile in Psicoterapia, in Psicologia Individuale attraverso continui aggiornamenti sul *meeting* (l'incontro empatico), sul *masking* (lo smascheramento delle finzioni) e sul *matching* (il gioco gestaltico relazionale).

4) A questo riguardo, lo schema pragmatico della **Rete di Modelli** ed il **Modello di Rete** utilizzato dalla P.I. [24, 136], può offrire un rinnovato supporto per l'**intreccio complessivo** dello Stile Terapeutico alla luce della Sua evoluzione e delle **nuove concezioni e terminologie** che ad essa afferiscono. Come sopra menzionato, l'importanza della relazione reale tra paziente e terapeuta è una componente essenziale, specie rapportata al **matching** (cioè al movimento reciproco di condivisione e di compartecipazione critica tra paziente e terapeuta) che pone una serie di questioni da dibattersi da prospettive diverse.

Ad esempio, le concezioni circa gli **Atteggiamenti** ed i **Contro-Atteggiamenti** possono essere proposte sia con una configurazione articolata (*in modo gestaltico ed interattivo*), sia sussumendo le dinamiche Transferali/Controtransferali, sia conferendo alle "resistenze" ed alle "finzioni" una notevole rilevanza [55, 132, 148] (Par. IV).

Di conseguenza le posizioni *addebitate* al paziente (ad esempio il transfert) e quelle *accreditate* al terapeuta (ad esempio il controtransfert), vengono *dinamizzate* a livello reale e profondo, in quanto spesso nel *gioco gestaltico* tra paziente e terapeuta, vi è un **ribaltamento di ruoli**, pur mantenendo una strategia unitaria riguardante il setting: gli *status*, le procedure, le finalità del percorso.

### **B) Meeting, Masking, Matching**

1) Svolgere l'attività di psicoterapeuti costituisce oggi un importante lavoro, anche riconosciuto legalmente [50]. Questo fatto, non è privo di conseguenze ai fini dell'**identità dello psicoterapeuta** nei rapporti con il paziente e con le Istituzioni. Esso costituisce un radicamento anche nel mondo interno, nelle motivazioni e nei riferimenti culturali. [47, 50, 54, 70].

Peraltro la **moltitudine di scuole** [83,136] pone di fronte ad un pullulare di Orientamenti, che riconducono a riflettere su alcuni fondamenti della relazione psicoterapeutica.

2) Tra questi forse gli aspetti più rilevanti riguardano la **Relazione reale** e quindi l'*Atteggimento del paziente (A.P.) ed il Contro-Atteggimento del terapeuta (C.A.T.) e reciprocamente l'Atteggimento del terapeuta (A.T.) ed il Contro-Atteggimento del paziente (C.A.P.)*. Punto di partenza clinico deve essere l'**Atteggimento del paziente di fronte al proprio disagio (A.P./C.A.T.)**. Le persone che richiedono un aiuto psicoterapeutico esprimono in genere una *duplice motivazione*: una esplicita aspirazione ad un **mutamento** ed un'implicita resistenza allo **smascheramento delle finzioni**.

Per questi motivi sembra utile sottolineare anche se in modo propedeutico **tre dinamiche** le quali, attraverso una articolazione pragmatica, interattiva [136] **riguardano gli A./C.A.** (questo argomento sarà trattato in questo paragrafo IV alla lettera E).

Esse sono:

a. **Meeting (l'incontro)**

**Gli Atteggiamenti:** a livello di relazione reale, assumono prospettive differenti e complementari **sia da parte del Paziente** (*Atteggiamento di richiesta*), **sia da parte del terapeuta** (*Atteggiamento di accoglienza*).

**I Contro-Atteggiamenti:** similmente possono essere realizzati **sia da parte del Paziente** (*verso gli Atteggiamenti del Terapeuta*) **sia da parte del Terapeuta** (*verso gli Atteggiamenti del Paziente*).

Nel *meeting* se le richieste del Paziente sono impellenti ed angosianti, il T. deve avere un C.A. di supporto e di incoraggiamento. Se l'Atteggiamento del Terapeuta già in apertura sarà accogliente e non anonimo, il C.A. del paziente sarà più aperto, ed avrà maggiori vantaggi terapeutici.

b. **Masking (il mascheramento)**

L'emergere delle *Resistenze* e delle *Finzioni* ed il perdurare delle Difese sia da parte del Paziente (Peripezie delle finzioni e costituzione di resistenze), nonché talora da parte del *Terapeuta* delle *Contro-Finzioni* e delle *Contro-Resistenze*, può verificarsi nel **matching** come gioco gestaltico, non sempre Terapeutico [29, 55, 132, 154] (Editoriale n.78).

Nel *masking da parte del Paziente* si nascondono i **sentimenti di vergogna** [148] e di inadeguatezza legati ai cosiddetti **orrendi segreti** (difetti fisici o psichici non compensati, sintomi legati ad inadeguatezze sociali, sessuali, sentimento erotici o aggressivi verso il terapeuta). **Da parte del terapeuta:** una presunta neutralità che può mascherare un'aggressività non agita, si riverbera nella relazione terapeutica. Peraltro, lo smascheramento delle finzioni è uno degli strumenti terapeutici principali, uniti alle **Disclosure** ed **Enactment** (movimenti sempre più frequenti nella psicoterapia attuale) che dovrebbero essere appropriati e consapevoli.

c. **Matching (la partita terapeutica)**

La Relazione Terapeutica nel setting come "*campo di gioco*" non è solo un "movimento verso una meta" ma anche un "percorso esistenziale condiviso".

Lo **Stile del Paziente** e lo **Stile del Terapeuta** nel *gioco gestaltico* del percorso terapeutico, come partita condivisa e cooperativa, possono assumere caratteristiche peculiari e reciproche, sia negli **Atteggiamenti (A.)** che nei **Contro-Atteggiamenti (C.A.)** (Editoriale n.78).

**Da parte del Paziente** emergono la sintomatologia in atto e l'interazione col Terapeuta.

**Da parte del Terapeuta** si registrano i riferimenti alla psicopatologia, ed allo Stile Difensivo del Paziente.

3) L'utilizzazione dello **Stile Terapeutico** deve essere **appropriata** circa le dinamiche del **meeting** [92], **masking** [48, 88] e **matching** (Editoriale n.78), sia mantenendo il proprio status/ruolo e la propria professionalità, sia modulando le richieste rispetto all'evoluzione del percorso di cura.

Sebbene la sintomatologia psicopatologica contenga sempre elementi conflittuali pro-

fondi, con caratteristiche pseudo-protettive (le **difese**), l'**Analisi psicoterapeutica (o Revisione) dello Stile di vita** va letta come un **meeting**, con **Atteggiamento di richiesta di aiuto**; si realizza anche nel **masking** e nel **matching**, in cui lo **Stile dello psicoterapeuta** si propone preliminarmente con un **Atteggiamento di Apertura** e di **Accoglimento**.

Lo **Stile del Terapeuta** deve essere in grado di offrire al proprio paziente, in un **setting** adeguato, una serie di **elementi di base**, quali un'Alleanza Terapeutica, un autentico desiderio di comprensione, una disponibilità emotiva, un coinvolgimento empatico ed una *Strategia di incoraggiamento* [5, 17, 25, 50]: tutto ciò viene riconosciuto dal paziente come una funzione protettiva compensatoria di fronte alle proprie richieste. Lo *Stile del Terapeuta* deve poter interagire in modo di operare, attraverso un *meeting-masking-matching* [92] con lo *Stile di Atteggiamento ed anche del Contro-Atteggiamento del Paziente (A.P.)*, nella misura in cui esso sia problematico, costruttivo e compensatorio.

4) Da un punto di vista operativo, almeno nelle **fasi iniziali** l'utilizzo dell'**Atteggiamento di Apertura del Terapeuta (A.T./C.A.P.) (meeting)** di fronte alla sofferenza dell'Altro, si intreccia a quello di una *Terapia supportiva* piuttosto che a quello di una *Terapia intensiva*, volta a smascherare le finzioni (*masking*), gli autoinganni ed ad interpretare le resistenze ed il transfert [20, 29, 46, 78].

Le posizioni vanno modulate sia dal tipo di psicopatologia sia rispetto alle fasi del percorso terapeutico, sia dal contesto del *matching* (confrontazione, chiarificazione, condivisione).

Tali posizioni fanno capo a *due presupposti*:

- *in primo luogo*, il paziente necessita temporaneamente di conservare un mascheramento dei suoi deficit (*masking*) ed anche di mantenere le proprie difese (giacché il disvelamento potrebbe portare ad una destabilizzazione);
- *in secondo luogo*, il terapeuta conoscendo le problematiche psicopatologiche del suo cliente, dovrebbe sapere quando e sino a che punto può utilizzare, nel *masking* e nel *matching*, i **fattori comuni** e quelli **specifici** [34, 89, 91, 109, 139, 140] (Par. III, B, C).

Questo **Atteggiamento di ricerca** va collaudato attraverso:

- Costanti *verifiche introspettive, relazionali situazionali e culturali* [26, 99, 137, 150].
- *Consapevolezza del gioco gestaltico*, frutto di una interazione duale, consapevole e condivisa. Lo Stile Psicoterapeutico Appropriato, va ricercato anche nella direzione degli Orientamenti di Valori [2, 3, 4, 12, 16, 115].
- **Coinvolgimento empatico** attraverso **processi identificatori**, tanto più autentici in quanto suscitati da uno Stile Terapeutico cooperativo e riparativo [24, 31].

5) Da tali posizioni scaturisce una corretta **presa di distanza** da *pregiudizi teorici* [84, 85] che non bandisce le radici culturali, ma sostiene una comunicazione di un non *confuso eclettismo* [107]. Il modello teorico/pratico, tanto più sarà empatico quanto più proficua

sarà la comprensione del paziente. Anche la *componente culturale* deve essere tenuta presente attraverso il **metacontrotransfert culturale** che conferisce allo Stile del Terapeuta la possibilità di immergersi nel *mondo interno valoriale* del Paziente [99, 101].

g. Se vi è una **matrice comune** dell'assetto mentale ed emotivo di cui lo Stile Terapeutico si avvale per comunicare collo Stile del Paziente, è altrettanto importante ribadire che i modelli teorico/pratici pongono delle **differenze nella finalità e nei metodi** [25, 50, 66, 67, 71, 118, 145, 146, 161]. La *Psicoterapia Individuale* come si è detto deve definire i propri assunti, includendo i *collegamenti alle teorie della Gestalt e del Campo*, ai filoni *Esistenzialistici ed Interpersonali* [59,115,116].

Si può aggiungere che questi discernimenti non impediscono che elementi dell'area psicoanalitica o psicoterapeutica adleriana non trovino delle basi comuni teorico-applicative [21, 22, 62, 63, 161].

Se il Paradigma Psicoanalitico classico, ha influenzato forme di psicoterapia che si differenziano dal modello freudiano, è pur vero che l'asse portante del discorso psicoterapeutico adleriano tende ad analizzare in una forma peculiare il **transfert** e le **resistenze** grazie ai **fattori specifici** [21, 22, 161] (Par. III, D; IV, B). Tuttavia un percorso di evoluzione si deve orientare verso l'utilizzo dei **fattori comuni** costitutivi dello Stile Terapeutico; i quali afferiscono al *meeting, masking, matching* (Editoriale n.78).

### ***C) Sviluppo dei concetti di Transfert, di Controtransfert e di Resistenza***

1) a. Le concezioni di **Transfert/Controtransfert, Resistenza**, hanno subito numerose variazioni rispetto a quelle freudiane classiche, che consideravano il *Transfert* un processo psichico che emergeva nel paziente nel corso trattamento, ed era traslato sull'analista. Questa nozione era strettamente legata all'ipotesi secondo cui la funzione terapeutica dell'analisi fosse quella di recuperare i vissuti rimossi [62, 63, 64, 66, 80]. Attualmente le **concezioni principali** [89] per definire il *transfert* sono:

- tutti i sentimenti del paziente verso l'analista;
- solo i sentimenti che si esprimono attraverso la sua nevrosi;
- solo i sentimenti che hanno origine infantile.

b. Molti studiosi sostengono che il transfert sia il processo per cui il paziente, spostando sul terapeuta i sentimenti ed i vissuti che derivano da precedenti figure, entra in rapporto con il suo analista "**come se**" questi fosse un "oggetto" antecedente: in modo tale che egli proietta su di lui le proprie relazioni oggettuali attribuendogli il significato di un altro precedente soggetto.

c. Altri invece ritengono che sia più accettabile definire il **transfert come la globalità della relazione che il paziente vive nei confronti del terapeuta**. In questo modo nell'evoluzione concettuale di tale dinamica si modulerebbe il termine confusivo di **transfert negativo o positivo**.

Questa nozione implicitamente riterrebbe pure, che l'**Agente Mutativo** nell'intera-

zione col paziente, sia il terapeuta come individuo, evitando altresì di cadere nella trappola del **masking** di considerare il transfert esclusivamente un “**come se**”, ovvero sia una “**finzione**” e/o un **mascheramento** totale [89, 154].

Infatti, se il **paziente** prova sentimenti che possono riguardare situazioni del passato, non dobbiamo ritenere che l’**analista** sia costretto a “**far finta**” di trovarsi di fronte solo a derivati o sostituti di sentimenti e non a sentimenti veri e propri. Quindi considerare il **transfert come l’insieme dei vissuti del paziente**, sapendo che tra questi, molti sono legati non alla persona dell’analista ma a figure od a esperienze del passato, permette di avere una visione più completa del **processo analitico**: giacché questa include, oltre ai precedenti vissuti, anche la **relazione reale**, aprendo una nuova configurazione teorico-pratica verso la cognizione di **Atteggiamenti e Contro-Atteggiamenti (A./C.A.)** nel **Patient-Therapist Matching** (Editoriale n. 78; Par. IV, E).

d. In questo modo potremo riconsiderare le **tre modalità di transfert**:

- il paziente fa un uso massiccio di proiezioni o di identificazioni proiettive;
- il paziente proietta sul terapeuta una serie di rapporti non superati o mal superati del suo passato;
- il paziente vive il terapeuta come individuo diverso ed altro da Sé, anche se interessato e coinvolto nella terapia: ed è qui appunto che si può utilizzare la concezione di **Meeting, Masking e Matching** nell’A/CT.

2) Il problema del **Transfert** apre al tema del **Controtransfert**: termine che nell’immediato, appare come risposta del terapeuta alle situazioni transferali del paziente. Mentre è più esatto considerare il controtransfert (come si è concettualizzato per il transfert) **non solo come una reazione semplice del terapeuta al transfert del paziente ma come una relazione più ampia** [15, 98], facente parte dello Stile Terapeutico.

Il Controtransfert inteso in modo esteso, permette di proseguire nella ricerca della nozione dinamica globale del **Patient-Therapist Matching e quindi nel “gioco gestaltico” degli Atteggiamenti e dei Contro-Atteggiamenti (A./C.A.)**.

3) Il Transfert ed il Controtransfert, qualora siano inseriti nell’A./C.A. (Par. IV, E.), segnano la modalità di una **relazione interindividuale**: non solo per gli enigmi ed i mascheramenti che tale relazione comporta (**masking**) ma perché nel **matching**, diviene una regola generale del **movimento verso una meta** [12, 14, 120, 126].

Si conviene altresì che ogni paziente **resista** a cambiare il suo Stile di Vita e i suoi modi di operare, in quanto li ha costruiti perché gli sembravano le migliori **compensazioni** con cui avrebbe potuto sperare di far fronte alla vita [86, 111, 112], evitando la rovina **del suo prestigio o dell’immagine di Sé**, prospettiva questa alimentata dal **sottosistema dell’autostima** [142, 143].

A seconda di come interpreta o fraintende l’aspetto, la voce, gli Atteggiamenti dell’Analista, il **paziente** reagirà sia direttamente, ma anche sulla base della sua esperienza passata. Il Paziente col proprio Stile di Vita rivela spesso una difettosa immagine di Sé ed un’erronea visione dei rapporti col mondo. Egli si percepisce talora o sopra o sotto gli

Altri, vede i rapporti come ineguali, inadeguati e competitivi [143].

Quando questi incontra il Terapeuta (*meeting*), la sua **Apertura iniziale** (Atteggiamento del Paziente) è in rapporto sia al proprio **disturbo psicopatologico** sia alla **relazione reale**. Egli “sentendo” [31] l’**Atteggiamento di Apertura del terapeuta** sarà disponibile per costituire un’**Alleanza nel matching terapeutico** (Editoriale N. 78) [134].

4) a. Distinguendosi dal **Transfert** e **Controtransfert**: la **Resistenza** è considerata un concetto operativo. Per essa si intende l’insieme di quelle forze e di quei dinamismi, prevalentemente inconsci che, non solo inducono il **paziente** “ad assumere un atteggiamento contrario (e talora oppositivo) verso la cura” [22], ma che difendono le nevrosi e lo “status quo” [75, 76], a prescindere dai desideri di cambiamento. La resistenza è una variante, nella situazione terapeutica, del più ampio fenomeno delle **finzioni (masking)**. È un insieme costituito all’origine da forze positive, dirette al mantenimento di se stessi e dell’esistenza, cioè da quella che Adler chiama **la tendenza all’orientamento ed alla rassicurazione** [6, 7, 9]. Questi fenomeni nell’individuo con Disturbi Psicopatologici, possono imboccare strade disperate, irrigidite, ipercompensatorie: strade che lo riconducono sempre in un vicolo cieco, di inadeguatezza o di vergogna o da cui egli cerca di sfuggire con enorme dispendio energetico” [148]. Si sottolinea qui come il **Finzionalismo Pragmatico di Vahinger** (Als Ob) [153] sostenga epistemologicamente questo argomento [29, 55, 104, 132, 154].

b. Come il transfert, le difese in generale e le resistenze (**masking**) sono sia in **funzione relazionale** sia in **funzione intrapsichica**: rinviano a ciò da cui cerca di proteggersi il paziente nel suo immaginario luogo di rassicurazione fittizio. In conseguenza della loro **sovradeterminazione**, tutti gli aspetti della vita psichica possono sia essere al servizio di una tendenza rassicurante ipercompensatoria sia essere considerati sotto l’aspetto della resistenza e sotto quello del transfert. Nelle **Resistenze**, come anche nelle **Controresistenze**, (espressione interattive da parte del terapeuta), vengono nuovamente **messi in scena** vecchi atteggiamenti di difesa e di rassicurazione [88], i quali dovrebbero essere analizzati e correttamente contenuti (dal Terapeuta) e smascherati, onde proseguire il percorso Psicoterapeutico [56, 95, 132].

#### ***D) L’intreccio fra “Relazione Reale” e “Relazione Terapeutica”***

1) a. La svolta sull’utilizzo del Controtransfert nel dibattito sulla **Neutralità del Terapeuta** ha fatto riemergere la **questione della relazione reale**, quale elemento costitutivo dello Stile Terapeutico e delle influenze esercitate sia dall’**interculturalismo**, dal **meta-costruzionismo sociale**, dall’**esistenzialismo**, dalla **fenomenologia**, dalla **filosofia della mente e delle neuroscienze**. Studiosi di matrici diverse si sono posti una serie di problemi teorico-pratici circa le dinamiche Transferali/Controtransferali [26, 78, 79, 80, 83, 86, 88, 90, 97, 99, 108, 117, 136, 137, 144, 146, 147, 150, 151, 154, 155, 157, 158]: soprattutto circa l’inserimento di queste dinamiche nella più completa **nozione** concernente gli **Atteggiamenti** ed i **Controatteggiamenti** (Par. IV,

E): essa offre infatti una nuova apertura nel discutere la questione dei *Confini della Psicoterapia* e di alcune *precondizioni istituzionali e personali* [64, 104, 129].

b. Anche la questione del significato e dello **status/ruolo dello Stile del Terapeuta**, ha preso una nuova direzione circa il problema dell'uso dell'*enactment* e della *disclosure*. La distinzione tra **la tecnica sull'incontro "reale" e quella focalizzata sul "rappresentato"**, oltre la questione della **neutralità** offre la possibilità di modulare approfonditamente sia il *meeting*, sia il *masking* e soprattutto il *matching* tra Terapeuta e paziente [80, 69, 133] (Editoriale N. 78; Par. IV, A; IV, E).

c. Le attuali concezioni dell'**Atteggiamento** e del **Controatteggiamento (A/ C.A.)** è quella di un insieme di matrici collegate ad un'azione combinata, nella quale lo Stile dello Psicoterapeuta è chiamato a completare aspetti del mondo oggettuale e dello "stato del Sé" degli analizzandi, giacché gran parte del processo terapeutico è sottoposto all'adleriana **legge del movimento** e il transfert e il controtransfert sono affrontati gestalticamente con modulazioni diverse nel **Patient- Therapist Matching** (Editoriale n. 78).

2) Nella letteratura dell'area psicodinamica, il dibattito circa la partecipazione del **terapeuta nella relazione reale con il paziente è ancora aperto**.

V'è la considerazione critica che spostare tutta l'attenzione sulle componenti interindividuali della relazione terapeutica possa inquinare l'assetto del trattamento [108], se non addirittura portare ad una malpratica [129]. La questione della **relazione reale** tra terapeuta e paziente (basti pensare ai colloqui di Adler nello storico *Caffè Central*) è stata affrontata in maniera approfondita e strutturata da molti studiosi [57, 73, 74, 75, 76, 77, 109, 134, 136, 157, 158]. Questi hanno proposto, accanto al **binomio transfert-alleanza di lavoro**, l'introduzione di un **terzo elemento**, vale a dire la **relazione reale** che si crea nella coppia analista/analizzato.

Vengono attribuiti al termine reale *due differenti significati*:

- di orientamento realistico: ovvero di realtà interindividuale effettiva in contrapposizione ai termini *transfert/controtransfert* che indicano un rapporto di traslazione (*Übertragung*);

- di significato genuino giacché il termine *reale* può anche essere autentico e vero: in contrapposizione a non spontaneo, artificioso, forzato, quasi artefatto.

Questa **terza entità** sarebbe quindi caratterizzata dagli elementi di una **presenza reale** (storificata) e di un'umanità empatica autentica [108, 145] che può rientrare in un'alleanza di lavoro.

- **Come la relazione transferale avrebbe a che fare con elementi di realtà, così la relazione reale risentirebbe inevitabilmente dell'influenza di elementi transferali.** Sicché gli errori tecnici commessi dall'analista durante il trattamento potrebbero essere recuperati se la relazione reale tra i protagonisti del "**matching**" si fondasse

su elementi quali: genuino rispetto e comprensione reciproca. Ci sarebbe infatti il rischio che l'analista possa fungere da “**apparato interpretante, ma con un interesse finzionale**” per il paziente, invece che come essere umano; tutto ciò aumenterebbe le resistenze del paziente e aumenterebbe il “mascheramento” [29, 95, 104, 154].

Inoltre, il costituirsi di una **relazione interindividuale** (entro il contesto deontologico) faciliterebbe il processo di cambiamento psicoterapeutico, dal momento che l'immagine che il paziente si costruisce dello Stile dello Psicoterapeuta, attraverso gli elementi ricavati dalla componente reale della relazione, favorirebbe l'emergere di contenuti transferali [108].

La componente che si dischiuderebbe tra analista e paziente non può essere gestita attraverso apparati unicamente tecnici (il **fare come**): se così fosse si perderebbe la peculiarità intrinseca, fondata su contributi di spontaneità e genuinità (il **come fare**), divenendo una finzione rinforzata [104, 132].

La **relazione reale** potrebbe essere considerata come un'**interazione individuale**, caratterizzata dal modo in cui l'analista utilizza il suo **Stile di Vita in modo terapeutico** e le sue **qualità empatiche umane**, per interagire col suo paziente.

- La questione della relazione reale in psicoterapia si pone in tutti i casi, ma in particolare modo con pazienti “difficili” in Psichiatria di Collegamento e con disturbi D.C.A., di tipo narcisistico, borderline e psicotici, ecc. [18, 27, 87, 88, 139] nonché e nelle analisi interculturali [26, 137] ed in tutte le situazioni che richiedono un **atteggiamento non anonimo**, bensì focalizzato su una psicoterapia appropriata [154, 155].

3) Nella dinamiche **Atteggiamenti/Controatteggiamenti (A./C.A.)**, la terapia consiste in una **presenza reale** tra analista e paziente, utilizzando il **modello di rete pragmatica** [120, 126, 128], che non esclude né le influenze del **transfert/controtransfert**, né quelle della **resistenza** e delle **finzioni** [45, 57, 108, 117].

L'analista può attuare uno Stile Terapeutico (che si radica nel suo Stile di Vita) e può perciò creare quell'atmosfera empatica per un'analisi efficace [46].

La relazione diventa “reale” quando analista e paziente, mantenendo le regole del setting e dell'Alleanza Terapeutica, si rapportino l'un l'altro autenticamente come esseri umani [69, 146].

- Anche il Gruppo di Studio sul Processo del Cambiamento di Boston [35, 36, 37] affronta il tema della **relazione reale** in rapporto ai meccanismi del cambiamento in analisi (sistemi dinamici, relazione madre-bambino). Sembrerebbe che i “*momenti di incontro*” (componente relazionale implicita) apportino mutamenti anche verso una sintonizzazione reciproca.

4) È utile qui cogliere le riflessioni sulle **psicoterapie psicodinamiche tradizionali** [134, 135, 136]; nelle quali i **momenti di incontro** sarebbero rari. Se infatti la tecnica (il *fare come*) favorisse l'emergere di momenti carichi affettivamente attraverso un uso più flessibile delle regole dell'astinenza, della neutralità e dell'anonimato, il terapeuta

adotterebbe un modo di porsi più spontaneo. Una psicoterapia che, pur rimanendo nell'alveo del metodo psicodinamico, fosse anche capace di favorire l'emergere di emozioni profonde, esprimerebbe attraverso le dinamiche dell'Atteggiamento/Contro-Atteggiamento un "fare come" più appropriato (Par. VI).

Il significato psicodinamico in questa direzione assumerebbe una coloritura particolare: non tanto per mezzo della tradizionale interpretazione, ma attraverso l'esperienza emozionale fatta nel "qui ed ora" della seduta: questa nel *matching* potrebbe acquistare per il paziente, ma anche per il terapeuta, un significato ancora più profondo [34].

5) Mentre l'**approccio dinamico-esperienziale** ritiene utile e possibile la traduzione della consapevolezza implicita in una vera e propria *presa di coscienza* di quanto sta accadendo all'interno della relazione, la **Psicologia Individuale** tende a mantenere un equilibrio dinamico e clinico tra il "fare come" ed il "come fare".

• Lo **Stile Terapeutico Adleriano, nell'affrontare il Sistema Finzionale** [16, 22, 29, 51, 52, 55, 104, 132, 148] incoraggia a non farsi imbrigliare dalla tecnica e ad essere spontanei e genuini: ciò aiuta il paziente a vivere il Terapeuta come un individuo reale, capace di coinvolgersi e nello stesso tempo di tenere una "distanza" appropriata per non favorire le *dipendenze regressive* o le *resistenze funzionali* (**masking**)

I **microagiti** (*enactment*) e gli **autodisvelamenti** (*disclosure*) del terapeuta devono essere quindi modulati sulle qualità dell'Atteggiamento/Contro-Atteggiamento del Paziente. Uno stato di coinvolgimento empatico è un elemento che favorisce l'instaurarsi di *elementi reali* nel **matching** i quali tendono ad emergere accanto agli *elementi transferali*.

• L'**A./C.A.** include reciprocamente i **due movimenti**. Da *un lato* il terapeuta facilita nuove esplorazioni, e quindi la progressione del lavoro terapeutico; dall'*altro* un terreno fertilizzato che consente al paziente, nella relazione con il terapeuta, di essere incoraggiato alle esperienze di **smascheramento delle finzioni** (A./C.A.) [29, 51, 132, 154]. *Dinamiche transferali e relazione reale* sono fortemente intrecciate l'una con l'altra nel **Patient Therapist Matching**, e la presenza di una buona tecnica (il *fare come*), accompagnata dal Sé creativo (il *come fare*) caratterizzano uno **Stile Terapeutico Appropriato**.

6) L'incontro tra Paziente e Terapeuta è un'evidenza che scaturisce dall'importanza conferita alla Relazione reale ed al riconoscimento che lo Psicoterapeuta è un **Agente mutativo** [136] (Par. IV, F).

a. La maggior parte dei pazienti ha la sensazione che il tempo che si trascorre insieme nei colloqui in terapia, abbia un senso per entrambi; e che quindi la dinamica dell'Alleanza Terapeutica sia tra il **meeting** ed il **matching** [92]. Peraltro in questo **gioco gestaltico**, come più volte sottolineato, si inserisce un terzo elemento utile: il **masking** cioè lo **smascheramento delle Finzioni** [104, 132].

b. Lo **Stile del terapeuta** ha un decorso pluridirezionale: ciò vuol dire che egli vive, nella sua intima presenza, la differenza tra le esigenze del **rapporto con l'Altro** (per risolvere il suo disturbo e lenire le sue sofferenze) e, non meno esigente ma “sub contrario”, un **rapporto con Sé stesso** [92, 136].

c. Al *positivo* il terapeuta fra **meeting, masking e matching**, fra **cooperazione e condivisione** deve pensare, riconoscere, sentire, partecipare, interpretare, smascherare. Al *negativo* il Suo Atteggiamento può anche variare (come riserbo, attesa nelle interpretazioni) considerando lo Stile del Paziente.

C'è un problema nel fatto che si deve effettuare un discernimento tra l'esigenza del terapeuta di essere utile all'Altro e l'auspicabile meta del paziente di “guarire”.

Ma si devono trattare soltanto i pazienti che hanno “rosee” aspettative? Quanto contano per il terapeuta il successo e il controllo di una situazione? Possono sorgere delle angosce per l'autostima del terapeuta (sino al “dolore” [93] o alle “collusioni” [125]), se il paziente si arena, o prende una strada diversa o sistematicamente disprezza la terapia e il terapeuta): ciò può produrre un **reciproco masking che può portare ad una collusione iatrogena** [125] (Par. III, E) .

Pensando ai problemi del paziente ed alle tecniche di trattamento, ma alla mediazione della persona in terapia: bisogna comunque aderire rigorosamente alle regole del Setting e rispettare l'Alleanza Terapeutica [134].

d. Quando il **gioco terapeutico** si mette in movimento, il **matching** prevale sul **meeting** ed emergono nell'incontro reale le **modalità gestaltiche** che evidenziano le dinamiche degli **Atteggiamenti** e dei **Contro-Atteggiamenti (A./C.A.)**. La capacità di un terapeuta è allora quella di trattare problemi e soprattutto di interagire con il cliente in modo appropriato.

Può capitare che un **paziente** si comporti nei confronti di un terapeuta in modo aggressivo e manipolatorio, mentre un altro soggetto abbia tutt'altro Atteggiamento. A questo proposito rivestono una notevole importanza le aspettative consce e inconscie di entrambi. Mentre il **paziente** ha un **(Pre-)Atteggiamento di richiesta o di aiuto** per la sua sofferenza, il terapeuta dovrebbe avere un **(Pre-)Atteggiamento di Apertura verso il paziente**, condizionato in parte dal proprio Stile Terapeutico [92] (Par. III). Come si può notare in entrambi i partner la **gestalt dell'incontro**, già in questione, pone il tema del reciproco Atteggiamento/Contro-Atteggiamento (A./C.A.: C.A./A.)

e. Queste dinamiche sono rilevanti nella misura in cui possono avere effetti positivi o negativi sul percorso terapeutico. Da **parte del terapeuta** non si tratta solo di “residui conflittuali irrisolti” che, nonostante le analisi personali e didattiche, possono persistere: ma anche di **modelli terapeutici** a cui ci si riferisce. Ad esempio, nel **paradosso della spontaneità o del “double blind”** [120, 121], si incoraggia il **paziente** ad esprimersi senza resistenze o difese: se egli effettivamente lo fa, può viverlo nel senso che nel **matching** si sopporti il suo eventuale attacco e che non si indietreggi di fronte a rischi della rottura dell'Alleanza terapeutica [134]. In questi casi, il paziente

mettendo in atto un sistema finzionale cioè di **masking** [104, 132], si sente ancora più impotente ed il terapeuta può rafforzare la sua posizione di superiorità (peraltro terapeuticamente fittizia).

Inoltre, qualora la disponibilità e l'interesse professionale del terapeuta sono concentrati sul comportamento patologico del paziente, può accadere che questi assuma una specie di *funzione di co-terapeuta*, ma che viene generalmente intesa come "resistenza" contro l'elaborazione dei suoi problemi.

La pratica clinica richiede al **terapeuta** non solo di fornire presenza, ascolto, incoraggiamento, coinvolgimento empatico al cliente, ma anche di affinare la **percezione analitica** appropriata per aiutare il paziente in quel dato momento, senza cedere alla tendenza di fornire una presenza di anonima professionalità [155, 159].

f. Nelle reciproche dinamiche dell'**Atteggiamento** e del **Contro-Atteggiamento** come dimensione gestaltica (vedi Par. II, C, D) il *matching* terapeutico può assumere o uno **stile burocratico** o uno stile di **gioco dei ruoli** che non rientra nella strategia terapeutica. Le Percezioni analitiche che possono provocare delle resistenze negative negli **Atteggiamenti/Contro-Atteggiamenti** dei Pazienti, possono altresì essere di notevole utilità se i terapeuti conoscono sia gli Altri che i propri **Contro-Atteggiamenti/Atteggiamenti**.

g. Nel momento in cui, le **situazioni reali siano ritenuti come agenti mutativi** [578, 136], le stesse devono essere utilizzate includendo movimenti psicologici, più profondi come le dinamiche transferali/controtransferali [64, 74, 78, 80, 81, 86, 98, 99, 115, 152, 160].

Le **finalità terapeutiche** devono essere inserite nell'*Alleanza Terapeutica*.

Se è importante non lasciarsi manipolare dal paziente è ancora più importante non stabilire un certo tipo di **A./C.A.** che si trasforma in desiderio di controllo e di superiorità. Infatti nel *matching* terapeutico, il **terapeuta "impara"** anche dall'*A./C.A.* del suo paziente. Ed è anche per questo che, nei colloqui, il terapeuta si pone in posizione gestaltica nei confronti del paziente. Si può definire il **matching** in modo analogo alla **rappresentazione** dell'"essere ciò che si è e non ciò che si vorrebbe essere", o quello dell'"essere come idealmente si desidera o il paziente immagina e non come si è in realtà" (anche per non cadere in una **collusione di coppia non terapeutica**) (Par. III, E).

### ***E) Atteggiamenti e Contro-Atteggiamenti***

1) Una psicoterapia strutturata Adleriana è un rapporto in cui **due individui** stabiliscono una **cooperazione** per un compito comune: seppure in **posizione asimmetrica** rispetto allo status/ruolo professionale. Il terapeuta, durante il corso dell'analisi, deve considerare il paziente con pari dignità, con autentica collaborazione e coinvolgimento empatico (Par. III).

È utile instaurare già all'inizio dell'*Alleanza Terapeutica* [134] un **Atteggiamento di apertura** e di **incontro (meeting)** [86] tra lo psicoterapeuta e il paziente.

Da parte dell'Analista uno Stile terapeutico appropriato di forte impatto, si determina

quando un sintomo o la struttura patologica del paziente si collega in seduta ai comportamenti (od ai loro precursori) [57, 58, 59, 85, 86, 87, 88, 126, 128].

Lo Stile di Vita dell'Analista e i suoi modi di "avere un rapporto" col Paziente non devono essere inadeguati di fronte ad atteggiamenti di transfert positivo/negativo verso i quali l'Analista deve mettere il paziente a confronto con un *rapporto reale*.

Ciò permette che emergano anche gli **Atteggiamenti/Contro-Atteggiamenti** del Paziente, le mete, l'immagine di sé, il sentimento sociale presente ed i problemi da cui il paziente si sente angosciato.

2) Una **definizione di Atteggimento** (A.), come noto, è un termine ampiamente usato nella **filosofia**, nella **sociologia** e nella **psicologia** [3, 4, 18, 23, 24, 84, 85, 97, 149] per indicare in generale l'orientamento selettivo e attivo dell'individuo nei confronti di una situazione o di un problema qualsiasi.

a. L'**Atteggimento** è sinonimo di "abito" e di "disposizione"; in particolare la parola può designare una sorta di **predisposizione** [85, 86]. L'Atteggimento è afferrato nel suo significato pratico e anticipatorio, come un indizio di ciò che può essere una differenziazione dal **Contro-Atteggimento dinamico di reazione (C.A.)**.

Nel significato di **disposizione** usato da Jaspers [85, 86] nella *Psicologia delle visioni del mondo* (1925) gli Atteggiamenti sarebbero **disposizioni generali**, ovvero, direzioni dell'individuo che gli consentono di effettuare **scelte di valore**, nei confronti di una situazione determinata [3, 4]. Alla stessa stregua, in ribaltamento gestaltico, si possono situare i **Contro-Atteggiamenti** (Par. IV, C).

b. Circa i **caratteri dell'atteggimento** (Par. IV, F) la P.I. **esclude** ogni ipotesi deterministica sulla condotta dell'uomo: l'atteggimento reca sempre, in qualche misura, le tracce della scelta individuale, quindi del **sentimento della possibilità di libertà** dell'individuo. Nello stesso tempo esso **include** uniformità, ripetibilità e prevedibilità. In altri termini, una *spiegazione causale* dell'Atteggimento è impropria, se per "spiegazione causale" si intende la riduzione integrale di un fenomeno ai fattori che lo determinano necessariamente. L'Atteggimento può essere compreso nella sua totalità e descritto nei suoi elementi, ma non spiegato con stretta causalità.

c. L'**analisi dell'Atteggimento** ha come compito quello di intendere la possibilità dell'atteggimento nei suoi *modi* specifici, dei suoi limiti e determinazioni, che valgono come sue condizioni. La ricerca di tali condizioni è il compito **dell'analisi degli Atteggiamenti**: questa è quindi diversa dall'indagine causale di fattori o di forze determinanti.

d. Le **condizioni dell'Atteggimento** possono configurarsi anche come **Progetto**: questo concerne un **modo d'essere determinato dell'individuo di fronte a una situazione determinata**, cioè a un particolare problema. Nel nostro caso è un percorso psicoterapeutico rispetto all'A./C.A. del Paziente di fronte al proprio disturbo psicopatologico e volto al "*Senso della Vita*" [12].

3) a. La **Rete degli Atteggiamenti (A.) e dei Contro-Atteggiamenti (C.A.) nel matching** sono tra le dinamiche più interessanti che regolano lo Stile Terapeutico.

- L'**Atteggiamento** è definibile come disposizione di *scelte* che si realizzano anche di fronte a un certo tipo di situazioni psicopatologiche e pure nell'*interazione terapeutica*. Sicché l'A. è anche una prospettiva di comportamenti che consente di effettuare scelte lungo una linea direttrice (*legge di movimento adleriana*) nei confronti di un contesto determinato.

- Il **Contro-Atteggiamento**, nell'ambito di una Relazione Terapeutica è una **nozione** [29, 56, 120] *non identica a quella di controtransfert*, sebbene possa comprenderlo (nel senso di contenerlo, di includerlo). È una "tendenza" **versus e non contro** l'Atteggiamento del paziente. Nello Stile Terapeutico il **C.A.** non è un movimento di contrapposizione ma di *matching*, di bilanciamento, di riscontro/verifica e talora di un **Atteggiamento Anticipatore** di una *risposta bilanciata* o di tipo compensatorio di fronte all'A. del paziente.

La definizione fornita da Fassino [56], afferma: "Il **Contro-Atteggiamento** è una risultante operativa sia del terapeuta sia del paziente (frutto dell'elaborazione interna del transfert/CT del paziente, nonché del transfert e del controtransfert dell'analista) che viene talora esplicitato con la trasmissione verbale e non verbale del proprio stato emotivo" [29, 60, 86].

- Nel caso di un "percorso psicoterapeutico" in uno schema relazionale, le nozioni dell'A./C.A. come tali possono riferirsi tanto al *Paziente quanto al Terapeuta* [29, 60, 86].

- Gli **A./C.A.** devono porre attenzione all'interpretare i significati dei singoli elementi, preferendo una descrizione dell'insieme nella sua forma complessiva (la "**gestalt**", appunto). Il significato che emerge risulta essere più preciso e profondo della semplice somma delle analisi delle singole parti delle dinamiche A./C.A. Questo, in sintesi, è ciò che correla la **Terapia della Gestalt**, la **Teoria del Campo**, le **Correnti esistenziali** alla **Psicologia Individuale** [132].

b. Nel **Campo di gioco terapeutico** è utile valutare un completamento della nozione, giacché come vi è un **Atteggiamento del Terapeuta** (iniziale e di accoglimento empatico), vi è un **Controatteggiamento del Paziente** che è la risultante operativa analogica e gestalticamente interindividuale, dell'elaborazione degli Atteggiamenti del Terapeuta.

c. Il Paziente ha bisogno di **sperimentare il matching** per costruire i suoi significati: la terapia consiste nell'analisi della struttura interna **dell'esperienza reale** data dalla presenza del terapeuta e di Sé Stesso - "...operando in questa direzione è possibile ricostruire i rapporti dinamici tra **figura e sfondo**" (tra A./C.A.): esse costituiscono **la rete** dell'esperienza terapeutica" [143].

d. La **relazione terapeutica** [101] (**meeting**) rappresenta il laboratorio di ricerca in cui un **paziente** può scoprire, osservare e integrare alcuni aspetti delle sue problematiche e dei suoi **masking**, sulla base del **matching** giocato con il **terapeuta**.

- I **Ribaltamenti Gestaltici** tra il Terapeuta ed il Paziente possono essere una apertura per successive situazioni che si presentano come “figure che emergono da uno sfondo”: lo stesso **processo** è costituito da **Gestalt Progressiva**.
- Il percorso terapeutico viene dato dalle radici dell’unità della personalità e soprattutto dagli stati emotivi di fondo sia del Terapeuta che del Paziente. Questa concezione non porta né al **Riduzionismo deterministico** né all’**Antiriduzionismo** [136], né tantomeno a soluzioni confusive. Essa permette anzi di sceverare lo Status/Ruolo rispettivamente: dello Stile del Paziente da quello del Terapeuta riassegnando in modo dinamico non solo le competenze e le richieste reciproche ma definendo pure la qualità degli agenti mutativi. È così possibile determinare le componenti degli **A.** e **C.A.** *Come se* attraverso una **linea direttrice** fornita dallo Stile del Terapeuta e dallo Stile del Paziente si ponessero in interazione a rete pragmatica i vari stadi del A/C.A. al fine di trovare una **analisi tematica configurazionale** [91].
- In tal modo lo **Stile Terapeutico** è amplificato attraverso le dinamiche degli A./C.A. da parte dell’Analista nei confronti del Paziente.

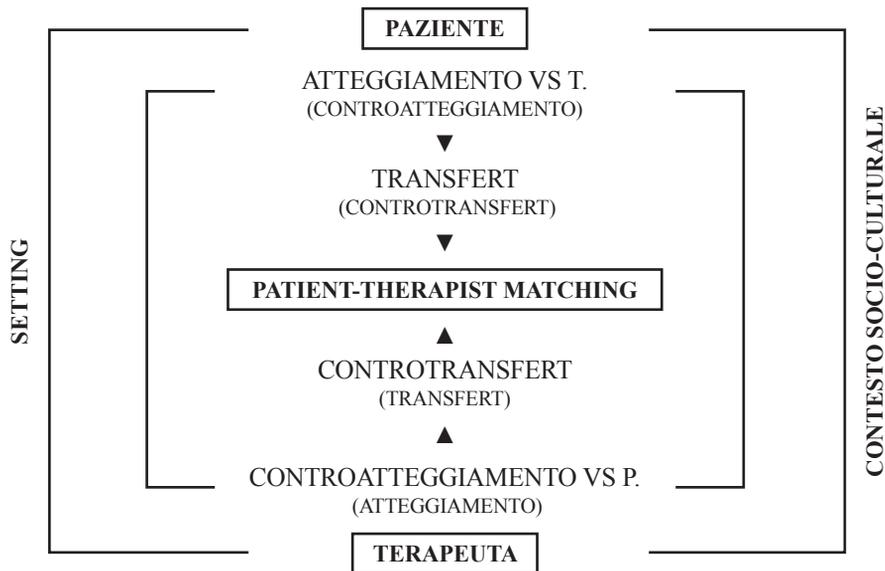
Il che significa:

- *in primo luogo* avere un Atteggiamento di Apertura accogliente ed empatico;
- *in secondo luogo*, valutare ed elaborare l’Atteggiamento di Richiesta del paziente;
- *in terzo luogo* promuovere la “legge del movimento” attraverso una Revisione dello Stile di Vita del paziente [131, 132, 133].

Nel **Campo relazionale** [91], gli Atteggiamenti ed i Contro-Atteggiamenti si giocano secondo il *modus operandi* [43] del trattamento.

La Figura n. 3 può fornire uno schema indicativo al riguardo.

**FIGURA N. 3 LE INTERAZIONI DINAMICHE DEGLI A. E DEI C.A.**



4) **L'Atteggiamento del Paziente di fronte al proprio disturbo psicopatologico ed il Contro-Atteggiamento del terapeuta.** [84, 85] pone in luce, come si è detto, che il paziente prende un *atteggiamento di fronte alla sua malattia*. Il disturbo psichico appare diverso all'osservazione del Terapeuta (Controatteggiamento del T.) nei confronti dell'Autoriflessione del Paziente (A.).

Nel concetto di “**Atteggiamento del paziente**” sono riuniti fattori diversi. L'elemento comune è che entrambi i membri della coppia terapeutica, tentano di *comprendere* come il paziente si comporti di fronte ai suoi disturbi [84, 85].

a. **L'Atteggiamento del Paziente di fronte all'irruzione dell'evento morboso (perplexità, coscienza della modificazione)** è un vissuto in genere comprensibile anche se vengono riferiti *singoli momenti* che richiamano l'attenzione sul *sentimento sinistro di un cambiamento*, principio della sintomatologia. Spesso si tratta del sentimento di una constatazione retrospettiva.

L'Atteggiamento di richiesta può essere un indice della modificazione della Personalità del Paziente: questi provocano un **Contro-Atteggiamento del Terapeuta**, sia a livello diagnostico che terapeutico.

b. Il **giudizio del malato sulle proprie esperienze** (o *Coscienza di malattia*) è l'**Atteggiamento** del paziente il quale esprime un sentimento di alterazione psicologica. Solo quando vengono valutati tutti i singoli sintomi morbosi e si ha una consapevole percezione del disturbo del malato, il **Contro-Atteggiamento** del Terapeuta deve passare da movimenti psicoterapeutici *supportivi a quelli espressivi* (Par. III, D).

c. Da questi punti di vista il **Valore e la razionalità del Contro-Atteggiamento** del T. [34] può essere considerato come una *funzione organizzativa* [143] circa il percorso di cura. Gli **Atteggiamenti (A.)** ed i **Contro-Atteggiamenti (C.A.)** dello psicoterapeuta possono essere distinti in *due movimenti* che concernono il tipo di intervento: l'*Atteggiamiento identificatorio* e l'*Atteggiamiento prescrittivo*.

- Nella evenienza **identificatoria/empatica**, il terapeuta è interessato a cogliere i messaggi chiave, volti a ottenere un accesso alla problematica conflittuale e alla comprensione della specifica strategia difensiva del P.
- Nella evenienza **direttiva** il terapeuta è indotto a effettuare sul paziente delle operazioni prescrittive atte ad effettuare risposte immediate sulla sintomatologia emergente del P.

5) **Gli elementi dinamici degli A./C.A. del Terapeuta e del Paziente** cercano di comprendere non solo come funziona la mente, ma anche quali sono le interazioni dinamiche che mettono in evidenza quanto l'influsso della **mente inconsapevole** abbia un ruolo importante sugli A./C.A., e quindi sullo Stile Terapeutico e sullo Stile del Paziente.

Nell'unità della psiche, gli studi psicologici affrontano in modo *pragmatico* ciò che riguarda non solo le valenze inconse, ma pure le radici etologiche della mimica e dei gesti. In un rapporto di cooperazione empatica tra Stile del Paziente e Stile del Tera-

peuta, l'interazione diventa ancora più complessa, perché oltre alla **Relazione Reale**, si sommano quelli di un'attenta risposta di fronte ad Atteggiamenti dovuti al disagio psichico del paziente.

Le **prime impressioni** del Terapeuta derivano per esempio da elementi riferibili alle caratteristiche somatiche che una volta percepite si ricollegano automaticamente agli *stereotipi interni del terapeuta*.

All'**Atteggimento del T.**, si registrano le reazioni profonde del Paziente, che possono definirsi come **Contro-Atteggimento del P.** che in lui non sono recepite dalle convinzioni consapevoli del Terapeuta. Come in precedenza ricordato, ad esempio, molti dei terapeuti che dicono di avere una posizione positiva verso alcune minoranze o subculture [26, 57, 115, 120, 137, 150] rimangono stupiti quando gli *studiosi di scienze sociali e culturali* rivelano che esistono delle contraddizioni tra la loro pseudo-consapevolezza ed i loro vissuti profondi inconsapevoli.

Dato che in parte il terapeuta non ne è cosciente, questi A./C.A., tendono a confondersi con gli elementi psicopatologici del paziente su cui egli si sta concentrando consapevolmente.

Talora, invece di riconoscere prioritariamente un pregiudizio inespresso, l'Attenzione è assorbita da qualche aspetto o caratteristica della persona che è davanti: questa modifica anche l'Atteggimento del T.

Le percezioni *socio-culturali* si assommano così alle richieste prestazionali, spesso focalizzate su stereotipi e pregiudizi che costituiscono dei Perturbanti sulla Relazione Terapeutica e quindi sugli A./C.A. [25, 68, 78, 118].

- Queste tendenze sono state osservate già nei bambini poco dopo la nascita [116]. Nel citato "**effetto camaleonte**" (Par. IV, A) possiamo trovarci ad assumere inconsciamente la postura e a imitare altri comportamenti fisici della persona con cui ci siamo messi a conversare.

L'*imitazione* promuove un Atteggimento adattativo di *collaborazione interindividuale e socio-culturale* e incoraggia gli Altri a fare lo stesso. L'imitazione alimenta i *sentimenti di empatia* verso gli Altri e diventa un "*collante sociale*".

Peraltro la tendenza all'imitazione può essere un'*arma a doppio taglio*. Alcune recenti ricerche hanno dimostrato che i segnali di ritorno inconsci trasmessi dalla propria espressione facciale, bastano a far dare alle persone un *giudizio di maggiore o minore gradimento* su un oggetto presente nel proprio campo visivo [25].

In una ricerca **esemplificativa** [25], un gruppo di partecipanti, dopo essere stato indotto a ripensare a un episodio per cui si sentivano in colpa, veniva invitato a lavarsi le mani: questo atto sembrava "purificare" anche il "senso di colpa". Tuttavia ogni residua inclinazione ad aiutare il prossimo, spariva nel gruppo che si era lavato le mani, rispetto a chi non lo aveva fatto. Tale fenomeno è stato chiamato "*effetto Lady Macbeth*" [25].

Le **analogie** si applicano anche nel contesto terapeutico degli A/C.A. e tutti capiscono che cosa intendiamo dicendo che un rapporto è “stretto” o che un padre è “distante”.

Le **strutture profonde della nostra mente** possono indurci non solo a fare una particolare scelta, ma anche contribuire a darci la motivazione necessaria a realizzarla.

È noto che le persone, quando hanno modo di **esercitare un potere**, spesso manifestano comportamenti egoistici, mettendo al primo posto la loro **aspirazione alla supremazia**. Se il **potere** ha l'effetto di attivare una **politica di prestigio**, la dinamica dell'Atteggiamento/Contro-Atteggiamento (A./C.A.) di uno **Stile Terapeutico** appropriato, dovrebbe essere orientato senza finzioni al Sentimento Sociale ed al coinvolgimento empatico, piuttosto che incentrarsi sul proprio Sé. Lo **Stile Terapeutico** dovrebbe spingere ad assumere una prospettiva altruistica dando una importanza prioritaria a ciò che gli Altri sentono e pensano.

- Questi rilievi hanno importanza nel contesto del *setting* nella relazione Paziente/Terapeuta, nell'interazione fra due Stili di Vita, e quindi nell'Atteggiamento e nel Controatteggiamento. Questa *Rete complessa* comprende sia la **situazione reale** che quella **profonda** (dinamiche transferali/controtransferali), e le finalità del percorso del trattamento.

6) a. La **Reciprocità** degli **Atteggiamenti** e **Contro-Atteggiamenti** nel **Patient-Therapist Matching** rappresenta un aspetto particolare dello **Stile Terapeutico**, riguardo all'immedesimazione di *che cosa passa nella mente* dell'Altro da Sé. Se la psicologia dinamica ritiene di comprendere come i pazienti sviluppino i significati della terapia, il Terapeuta dovrebbe anche congetturare che cosa passa nella mente di entrambi (Paziente e Terapeuta), e come ci si coinvolge nelle **interazioni interindividuali**.

b. La differenza che intercorre tra un processo di *distanza neutrale* ed un approccio con uno *Stile Terapeutico Adleriano*, sta nel fatto che l'**attenzione partecipativa** non è posta soltanto sul riconoscimento della similitudine tra le azioni dell'Altro e le proprie: ma grazie all'**immedesimazione empatica** è focalizzata **sull'esperienza di una risposta alle emozioni dell'Altro**. In questa condizione il *(re)incarnamento* [68] è propedeutico ad una *comprensione esplicativa*, specie se si riesce a conoscere lo *Stile di Attaccamento* del paziente [38, 39], da cui può in parte dipendere il tipo di **disturbo psicopatologico** [58, 59] ed il successivo *Stile di Terapia*.

c. D'altra parte, è probabile che il **Paziente** cerchi di arguire che cosa sente e pensa il **Terapeuta** in quanto *altro da sé*, in un'interazione “reale” (atteggiamento): e ciò interattivamente all'Atteggiamento dell'Analista. Vi sono una *gamma di aree* in cui i pazienti si impegnano (anche inconsciamente), utilizzando le loro abilità psicologiche nel *matching*: imitando, comunicando, interagendo con il Terapeuta tramite l'attenzione, giocando con le intenzioni, nascondendo o esibendo il proprio Sé, provando emozioni. All'interno dei confini delle intenzioni altrui, ciò permette al **paziente** di “ **fingere**” (masking) o di porre **resistenze** o di chiudersi nelle **difese**, e di far sì che la relazione

terapeutica diventi “*come se*” mascherante sino ad entrare in un *gioco paradossale* di una situazione collusiva [104, 121] (Par. III, E).

d. Un **coinvolgimento interindividuale** permette al paziente di percepire che qualcuno lo riconosca e risponda al suo disagio, consentendogli di sperimentare in Sé la risposta indirizzata verso l’Altro.

L’*“essere riconosciuti”* nel proprio Stile di Vita Finzionale è un’esperienza relazionale che si riferisce a qualcosa di più del semplice riconoscimento della somiglianza che intercorre tra il Sé del paziente ed il Sé del terapeuta.

7) Dalla parte del terapeuta, un aspetto psicodinamico essenziale è essere consapevoli sia del proprio Atteggiamento che del proprio Controatteggiamento. Il terapeuta ritiene che la comprensione degli stati mentali Altrui possa avvenire attraverso *processi di finzione* o di *mascheramento*, anche attraverso i dinamismi transferali/controtransferali.

Nello *Stile Terapeutico*, attraverso le *Dinamiche dell’A./C.A.*, si dovrebbero accogliere le istanze e le varie modalità dei dinamismi psicopatologici.

Da qui derivano ulteriori riflessioni:

- La *prima* riguarda la questione relativa a come lo Stile Terapeutico dell’Analista arrivi a comprendere gli individui con i quali intraprende il percorso della terapia. Se la **conoscenza partecipativa** rappresenta un aspetto per la comprensione del funzionamento mentale, ciò sembra suggerire che alcune metodologie potrebbero essere più appropriate rispetto ad altre comunemente impiegate. Da ciò forse in parte dipende il problema dell’*efficacia personale* [57].

- La *seconda riflessione* riguarda il prendersi cura dei cosiddetti **casi problematici** e i modi in cui lo Stile Terapeutico riesce a fronteggiare **urgenza, emergenza e complessità**.

- La *terza riflessione* riguarda lo Stile Terapeutico (e le Dinamiche degli A./C.A.) coi pazienti che provengono da **culture diverse** [137].

- Le risposte alle tre domande poste (conoscenza partecipativa, casi problematici, culture diverse) hanno una **Base comune**, *procedure aperte e senza copione rigido: ma con un “come fare” creativo*, cambiano alcune pratiche comunicative anche rispetto a problematiche psicopatologiche.

- In uno **Stile Terapeutico Appropriato** la *comprensione esplicitiva condivisa* consiste nel fatto che si deve innanzitutto *sperimentare* nel proprio Sé/Stile di Vita la risposta verso il Sé/Stile di Vita dell’Altro di cui ci si prende cura.

Per conoscere gli Altri è necessario sentire che proviamo qualcosa di positivo per loro. Il *coinvolgimento empatico* non solo colora lo “*schema appercettivo*”, ma ci permette

di avere sentimenti positivi che rendono possibile che vi siano nuove motivazioni di comprendere meglio e di dare un senso più appropriato, consentendo agli psicoterapeuti adleriani di guardare oltre al “*fare come*” anche al “*come fare*” (Par. V, VI).

- Lo Psicoterapeuta qualora venga recepito come un essere umano, rappresenta per il Paziente dimostrazione di rispetto e interesse, maggiori di quanto non lo sia un atteggiamento elusivo o anonimo [34].

- Il Terapeuta deve rispettare regole fondamentali (legate al setting) senza peraltro provocare situazioni artificiali o deludenti, oppure interagire col paziente nel modo più umano e deontologicamente corretto [50]. Il terapeuta in queste situazioni può richiedere l’aiuto di un supervisore o di un altro terapeuta (Par. V)

b. Nello Stile Terapeutico Adleriano, il terapeuta deve togliersi la “**maschera di pietra**” [28] e addivenire ad appropriate **disclosure** ed **enactment** [28, 38, 44, 45, 88, 92, 120, 132, 148].

c. La differenza che passa non solo tra la **neutralità e l’anonimato**, ma anche tra un percorso unidirezionale ed un **gioco gestaltico** tra reciproci **Atteggiamenti/Contro-Atteggiamenti** (A./C.A.) è dato dal fatto che la seconda via permette di meglio comprendere la natura del **legame terapeutico** e le speciali problematiche in seguito alle quali il terapeuta utilizza un **Contro-Atteggimento reale oltreché empatico** (A./C.A.) Questa che sarebbe dovuta non solo alla motivazione del paziente di riconoscere il proprio terapeuta come essere umano, ma dipende anche dalla competenza e creatività dell’Analista stesso (tempi/modalità/misura) di mostrarsi come persona reale e di interagire con un Altro nel percorso terapeutico [72].

d. Nella pratica psicoterapeutica queste dinamiche, già evidenti dall’incontro tra paziente e terapeuta (*meeting*) [92] e poi nelle peripezie delle finzioni (*masking*) [132], si realizzano nel *therapist-client matching* [Editoriale n.78]. Ogni singolo evento deve essere oggetto di attenta valutazione in relazione non solo a ciascun episodio di una situazione particolare: sicché la pratica della psicoterapia risulterebbe influire e sarebbe a sua volta influenzata, oltre che dal clima partecipativo che viene che viene instaurato, anche dagli effetti di eventi della **vita privata e professionale** sia del terapeuta che del paziente [69, 79, 132].

È in tal modo che l’intreccio a rete pragmatica di una psicoterapia adleriana è immerso nelle dinamiche gestaltiche dei reciproci Atteggiamenti e Contro-Atteggiamenti.

e. È attraverso uno scambio comunicativo di crescita e sviluppo che una proposta di un percorso tende a portare entrambi gli individui in gioco, ad essere **co-protagonisti** (sebbene con status-ruoli differenti).

Questa configurazione concettuale, sottolinea che il *processo di cura* sia influenzato tanto dal paziente quanto dal terapeuta: entrambi con problematiche, disturbi, conflit-

ti, richieste differenti, ma pure “**come persone reali**” che riescono a costruire un’**Alleanza psicoterapeutica** [134].

Qualora l’incontro tra due individui in terapia, venga considerato solo una rappresentazione degli stessi e non un incontro reale specifico, le variabili inerenti a queste dinamiche possono condurre a ricerche impraticabili di dubbia scientificità e a discutibili interventi clinici.

Interventi e Ricerche dovrebbero, riferirsi alla complessità del meeting, masking e matching tra pazienti e terapeuti e quindi, *oltreché al registro fantasmatico riguardare anche al registro reale* [50]. Difatti, la **coppia terapeutica** pone in evidenza una **profonda relazione condivisa** che si differenzia dai “criteri della terapia standard”.

Tali dinamiche sono da intendersi come la risultante operativa sia del Terapeuta sia del Paziente, a cui afferiscono le dinamiche del *transfert del paziente e del controtransfert dell’analista* [20, 55, 56, 58].

#### **F) Fattori di Cambiamento in Psicoterapia**

1) Si ricorda che Fassino [56] ha riportato un’ampia sintesi circa alcuni studi sul problema dei **fattori di cambiamento**, soprattutto in correlazione al processo psicodinamico. Ciò che emerge è lo **Stile del Terapeuta** come premessa-condizione della *propensione empatica* dell’ “agire” nei trattamenti, non solo nel masking o nell’ interpretazioni smascheranti circa le finzioni inconsce, il sentimento di vergogna, le resistenze, nonché l’interpretazione delle difese, ma anche al *sentirsi sentito* ed al trattare il paziente come individuo meritevole [29, 31, 36, 46, 51, 88, 132, 148].

Uno Stile del Terapeuta con **Atteggiamento accogliente** e soprattutto con capacità di immedesimazione, esperienze cliniche e buone competenze, sarebbe *predittore* di una più rapida diminuzione dei sintomi. Questi risultati oltre mettere in discussione la rigida modalità della “*classica neutralità dello psicoanalista*” indicherebbero anche nella *modulazione gestaltica* degli Atteggiamenti e Contro-Atteggiamenti, il tipo di matching terapeutico appropriato [44, 71, 72, 80, 146, 155, 157] (Editoriale n. 78).

2) Ciò che emerge è lo Stile del terapeuta come premessa-condizione della “**propensione empatica**” dell’agire terapeutico [55, 56, 134, 135]: preconditione di un corretto meeting e del successivo **matching (A/C.A.)** (Par. IV, D4).

Nell’ambito di tali dinamiche sembrerebbe pure che una conoscenza implicita del **sistema delle finzioni** e delle **resistenze** (o **masking**) rappresenti un crogiuolo di intuizioni empatiche e di cooperazione/compassione. La **relazione implicita condivisa** risulterebbe il fulcro del cambiamento nell’ “hic et nunc” dell’incontro interindividuale, reso possibile dalle relazioni comunicative progressive nel *matching* tra i rispettivi *Stile del terapeuta e Stile del paziente* e nella codificazione di senso [20, 55, 56, 134, 135].

A supporto di tali rilievi, le ricerche in **metanalisi** [157] sottolineano come i *fattori comuni* in psicoterapia siano almeno altrettanto importanti (e talora più fruibili) rispetto

ai *fattori specifici*. I **fattori comuni** (ovvero alleanza, empatia, aspettative, adattamento culturale, differenze tra i terapeuti) confrontati ai **fattori specifici** (differenze legate alla tipologia di trattamento ed a componenti particolari: ad esempio, interpretazione ed analisi del transfert) supporterebbero l'ipotesi che i *fattori comuni risultino fondamentali per un effetto positivo in psicoterapia*.

3) Il Terapeuta *dovrebbe ascoltare in modo comprensivo* [84, 85] ciò che il paziente prova e, nel medesimo tempo, essere consapevole dell'effetto che questa procedura possa essere intesa da lui anche attraverso un **Metacontrotransfert positivo e un'Immedesimazione nell' Universo culturale preinterpretato del Paziente** [26, 99, 137]. È probabile che le interpretazioni premature possano spingere taluni pazienti ad abbandonare il trattamento, portandoli a prendere distanze dal terapeuta, in un atteggiamento di distacco, di pseudocompliance e quindi di resistenza allo smascheramento (*masking*). Come regola generale, ci si deve aspettare che il paziente abbia **resistenze** e **difese** a cambiare il suo Stile di Vita: giacché, in passato, questo è stato il metodo con cui egli ha potuto far fronte al proprio deficit, evitando la rovina del suo prestigio e della sua autostima.

4) Con l'evoluzione sulle modalità di utilizzo del controtransfert del T. e sulla neutralità analitica la questione dell'importanza della relazione reale è riemersa, anche se con procedure diverse da quelle che Greenson [73, 74, 75, 76, 77] aveva previsto. In seguito all'influenza esercitata dall'Esistenzialismo, dal Costruzionismo sociale, dalla Filosofia della Scienza e soprattutto dalle Teorie del Campo e Gestaltiche tali posizioni hanno influenzato gli Psicoterapeuti, ponendo una serie di problemi teorico-tecnici legati alla tradizione classica [80].

Il problema dello Stile terapeutico ha preso anche una nuova direzione grazie alla modalità dell'**interesse per il transfert/controtransfert** innescato nell'apertura e nella rivisitazione della **matrice interindividuale della relazione reale**, degli **Atteggiamenti** e dei **Contro-Atteggiamenti**.

Le questioni da affrontare, da dibattere e da risolvere sono molte. Tra queste si ricordano:

- le **distinzioni tra la tecnica del reale e quella del rappresentato**;
- le **modulazioni espressive** che non sono misurabili (o interpretabili): né metodologicamente, né deontologicamente, né analiticamente.

La scelta, compresa quella di stare in silenzio, o di operare un'interpretazione, un enactment, una disclosure, in un dato momento clinico non è sempre una facile soluzione, anche senza ricorrere ad una elaborazione critica che considera tutte le comunicazioni (o non) come aspetti di una rappresentazione [92, 148].

Vi è comunque l'esigenza di una maggiore riflessione sull'impatto che l'ampliarsi delle riflessioni su i dinamismi di A./C.A. sia accompagnato dalle "**violazioni dei confini in psicoterapia**" [80, 129]. Circa la **Iatrogenia** e **Malpratica**, il dibattito e la ricerca rimangono a tutt'oggi aperti sia in sede teorica che pratica.

5) Un **coinvolgimento interindividuale compartecipativo** permette al Paziente di recepire che qualcuno lo riconosce e risponde alle Sue richieste, consentendogli di sperimentare in Sé la risposta indirizzata verso l'Altro. La consapevolezza di essere riconosciuti si riferisce a qualcosa di più del semplice riconoscimento della somiglianza che intercorre tra i due partecipanti al **matching**.

**Riconoscere ed essere riconosciuti** è un aspetto essenziale sia per il Paziente che per lo Stile del Terapeuta per comprendere l'Altro da sé. L'assenza di un coinvolgimento compartecipativo ed empatico porterebbe a una *spiegazione* basata su regole, mentre nella *comprensione* il Paziente sente che può far riferimento ad una differente modalità fenomenologica esistenziale radicata in una **Persona Reale** [84, 85, 100, 135].

Riguardo alla consapevolezza della **partecipazione terapeutica** risulta cosa significativi sperimentare nel sé una risposta agli Altri per “conoscerli” adeguatamente. La partecipazione assume significato poiché il paziente fa esperienza del proprio Sé. Una simile argomentazione può essere avanzata non solo rispetto all'attenzione, ma anche in merito alla consapevolezza delle intenzioni, delle credenze e degli Orientamenti di Valori [26, 45, 137, 150].

Stabilire un **coinvolgimento comprensivo ed empatico** con il paziente crea nuovi aspetti di cui *essere* consapevoli. Da ciò derivano **due implicazioni**:

- La **prima** riguarda la questione relativa allo **Stile Terapeutico Partecipativo** che rappresenta un aspetto importante per la comprensione del funzionamento mentale del paziente e potrebbe essere indicato accanto a quelle **dell'interpretazione** [58, 59, 134, 135].

- La **seconda** riguarda il coinvolgimento comprensivo/empatico con gli individui che provengono da **culture diverse**. I modi in cui lo Stile del Terapeuta si confronta con quello di un'altra cultura può essere spesso un compito difficile. Come si possa “comprendere gli individui di cultura diversa senza *essere* uno di loro” (attraverso il metacontrotransfert), potrebbe essere un modo di affrontare la questione dell'inaccessibilità ad altre Culture, simile alla questione di affrontare altre menti [99].

6) In ogni caso sembra che la chiave delle relazioni terapeutiche stia in una condizione di coinvolgimento empatico nei confronti dell' “Altro”, nella partecipazione e nella responsabilità comunicativa.

Tutti questi fattori hanno bisogno di un **terreno condiviso** che consiste nel **setting**, nelle motivazione, nel sentimento sociale e nelle mete terapeutiche.

L'originalità di un **approccio partecipativo** e della **comprensione esplicita condivisa** [133], consiste nel fatto che in uno Stile Terapeutico appropriato si deve *sperimentare* nel Sé/Stile di Vita, la risposta verso il Sé/Stile di Vita che si vuol comprendere [54]. Nello Stile Terapeutico si ha bisogno di *sentire* che si prova qualcosa di positivo per l'Altro. Il **Sentimento Sociale** non solo dovrebbe colorare lo **schema appercettivo** ma, quale componente dell'agente terapeutico mutativo, dovrebbe facilitare l'Azione terapeutica [133].

Sicché lo *Stile di Attaccamento*, lo *Stile Terapeutico* e lo *Stile Culturale*, concorrono non solo ad una Revisione dello *Stile di Vita* del Paziente ma arricchiscono anche il Curante. Quest'ultimo cogliendo il senso profondo di questi aspetti può migliorare il proprio **Stile Terapeutico** [22, 128, 143].

#### V. *Stile terapeutico e aspetti formativi*

##### A) *Percorsi formativi*

1) I molteplici modelli teorico-pratici si istituzionalizzano nelle **Scuole Terapeutiche** e nei percorsi formativi tanto nello schema seguito quanto nell'Incontro che il terapeuta deve avere con se stesso [136].

Il tipo di Scuola e l'appartenenza ad un orientamento *forghiano* lo Stile Terapeutico sia nel *fare come* che nel *come fare* sicché tra i vari orientamenti vi sono differenze a livello di didattica, di formazione, di tirocinio personale [12]: tutti fattori che si intrecciano per la formazione dello **Stile Terapeutico**.

2) La formazione delle competenze dovrebbe avere tre caratteristiche: il trasferimento, non solo di nozioni, ma pure dell'*esperienza clinica* del docente; l'acquisizione di un *metodo didattico* che consenta l'applicazione delle conoscenze nella *soluzione dei problemi*; la consapevolezza che lo *stile terapeutico* si completa con la supervisione.

Gli *obiettivi formativi* che si dovrebbero conseguire sono:

- l'*apprendimento significativo*, in cui si radica l'apprendimento attivo, il così detto "*problem solving*" e che dovrebbe quindi presentare all'allievo problemi clinici da risolvere;

- la *responsabilità giuridico-sociale* ed etica dello psicoterapeuta, a cui la figura professionale dello psicoterapeuta non può rinunciare entrando altresì in relazione con i settori della società e della cultura che lavorano nelle Professioni di Aiuto. Tale compito non costituisce un aspetto tecnico dello Stile Terapeutico quanto piuttosto un impegno etico [130].

Si tratta di prepararsi a formare non solo ad un mestiere di psicoterapeuta, ma di realizzare uno Stile Terapeutico unico ed irripetibile [47, 54].

3) Gli **elementi didattici** di questa attività sono relativi innanzitutto all'Insegnamento (al *fare come*): essi si riferiscono all'informazione dei vari aspetti psicoterapeutici, alle discipline correlate.

La psicoterapia e il suo apprendimento in effetti non sono concepibili se non attraverso l'esperienza con il paziente (il *fare come*, il *come fare*) che si completano con lo psicoterapeuta e il suo supervisore.

La relazione psicoterapeutica non dipende inoltre solo dalla natura dei suoi protagonisti ma anche dalle equivalenti del loro rispettivo **status-ruolo**.

4) Il problema della **formazione in psicoterapia** [122], pure attraverso lo strumento del **training**, è necessario per l'esercizio dell'attività analitica, giacché in rapporto con le sue finalità la sola acquisizione delle azioni teoriche, si dimostra insufficiente. Lo stile terapeutico deve essere forgiato nella condotta di un rapporto comunicativo corretto nell'ambito del **patient-therapist matching** (Editoriale n. 78).

Ed a questo risultato che contribuisce il training emozionale attualmente condotto dal collegio degli **analisti didatti** delle società delle Psicologie Dinamiche, a partire da quella adleriana in liaison con le Organizzazioni Internazionali.

Per ciò che riguarda le **Scuole ufficiali** i percorsi didattici così impostati sono abitualmente scrupolosi, approfonditi, impegnativi e si prolungano lungo gli anni stabiliti dal MIUR.

5) È interessante sottolineare talune caratteristiche formative del **training personale**:  
 a. un'analisi personale approfondita permette allo Stile Terapeutico dell'individuo, di prendere consapevolezza dei propri conflitti profondi e delle sue specifiche potenzialità di Atteggiamento/Contro-Atteggiamento. Questa consapevolezza costituisce la condizione necessaria per prevenire i fattori considerati di rischio Iatrogeno in psicoterapia [129, 130].

b. L'individuo in formazione ha la possibilità di vivere con intensità il vissuto dell'analisi scoprendo tanto le frustrazioni che le gratificazioni derivanti dalla sua professione e dunque di migliorare la comprensione dei dinamismi che si presenteranno nei futuri pazienti.

c. Il training individuale deve essere arricchito e completato da un **training didattico** all'interno di Centri di Formazione e deve essere effettuato attraverso una verifica dell'acquisizione delle basi teoriche e pratiche della metodologia della professione psicoterapeutica.

Questi percorsi offrono una **Formazione allo Stile Terapeutico** sistematica e concreta con discussione di casi clinici, di seminari di teoria e di tecnica, di verifica periodica della formazione acquisita.

d. La Formazione dello Stile Terapeutico deve essere pure effettuata per rispondere alle numerose richieste nell'**ambito di contesti pubblici e privati**: sempre più attenta verso la **dimensione culturale** ed alle **nuove patologie** [54, 58, 59, 122, 129, 133, 140, 159].

## ***B) Didattica e Supervisione***

1) La **supervisione** ha completato, intorno agli anni 1970, quello dell'**Analisi di controllo**. Si distinguono al proposito: l'**Analisi del controtransfert**, designata specificamente come *Kontrollanalyse*, e il **Controllo dell'analisi** del paziente (*Analysekontrolle*) [14].

a. Il termine di controllo mette l'accento su dirigere ed elaborare, nel momento in cui

il **supervisore** è più neutro: il che significa che il “controllo senza entrare nel dettaglio”, modula l’aspetto di “dominio pedagogico”.

b. L’utilizzo del “controllo per supervisione”, è più utilizzato nei campi clinici che si ispirano alle **psicoterapie dinamiche**.

Quale che sia la distinzione tra l’analisi del controtransfert e la conduzione delle psicoterapie, ambedue ricordano aspetti dell’attività psicoterapeutica e si intersecano con fattori consci ed inconsci, che prevalgono nella psicoterapia di orientamento psicodinamico e costituiscono l’importanza specifica del suo **apprendimento**, specie se si introducono le dinamiche dell’A./C.A. (Par. IV, E, C).

Queste formulazioni si basano su alcuni parametri:

- conoscenze teoriche
- esperienze personali
- supervisione

2) Ci si può domandare come si diviene **Analisti didatti** in Psicologia Individuale.

Le Società e le Scuole di Psichiatria, di Psicologia Clinica e Psicoterapia [83, 123, 136] regolano il riconoscimento del Titolo di **Didatti propedeutici**, di supervisori, di formatori, ecc. Questi sono abilitati a condurre delle Analisi Didattiche e delle Supervisioni di psicoterapeuti in formazione [114].

Le regole e le procedure che prevalgono, riguardano uno studio approfondito del modello psicoterapeutico utilizzato, nel nostro caso quello della P.I., legato ad un’esperienza attestata per la presentazione di terapie collaudate ed attraverso la produzione di contributi clinico-scientifici.

Nel campo della Psicoterapia la qualificazione di **supervisore** dovrebbe dar luogo a particolari regolamentazioni. Taluni supervisori sono allo stesso tempo membri di una Società di Psicoterapia e spesso Didatti riconosciuti.

Oggi vi sono Organizzazioni di Informazioni codificate, valutate, Corsi di prova e di Scuole che permettono attestare gli stadi dei percorsi didattici e di supervisione. Per la formazione degli allievi Adleriani il dibattito è reso più complesso dal fatto che vi sono tre Tipi di Relazioni di Aiuto: di Psicopedagogia, di Counselling e Analitica. I percorsi formativi al riguardo esigono ulteriori formalizzazioni.

Resta comunque un modo di valutazione e di garanzie e di serietà della formazione correlati o meno alla efficacia dei fruitori in termini di Relazioni di Aiuto, da qui la discussione sul carattere terapeutico o euristico della psicoterapia. Si tocca qui una delle controversie che mettono in questione l’efficacia della psicoterapia per curare molteplici disturbi psicopatologici: sebbene oggi vi siano riscontri non solo clinici, ma neurobiologici che riguardano la conferma dell’efficacia delle Psicoterapie [130, 133].

### ***C) La ricerca sugli interventi***

1) Per comprendere i molti modi in cui uno Stile Terapeutico possa influenzare il pro-

cesso e l'outcome di una psicoterapia si sono realizzate delle Variabili del terapeuta classificandole in:

- a. **caratteristiche oggettive/soggettive;**
- b. **elementi terapia-ascifici** (tratti trans-situazionali)/**elementi terapia specifici.**

Secondo questa tassonomia gli interventi del terapeuta sono collocabili nel quadrante *caratteristiche oggettive/elementi terapia-specifici*. Lo studio degli *interventi del terapeuta* rientra nello studio degli elementi specifici del trattamento, ovvero di quegli elementi che caratterizzano e differenziano un approccio terapeutico da un altro contribuendo a spiegarne la minore o maggiore efficacia [158]. Secondo quest'ottica, lo studio degli interventi del terapeuta è quindi in parte collegato allo studio dell'efficacia contestualizzata dei diversi tipi di trattamento.

Fin dagli albori della ricerca in psicoterapia, studiare gli interventi del terapeuta significava quindi ricercare gli **elementi specifici** (e tecnici) di un trattamento (per esempio, la *desensibilizzazione sistematica* per le terapie comportamentali, l'*interpretazione di transfert* per le terapie dinamiche, ecc.) e dichiararne la maggiore o minore efficacia [44].

I **disegni di ricerca** impiegati nell'indagine dei fattori specifici sono generalmente quattro: a) disegni per componenti; b) disegni con gruppo di controllo placebo; c) disegni che esaminano gli effetti mediatori; d) interazioni di persone per trattamento [158].

Ben presto queste ricerche si sono però scontrate con evidenze empiriche che suggerivano:

- l'equivalenza tra i diversi trattamenti,
- la minore importanza rispetto all'outcome degli **elementi specifici** e la maggiore importanza degli **elementi aspecifici**, comuni a differenti trattamenti.

2) Lo studio degli **interventi del terapeuta** appare anche strettamente collegato all'indagine sull'**aderenza da parte del terapeuta a uno specifico modello terapeutico**, cioè del "grado" in cui egli utilizza gli interventi e i principi tecnici prescritti da un manuale. Anche in questo caso le prove empiriche del **rapporto tra aderenza e outcome** sono risultate contraddittorie, se non addirittura caratterizzate da correlazioni negative.

La scarsa rilevanza del rapporto tra i **fattori specifici e outcome**, in particolare per quanto riguarda gli interventi del terapeuta, ha spinto i ricercatori ad abbandonare questo terreno e a dedicare maggiore attenzione ai **fattori aspecifici e relazionali** della terapia.

3) Le **ricerche attuali** tendono a non considerare più gli interventi del terapeuta come dimensioni a sé e puramente tecniche, ma come **fattori interagenti** con altre dimensioni quali, per esempio, i meccanismi di difesa, il livello di sviluppo oggettuale del paziente, i processi di rottura e riparazione dell'**Alleanza Terapeutica**. Tra questi fat-

tori sono situabili i fattori legati agli **Atteggiamenti ed ai Contro-Atteggiamenti** (Par. IV) come fattori positivi nello Stile Terapeutico.

a. Cercare di misurare queste dimensioni, di valutarne l'efficacia, vuol dire in qualche modo **avvicinare la ricerca alla clinica** e non viceversa: in questo movimento è probabile che si sia persa qualcosa in termini di "purezza" metodologica, ma forse si è guadagnato qualcosa in termini di pregnanza nella pratica clinica dei risultati delle ricerche empiriche [134].

b. L'**interazione interventi/alleanza terapeutica** sembra essere caratterizzata da un rapporto bidirezionale e complesso. Con bassi livelli d'Alleanza terapeutica, per esempio, interventi supportivi sembrano essere una strategia ottimale, ma è anche vero che interpretazioni accurate rispetto al piano inconscio o al modello relazionale del paziente possono generare un incremento nella collaborazione e nella produzione del paziente. Inoltre, l'Alleanza Terapeutica viene abitualmente considerata come una *variabile dipendente* soggetta all'influsso degli interventi del terapeuta (*variabile indipendente*) [134].

c. La **direzione del rapporto alleanza-interventi** sembra invertita, però, nel momento in cui il terapeuta viene meno ad una **alleanza non del tutto positiva** (sfiducia, confusione rispetto agli obiettivi, ecc.), è la qualità dell'alleanza del terapeuta (VI – variabile indipendente) a influenzare la quantità e/o qualità degli interventi (VD – variabile dipendente). La direzionalità del rapporto può essere meglio compresa attraverso l'**analisi microprocessuale delle interazioni tra paziente e terapeuta nel patient-therapist matching e delle dinamiche dell'A./C.A.**

Queste osservazioni ci portano a evidenziare **la necessità di studiare gli interventi del terapeuta anche in relazione alle sue caratteristiche stabili** o a fattori legati al **trattamento in corso**.

#### **D) Riflessioni**

1) I presupposti per ulteriori avanzamenti teorico-pratici circa la formazione dello Stile Terapeutico si articolano attraverso dei **nodi fondamentali di una rete pragmatica a rete** che possono essere riassunti in questi punti:

a) pianificazione delle competenze (*job analysis*) e definizione degli obiettivi informativi e formativi;

b) formulazione e trasferimento dei contenuti teorico-metodologici indirizzati verso un orientamento *in progress* della P.I.;

c) utilizzazione dei *trainings* emozionali (personali, didattici), supervisione dei casi, metodo della simulazione crociata, *caseworks*, discussione di gruppo, ecc.;

d) formazione professionale e deontologica sistematica ricorrente e permanente; incontri-seminari tra terapeuti nel quadro di controlli culturali, clinici e sperimentali.

2) La formazione dello Stile Terapeutico non deve prendere carattere di una ideologia totalitaria o formare delle categorie di marginalità.

In una prospettiva a rete pragmatica la formazione dello Stile Terapeutico deve essere interdisciplinare e costantemente critica contro i vecchi pregiudizi e contro la nascita di nuovi. È allora possibile ipotizzare che la formazione dello Stile Terapeutico non è mai terminata perché l'identità dello psicoterapeuta non è mai definitivamente acquisita, in considerazione della vita professionale del terapeuta, dei suoi clienti/pazienti e del suo *life span* [79, 140, 151, 152].

3) La discussione del lavoro di formazione deve focalizzarsi sullo Stile acquisito circa lo Stile Terapeutico. Ciò ha un valore didattico essenziale e un significato profondo, che non possono essere disuniti né rispetto agli individui di cui si ha cura, né per il campo delle relazioni interindividuali, né per il contesto storico-culturale, né per l'avanzamento delle neuroscienze.

È a questi livelli che deve situarsi la formazione dello Stile Terapeutico che tende a recuperare il senso stesso della condizione esistenziale.

4) Per la *formazione dei formatori* servono *da una parte* risorse per offrire occasioni formative valide, e *dall'altra parte* la motivazione dei docenti e dei didatti di farsi formare. È auspicabile che in un prossimo futuro la formazione dei formatori venga incrementata e diventi uno dei compiti prioritari delle Nostre Scuole in interazione con le Società Analitiche Nazionali ed Internazionali.

## VI. Considerazioni

### A) *Lo Stile Terapeutico: le Dinamiche del “Fare Come” e del “Come Fare”*

1) La **formazione** nella Psicoterapia Adleriana aperta alla Psicoterapia Dinamica Culturale [19, 26, 137, 150] utilizza un metodo entro cui si inseriscono tecniche elaborate e trasmissibili dagli aspetti multipli, delle quali oggi non si può giungere a standardizzazioni definitive, anche perché sono in evoluzione.

Il problema può essere affrontato in modo complessivo qualora si ritenga che i percorsi formativi, ad esempio riferibili agli Atteggiamenti e ai Contro-Atteggiamenti, riguardino il “*come fare*” (procedura di apprendimento tecnico-metodologico) ed il “*fare come*” (procedura di tirocinio congeniale-identificatorio) e quindi anche di immedesimazione culturale (meta-controtransfert) (Par. III, IV, V).

In una **didattica clinica** che forgia lo Stile Terapeutico, la Psicologia Individuale ha sia caratteristiche di **spiegazione scientifica** (esperienza trasmissibile), sia di **comprensione e condivisione empatica** (sperimentazione, imitazione, insegnamento, tirocinio).

2) Da ciò emergono *sia* le esigenze dell'**esemplarità** della formazione legata all'**Analisi dello Stile di Vita del futuro terapeuta**, *sia* l'importanza di una **garanzia di trasmissibilità** di certe regole didattiche, culturalmente appropriate, *sia* di supervisione che si riferiscono ai **Contro-Atteggiamenti in dinamiche gestaltiche con gli Atteggiamenti** [135, 136].

È necessario fare capo ad un quadro di riferimento concettuale ed operativo, cioè ad un **modello teorico-pratico collaudato**, anche perché la **molteplicità dei setting** (tra pubblico e privato) frequente nella **professione del terapeuta**, deve sempre evolversi in **nuove competenze ed identità professionali** [54, 58].

Nella formazione dello stile Terapeutico l'identificazione del tirocinante con il Didatta è lontana dalla mera ripetizione: infatti essa si rifà tanto all'aver imparato "**come fare**", quanto nell'aver elaborato il "**fare come**": durante l'arco del percorso interindividuale, che è tecnico, analitico, esistenziale e culturale al **medesimo tempo**.

I vincoli del modello con le connesse metodiche operative, quali si esercitano nella **supervisione**, dovrebbero passare tramite il riconoscimento dell'esemplarità, attraverso il tessuto della continuità didattica che si esercita attraverso la molteplicità delle esperienze formative.

**Stili personali e percorsi collettivi**, tradizioni psicoterapeutiche, tecniche analitiche, si perpetuano nel tempo, nello spazio ed in contesti socio-culturali diversi: sicché pur mantenendo le proprie radici si evolvono in continuazione [54, 57, 58, 122, 123, 133, 134].

### **B) Monitoraggio dello Stile terapeutico**

1) In psicoterapia gli **insegnamenti** (seminari, convegni, didattica e supervisione) sono decisamente operativi. Nei contesti citati non si impartiscono solo nozioni teoriche o principi generali o spiegazioni scientifiche, quanto si invitano i discenti ad un'elaborazione dell'agire significativo. Questi imparano tanto nel senso di accrescere un patrimonio di natura dottrinale, quanto interagendo all'interpretazione ed alla comunicazione, incrementando per analogia il Sé creativo che attueranno coi loro futuri pazienti.

Nella **formazione dello Stile Terapeutico**, il "**fare**" a sua volta deve tradursi in un "**saper fare**" e "**saper essere**" [55, 56, 57]: sicché il lavoro di insegnamento e di supervisione, che inerisce ad aspetti nozionistici e normativi, non si riduce ad una precettistica rigida o ad un semplice apprendimento dottrinale. Ciò condurrebbe nella *diagnostica* ad una mera standardizzazione e nella *terapia* a norme didattiche che riguardano più la *cura* che il *prendersi cura di*.

2) Ci si riferisce anche all'*insight nel lavoro analitico* come ad una **creazione artistica**. Le migliori esemplificazioni di questa **analogia** sarebbero rilevabili nella clinica prendendo in considerazione: le connessioni tra emozioni e motivazioni, l'uso deliberato

di immagini e metafore, il veicolo privilegiato di comunicazione nei gruppi di psicodramma analitico o di arti visive e musicali, ecc.

Nello **Stile del Terapeuta**, incentrato su un'Alleanza Terapeutica ed immerso nelle dinamiche degli **Atteggiamenti e del Contro-Atteggiamenti**, l'**interpretazione** è non solo implicazione di recettività ed attività, ma riguarda la totalità della comunicazione, verbale "preverbale" e non verbale. La qualità dell'interpretazione è il tipo di conoscenza attivo ed individuale mediato dall'agire di un **meta-controtransfert** consapevole della cultura di appartenenza del paziente [54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 99].

3) L'attività di **supervisione** quale **controllo dell'analisi e monitoraggio dello stile terapeutico**, oltre agli insight teorici, riguarda anche il significato operativo delle regole; il quale entrando nel contesto di un **laboratorio di innovazione** porta ai discenti a continuare l'opera dei docenti nel filone della Scuola di appartenenza.

Disciplina alle regole e **coinvolgimento empatico** sono elementi che rivelano capacità operative.

L'**originalità del proprio agire significativo**, cioè il "fare" psicoterapia, se da un lato ha un aspetto di mestiere, giacché presuppone la conoscenza di una tecnica; dall'altro implica la **formazione di uno Stile Terapeutico** creativo, esemplare e rigoroso allo stesso tempo.

### **C) La Teoria e la Pratica come "movimento verso una meta"**

1) Le vaste aree della psicoterapia della P.I. sono legate ad una **metodologia scientifica** che riguarda la **struttura empirica degli stati soggettivi** [26, 137]: esse sono altresì in rapporto a schemi di riferimenti correlati all'**evoluzione socio-culturale**. È soprattutto in queste dimensioni che deve essere incrementato l'intervento didattico attraverso le indagini neuroscientifiche e le ricerche cliniche con collaudi orientati verso la standardizzazione (e la metanalisi) e gli studi interculturali [26, 137].

Un progetto di cambiamento presuppone allora che la **scuola** non diventi scolastica, il che porterebbe ad un mero formalismo, ma che promuova innovazioni, sia a livello di trasformazioni interne (sviluppi), sia esterne (ma non estranee) con nuovi apporti tecnici.

Lo **Stile Terapeutico adleriano** in tal modo riunisce, in una rete pragmatica, le nuove **identità dell'Analista** [54], l'**appartenenza ad una scuola**, l'**originalità creativa** di interventi appropriati ed etici, nell'ambito di un'Alleanza Terapeutica [134].

2) Il terapeuta adleriano dovrebbe avere uno Stile autenticamente partecipativo [102, 103]. Helene e Ernst Papanek [110, 111] scrivono: "*Il terapeuta partecipa attivamente: senza giocare nessun 'ruolo' rigidamente definito, egli mostra calore umano e un genuino interesse verso il paziente ed incoraggia in special modo il suo desiderio di cambiamento e miglioramento. La relazione stessa ha uno scopo: aiutare il paziente ad aiutare se stesso*" (p.117).

I terapeuti che si rivelano come **individui** in una **relazione reale** danno ai pazienti l'opportunità di valutarli come esseri umani. Queste "percezioni" possono costituire dei presupposti terapeutici riferibili allo **Stile Terapeutico** gestalticamente in gioco con lo **Stile di Vita del Paziente**.

3) I **percorsi** della psicoterapia possono essere così intesi, come un "**movimento verso una meta**" (Adler, 1933) [12, 11] che si radica nella tradizione, ma che comporta altresì una evoluzione verso continui studi e dibattiti, considerati quale parte di accesso alla complessità dei trattamenti.

### Bibliografia

1. AA.VV., *Focus sulla formazione del medico*, Torino Medica, 26/3/2015: 7-54.
2. ABBAGNANO, N. (1939), *La struttura dell'esistenza*, Paravia, Torino.
3. ABBAGNANO, N. (1948), *Esistenzialismo positivo, Due saggi*, Taylor, Torino.
4. ABBAGNANO, N. (1961), voce "Atteggiamento", in *Dizionario di Filosofia*, Unione Tipografico – Editrice Torinese, Torino 82-83.
5. ADLER, A. (1908), *Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes*, in ADLER, A., FURTMÜLLER, C. (a cura di, 1914) *Heilen und Bilden. Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individualpsychologie*, Reinhard, München, tr. it. Il bisogno di tenerezza del bambino, in *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 7-15, 2006.
6. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Astrolabio, Roma 1967.
7. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma 1975.
8. ADLER, A. (1928), *Die Technik der Individual Psychologie*, Fisher Taschenbuck Verlag, tr. fr. *Le "journal" de Claire Macht. Technique de la psychologie individuelle comparée*, Pierre Belfond, Paris 1981.
9. ADLER, A. (1929), *Problems of neurosis*, Harper Torchbooks, New York.
10. ADLER, A. (1931), *The case of Mrs. A (The Diagnosis of a Life-Style)*, tr. it. Il caso della Signora A. (La diagnosi di uno stile di vita), *Riv. Psicol. Indiv.*, 42: 9-41.
11. ADLER, A. (1911-1933), *Cooperation between the sexes*. Ed. and Transl. by ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R., Norton Company, New York 1978
12. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr.it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997
13. ADLER, A. (1935), *The structure of neurosis*, *International Journal of Individual Psychology*, 1, 2, 3, N. 2.
14. ADLER, A. (1937), *Significance of early recollections*, *International Journal of Individual Psychology*, 3 (4),: 283-287.

15. ADLER, G. (1980), Transference, real relationship and alliance, *Int. J. Psychoanal.*, 61: 547-558.
16. ADLER, K. (1967), La psicologia individuale di Adler, in WOLMAN, B. L. (1967), *Psychoanalytic Techniques*, tr. it. *Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*, Astrolabio, Roma 1974.
17. ALES BELLO, A. (1998), Prefazione alla seconda ed. di STEIN, E. (1917), *Zum problem der Einfühlung*, tr. it. *Il problema dell'Empatia*, Studium, Roma, 1998: 5-10.
18. ALLPORT, G.W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
19. ANCORA, A., SBARDELLA, A. (2011), a cura di, *L'approccio transculturale nei servizi psichiatrici. Un confronto tra gli operatori*, Franco Angeli, Milano 2011.
20. ANDERSON, L., CARTER, J. H. (1982), Psychotherapy: patient-therapist matching reconsidered, *J. Nat. Med. Assoc.*, 74, 5: 461-464.
21. ANSBACHER, H. L. (1967), Life Style: A Historical and Systematic Review, *J. Indiv. Psychol.*, 23: 191-212.
22. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, G. Martinelli & C., Firenze 1997.
23. ATTILI, G. (1994), Voce "Attaccamento" in BONINO, S. (a cura di), *Dizionario di Psicologia dello Sviluppo*, Einaudi, Torino: 69-74.
24. AXELROD, R. (1984), *The Evolution of Cooperation*, Basic Books, New York 1984.
25. BARGH, J. A. et alii (2012), *Automaticity in Social-Cognitive Processes*, in "Trends in Cognitive Sciences", 16, 12: 593-605, dicembre 2012, tr. it. *La nostra mente inconscia*, in Riv. Le Scienze, Scientific American, Marzo 2014: 34-41.
26. BARTOCCI, G. (2014), *Elementi di valore terapeutico nelle Psicoterapeute Transculturali*, in LALLI, N. et al. *Il Processo Terapeutico in Psicoterapia*, Edizioni Universitarie Romane, Roma: 273 -304.
27. BATEMAN, A., FONAGY, P. (2007), *Mentalizing and borderline personality disorder*, tr. it. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*, Raffaello Cortina, Milano 2010.
28. BELLAK, L. (1981), *Crises and special problems in psychoanalysis and psychotherapy*, Brunner-Mazel, New York.
29. BIANCONI, A. (2010), Finzione e contro-atteggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 7-27.
30. BION, W., R. (1963), *Elements of Psychoanalysis*, tr. it. *Gli elementi della psicoanalisi*, Armando, Roma 1973.
31. BOELLA, L. (2006), *Sentire l'altro. Conoscere e praticare l'empatia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
32. BOLOGNINI, S. (2006), Voce "Empatia", in *Psiche*, Einaudi, Torino: 387-392
33. BONINO, S. (2006), Voce "Empatia", in *Psiche*, Einaudi, Torino: 384-386.
34. BORGOGNO, F. (1980), L'osservazione dell'"*hic et nunc*" nei primi colloqui terapeutici, in TRENTINI, G. (a cura di), *Manuale del colloquio e dell'intervista*, ISEDI Arnoldo Mondadori Ed., Milano 1980, cap. 13.
35. BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2002), Explicating the implicit: the local level and the microprocess of change in the analytic situation, *Int. J. Psychoanal.*, 83: 1051-1062.

36. BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2005a), The “something more” than interpretation revisited: sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter, *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 53: 693-729.
37. BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2005b), Response to commentaries, *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 53: 761-769.
38. BOWLBY, J. (1969), *Attachment and Loss*, Hogarth Press, London.
39. BOWLBY, J. (1988), *A secure base: clinical application of Attachment Theory*, tr. it. *Una base sicura*, Cortina, Milano 2007.
40. BROMBERG, P. M. (1998), *Standing in the Spaces*, tr. it. *Clinica del trauma e della dissociazione*. Raffaello Cortina, Milano 2007.
41. CAROTENUTO, A. (1986), *La colomba di Kant: problemi del transfert e del controtransfert*, Bompiani, Milano 1986.
42. COLEMAN, J. C. (1964), *Abnormal psychology and modern life* (3rd edition), Scott Foresman, Chicago.
43. COLLI, A., PRESTANO, C. (2006), *La ricerca empirica sul controtransfert: metodi e strumenti*, in DAZZI, N., LINGIARDI, V., COLLI, A., (a cura di), *La ricerca in psicoterapia – Modelli e strumenti*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 14: 301-327.
44. COLLI, A. (2006), *La ricerca sugli interventi del terapeuta* in DAZZI, N., LINGIARDI, V., COLLI, A., (a cura di), *La ricerca in psicoterapia – Modelli e strumenti*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 7: 369-387.
45. COLLODI, D. (1881-1883), *Le avventure di Pinocchio*, Einaudi, Torino 1971.
46. CREMERIUS, J. (1985), *Il mestiere dell’analista*, tr. it., Boringhieri, Torino 1985.
47. CURTIS, J. M. (1981), Effect of therapist’s self-disclosure on patient’s impressions of empathy, competence, and trust in an analogue of a psychotherapeutic interaction. *Psychol. Rep.* 48: 127-136.
48. DAZZI, N., SPERANZA, A. M. (2014), Apporti alla Teoria dell’attaccamento allo studio del cambiamento, *Giornale Italiano di Psicologia*, XLI, 4: 703-714
49. DE MARTIS, D. (1980), Realtà, fantasma e conoscenza nell’incontro paziente-psichiatra, in TRENTINI, G. (a cura di), *Manuale del colloquio e dell’intervista*, ISEDI Arnoldo Mondadori Ed., Milano 1980, cap. 12.
50. DI SUMMA, F., VIDOTTO, B. (2010), Finzione e stile di vita, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 53-58.
51. DREIKURS, R. (1950), *Foundamentals of Adleran Psychology*, tr. it. *Lineamenti della Psicologia di Adler*, La Nuova Italia, Firenze 1968.
52. ELLEBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell’inconscio*, Boringhieri, Torino 1972.
53. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra*, CSE, Torino 2002.
54. FASSINO, S. (2010), Finzione e processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 59-80.
55. FASSINO, S. (2014), La resistenza ai trattamenti nell’anoressia nervosa: la psicoterapia psicodinamica adleriana ha una specifica indicazione?, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 31-60.
56. FASSINO, S. (2015), Cosa è essenziale per il cambiamento in psicoterapia?, Editoriale Newsletter Sipm, Num. 13-14.

57. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2010), *Manuale di Psichiatria Bio-Psicosociale*, CSE, Torino.
58. FERRERO, A. (2004), *Moduli di legame e qualità della relazione terapeutica*. in: ROVERA, G. G., et Al. (a cura di), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, CSE, Torino.
59. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei Dipartimenti di Salute Mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria Edit., Torino.
60. FERRIGNO, G. (2005), Il “piano di vita”, i processi selettivi dello “Stile di Vita” e la comunicazione implicita della “coppia terapeutica creativa”: dalla “teoria alla clinica”, *Riv. Psicol. Indiv.*, 58: 59-97.
61. FREUD, S. (1912), Recommendations to physicians practicing psychoanalysis, in *Standard Edition of the Complete Psychological Works*, Vol. XII, Hogarth, London.
62. FREUD, S. (1921), *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, tr. it. in *Opere*, Borighieri, Torino 1977, vol. IX.
63. GABBARD, G. O. (1995), Countertransference: the emerging common ground, in *Int. J. Psychoanal.*, 76: 475-485.
64. GABBARD, G. O. et al. (2012), *Professionalism in Psychiatry*, tr. it. *La professione dello psichiatra*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2013.
65. GALIMBERTI, U. (1992), *Dizionario di psicologia*, UTET, Torino.
66. GALLAGHER, S., ZAHAVI, D. (2008), *The Phenomenological Mind*, tr. it. *La mente fenomenologica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2009.
67. GALLESE, V. (2003), La molteplice natura delle relazioni interpersonali: la ricerca di un comune meccanismo neurofisiologico, *Networks*, 1: 24-47.
68. GELSO, C. (2002), Real relationship: the “something more” of psychotherapy, *J. Contemp. Psychot.*, 32: 35-40.
69. GIBERTI, F. (1982), a cura di, *L'identità dello psichiatra*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1982.
70. GILL, M. (1993), Tendenze attuali in psicoanalisi, *Psicoterapia e Scienze Umane*, 3: 5-26.
71. GRANDI, L. (2008), Il sogno nell'analisi adleriana, *Riv. di Psicol. Indiv.*, 64: 87-96.
72. GREENSON, R. (1961-1962), Zum Problem der Empathie, in *Psyche*, 1961-1962, n. 15
73. GREENSON, R. (1965), The working alliance and the transference neurosis, *Psychoanal. Quarterly.*, 34: 155-181.
74. GREENSON, R. (1967), *The technique and practice of psychoanalysis*, Int. Univ. Press, New York, tr. it. *Tecnica e pratica psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano.
75. GREENSON, R. (1972), Beyond Transference and Interpretation, *Int. J. Psychoanal.*, 53: 213-217.
76. GREENSON, R. (1978), *Explorations in Psychoanalysis*, tr. it. *Esplorazioni psicoanalitiche*, Borighieri, Torino 1984.
77. GUGGENBÜHL-CRAIG, A. (1983), *Macht als Gefahr beim Helfer*, tr. it. *Al di sopra del malato e della malattia*, Cortina, Milano 1987
78. GUY, J. D. (1994), *The personal life of the psychotherapist*, tr. it. ROVERA, G. G. (a cura di), *La vita privata e professionale dello psicoterapeuta*, CSE, Torino: 217-291.

79. HARRIS, A. (2005), Transfert, controtransfert e relazione reale, in Person, E. S., Cooper, A. M., Gabbard (a cura di), *The Psychiatric Publishing Textbook of Psychoanalysis*, tr. it. *Psicoanalisi: Teoria, Clinica, Ricerca*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006: 327-352.
80. HEIDAN, P. (1950) Countertransference, *Brit. Med. J. Psychol.*, 33: 9-15
81. HUSSERL, E. (1913), *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie*, tr. it. *La crisi delle scienze europee e la filosofia trascendentale*, Il Saggiatore, Milano 1961.
82. IMBASCIATI, A., CRISTINI, C., DABRASSI, F., BUIZZA, C. (2008), *Psicoterapie: Orientamenti e Scuole. Scienza, Misconoscenza e caos nell'artigianato delle psicoterapie*, CSE, Torino.
83. JASPERS, K. (1913- 1959), *Allgemeine Psychopathologie*, tr. it. *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1964.
84. JASPERS, K. (1919), *Psychologie der Weltanschauungen*, tr. it. *Psicologia delle visioni del mondo*, Astrolabio, Roma 1950.
85. KERNBERG, O., F. (1976), Borderline Personality Disorders, *J Person. Disord.*, I: 324 – 346.
86. KOHUT, H (1977) The analysis of the Self, *Int. Universities Press*, New York.
87. KRUTTKE RÜPING, M. (1990), Transference, Counter-transference and Resistance, tr. it. Transfert, Controtransfert e Resistenza, in AA.VV., *Aspetti generali del processo analitico*, *Indiv. Psychology Dossier – II*, SAIGA ed., Torino 1990.
88. LALLI, N. (1999), *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*, Liguori Editore, Napoli.
89. LANFREDINI, R. (1995), *Filosofia della Scienza*, in ROSSI, P., *Le Filosofie Speciali*, UTET, Torino, I: 69 -135.
90. LEWIN, K. (1935), *A dynamic Theory of Personality*, Mcgraw Hill, New York.
91. LOUIS-HOFFMAN, L. (1990), *The meeting of the therapist with himself*, *Dossier Saiga*, II: 145-157.
92. LUPINACCI, M.A., BIONDO, D., ACCETTI, L., GALEOTA, M., LUCATTINI, A. (2015), *Il dolore dell'analista. Dolore psichico e metodo psicanalitico*, Astrolabio, Roma.
93. MADDOX (1998), Transfert, distorsione paratattica e terapia adleriana, Traduzione a cura di Canziani, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 43-55, 1999.
94. MASCETTI, A. (2010), Finzione e stile di vita, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 117-122.
95. MAY, R., YALOM, I. (1981), *Existential Psychotherapy*, in CORSINI, R. J., WEDDING, D. (1989), *Current Psychotherapies*, 4th edition, Peacock Publishers, Inc., Itasca Illinois.
96. MC GUIRE, W. J. (1969), *The nature of attitudes and attitude change*, in LINDZEY G., ARONSON, E. (a cura di), *Handbook of social psychology*, Addison-Wesley, Reading, vol. III.
97. MECACCI, L. (a cura di, 2012), Voce “Controtransfert”, *Dizionario delle Scienze Psicologiche*, Zanichelli, Bologna: 240.
98. MICHEL, L. (1999), Des Stéréotypes culturels au transfert-contre-transfert dans la relation psychothérapique interculturelle, *Psychothérapies*, 19, 4: 247-255.
99. MINKOWSKI, E. (1966), *Traité de psychopathologie*, Presses Universitaires De France.
100. MITCHELL, S. (2002), *Il modello relazionale. Dall'attaccamento all'intersog-*

gettività, Raffaello Cortina, Milano.

101. MOSAK, H. H. (1969), Early recollections: Evaluation of some recent research, *J. Indiv. Psychol.*, 25(1): 56.
102. MOSAK, H. H. (1989), Adlerian Psychotherapy pp 65:116, in *Current Psychotherapies* (4th ed.), F.E. Peacock Publisher Inc., Itasca, Illinois.
103. MUNNO, D., ZULLO, G., LERDA, S. (2010), La relazione paziente-terapeuta: l'incontro delle finzioni, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 123-128.
104. NORTHOFF, F. (2011), *Neuropsychoanalysis in Practice: Brain, Self and Objects*, tr.it. *Neuropsicoanalisi in pratica. Cervello, Sè e Oggetti*, Ananke, Torino 2014.
105. OSIMO, F. (2003), *Experiential Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Manual*, Authorhouse, Bloomington, IN.
106. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel "setting" adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-41.
107. PALVARINI, P. (2009), La relazione reale come fattore terapeutico in psicoterapia, in *Psicobiiettivo – Riv. Quadrimestrale di psicoterapie a confronto*, vol. XXIX, 1-2009: 131-147, Franco Angeli, Milano.
108. PANCHERI, P., BRUGNOLI, R. (1992), Effetto placebo e fattori terapeutici comuni, in CASSANO, G. B., PANCHERI, P. et alii (a cura di), *Trattato italiano di psichiatria*, vol. III, seconda edizione, Masson, Milano-Parigi-Barcellona 94: 3188.
109. PAPANEK, H. (1959), Emotion and intellect in psychotherapy, *Am. J. Psychot.*, 13: 150-173.
110. PAPANEK, H., PAPANEK, E. (1961), Individual Psychology today, *Am. J. Psychot.*, 15: 4-26.
111. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Ed. Astrolabio - Ubaldini Editore, Roma 1983.
112. PARENTI, F., ROVERA, G. G., PAGANI, P. L., CASTELLO, F. (1975), *Dizionario ragionato di Psicologia Individuale*, Raffaello Cortina, Milano.
113. PERROT, E. (1996), De la supervision de psychothérapie d'inspiration psychanalytique: essai sur le maniemnt du contre-transfert, *Psychothérapies*, 16, 2: 93-100.
114. PONCE, D. E. (1998), *Cultural Epistemology and Value Orientations* in OPKAKU, S. O. (Ed) *Clinical Methods in transcultural Psychiatry*, A.M. Psych. Press, Washington.
115. REDDY, V. (2008), *How infants Know minds*, tr. it. *Cosa passa per la testa di un bambino*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2010.
116. RIMONDINI, M. DEL PICCOLO, L. (2002), L'approccio centrato sul paziente: dalla medicina generale alla psichiatria, *Epidemiologia e psichiatria Sociale*, 11, 4: 232-236.
117. RIZZOLATTI, G., SINIGALLIA, C. (2006), *So quello che fai*, Raffaello Cortina, Milano.
118. ROTTER, J.B. (1966), Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological monographs: General and applied*, 80 (1), 1.
119. ROVERA, G. G. (1978), "Die Individualpsychologie: Einoffenes System, Beitrage Zur Individual Psychologie", 13. *International Congress IAIP*, ACTA.
120. ROVERA, G. G. (1984), Paradox And Double Bind in *Beitrage Zur Individual Psychologie*, 3. E. R. Verlag Munchen/Basel: 66-69.

121. ROVERA, G. G. (1984), Problèmes de formation en psychothérapie, *Psychothérapies*, 1-2: 65-72.
122. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale in (a cura di), *L'esperienza analitica: collettività ed individuo*, in *Ind. Psychol. Dossier-I*, SAIGA, Torino: 93-119.
123. ROVERA, G. G. (1998), "La Psicologia Individuale come modello di rete e rete di modelli", *Seminario SAIGA*, Torino.
124. ROVERA, G. G. (1999), La collusione di coppia, in AA.VV., *La Coppia*, I: 483-492, Franco Angeli, Milano, 1999.
125. ROVERA, G.G. (1999), La Psicologia Individuale, in Pancheri P., Cassano G. B., *Trattato Italiano di Psichiatria*, vol. III, Masson, Milano, II edizione.
126. ROVERA, G. G. (a cura di) (1999), *Tradizione e Cambiamento*, CSE, Torino.
127. ROVERA, G. G. (2002), "Das Netzwerkmodell in der Individual Psychologie auserkenn theoretischer Sicht in ZAPOTOCZKY, H. G., *Psychiatrie der lebensabschnitte*, Springer, Wien.
128. ROVERA, G. G. (2004), Iatrogenia e Malpratica in Psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 7-50.
129. ROVERA, G. G. (2004), Il modello adleriano nelle relazioni di aiuto, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 9-14.
130. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
131. ROVERA, G. G. (2010), Peripezie della finzione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 129-171.
132. ROVERA, G. G. (2013), Per una psicoterapia appropriata, *Riv. Psicol. Indiv.*, 73: 5-11.
133. ROVERA, G. G. (2014), Le alleanze terapeutiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 3-30.
134. ROVERA, G. G. (2015), Alcune riflessioni sull'Esistenzialismo in Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 77 [in press].
135. ROVERA, G. G. (2015), Riduzionismi e non, *Riv. Psicol. Indiv.*, 77 [in press].
136. ROVERA, G.G., LERDA, S., BARTOCCI, G. (2014), Psicoterapia Dinamica Culturale, *Riv. di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, Vol. II, S1: 1-14, [www.psiculturale.it](http://www.psiculturale.it).
137. SCHELER, M. (1923), *Weser un formen der sympathie* tr. it *Essenza e forma della simpatia*, Città Nuova, Roma, 1980.
138. SCHNEIDER, K. (1950), *Klinische Psychopathologie*, tr. it. *Psicopatologia clinica*, Città Nuova, III ed. italiana, Roma 1983.
139. SCHNEIDER, P. B. (1976), *Propédeutique d'une psychothérapie*, Payot, Paris.
140. SHULMAN, B. H. (1965), A comparison of Allport's and the adlerian concepts of life style: Contributions to a psychology of the self, *Individual Psychologist*, 3: 14-21.
141. SHULMAN, B. H. (1973), *Contributions to Individual Psychology – Selected Papers*, Alfred Adler Institute Ed., Chicago 1981.
142. SHULMAN, B. H., MOSAK, H. H. (1988), *Manual for Life Style Assessment*, tr. it. *Manuale per l'analisi dello Stile di Vita*, Franco Angeli, Milano 2008.
143. SMITH, R.C. (1999) Cohomprehensive, research based interviewing guidelines in general practice settings. *Epidemiologia e psichiatria Sociale*, 8: 85-91.
144. STEIN, E. (1917), *Zum problem der Einfühlung*, tr. it. *Il problema dell'Empatia*,

Studium, Roma 1985.

145. STOLOROW, R. (1997), Dynamic, dyadic, intersubjective systems: an evolving paradigm for psychoanalysis, *Psychoanal. Psychol.*, 14: 337-346.

146. SULLIVAN, H., S., (1953), *The Interpersonal theory of Psychiatry*, tr. it. *Teoria interpersonale della Psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1962.

147. TITZE, M., (1998), La Vergogna e il complesso di Pinocchio, *Riv. Psicol. Indiv.*, 43:15-29.

148. TRENTIN, R. (1994), voce "Atteggiamento", in BONINO, S. (a cura di, 1994), *Dizionario di psicologia dello sviluppo*, Einaudi, Torino 74-80.

149. TSENG, W. S. (2001), *Handbook of Cultural Psychiatry*, tr. it. *Manuale di Psichiatria Culturale*, CIC, Roma.

150. TURILLAZZI MANFREDI, S., PONSI, M. (1999), Transfert-controtransfert e intersoggettività. Contrapposizione o convergenza?, *Rivista di Psicoanalisi*, 4: 697-720.

151. URTUBEY, L. de (1994), Le travail de contre-transfert. *Rev. Franç. Psychanal.*, 43, 4: 1271-1372.

152. VAHINGER, H. (1911), *Die Philosophiedes Als Ob*, tr. it. *La filosofia del Come Se*, Ubaldini Editore, Roma 1967.

153. VENDER, S. (1997), La maschera della finzione (a cura di), Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

154. VIEDERMAN, M. (1991), The real person and the analyst and his role in the process of analytic cure, *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 39: 451-489.

155. WALLIN, D. J. (2007), *Attachment in Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*, Ed. Il Mulino, Bologna 2009.

156. WAMPOLD, B. E. (2015), How important are the common factors in psychotherapy? An update, *World Psych.*, 14: 270-277.

157. WAMPOLD, B. E., BUDGE, S. L. (2012), The 2011 Leona Tyler Award address: the relationship - and its relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *Couns Psychol.*, 40: 601-23.

158. WILL, O. A. (1979), Comments on the professional life of the psychotherapist. *Contemp. Psychoanal.*, 15: 560-575.

159. WINNICOTT, D., W. (1949), Hate in the Counter-Transference. *Int. J Psychoanal.*, 30: 69-74.

160. ZAMBELLI, A. (2014), *Adler face à Freud: Une différence à sauvegarder. Dialogue intime entre les deux matrices de la psychothérapies psychanalytique*, L'Harmattan, Paris.

Gian Giacomo Rovera

Corso Einaudi, 28

I-10124 Torino

E-mail: ggrovera@hotmail.com