

Finzione e contro-atteggiamento

ALESSANDRA BIANCONI

Summary – FICTION AND COUNTER-ATTITUDE. In the theoretical-methodological Adlerian system, concepts of fiction, fictional goal, enhanced fiction, subtend the psychic development of the individual, the unfolding of his intrapsychic dynamism and of his possibility to be in relationship with other people. These concepts also subtend his psycho-pathological patterns and the stages of psychotherapeutic process. Recent neuro-scientific and psychotherapy process research have shown the full analyst's role, together with the patient, to create and develop therapeutic alliance and relationship. The counter-attitude, in the current Adlerian meaning, shows the complexity of therapist's transference and counter-transference movements towards the patient. The "functionality" of the counter-attitude, represents a track of work for the therapist and for the therapeutic couple, for it is a path towards goals of changing, therapeutic goals, also fictional, as overviews on new possibilities of freedom for the patient. In the unfolding of therapeutic processes, therapist's and patient's fictional goals (both the evolutionary, going towards the projectable pole of the individual, and the psycho pathogen ones) intertwine with therapy's purposes. For this reason, therapist's attention will have to be constant, in order to make the fictionalizing of his own counter-attitude, functional towards therapy's purposes, serving a possible and advantageous changing for the patient (oriented to the useful side of life). The risk of iatrogenic effects can show up when the fictions of the therapeutic process are intertwined with an excessive methodological rigidity or, on the contrary, with an excessive emotionality of the meeting and when these fictions collude with the therapist's needs, or with patient's fictional goals, or fictional goals of both.

Keywords: TRANSFERENCE/COUNTERTRANSFERENCE, FICTION, EMPATHIC COMMUNICATION

*«Il nuovo paziente, mai incontrato prima,
non è una persona ma una relazione».*

Stern D., 1998

I. Introduzione

Queste parole di Stern [67] sottolineano un aspetto fondamentale per tutti noi, come individui, come psicoterapeuti e analisti, come psichiatri e psicologi adleriani: la relazione.

Sin dalle origini della Psicologia Individuale, Kunkel [48] sottolineava come il cambiamento delle prospettive interiori avviene solo all'interno dello scambio relazionale o, in altre parole, sia collegabile ad esperienze emotive correttive. La Psicologia Individuale sottolinea gli aspetti interpersonali, intersoggettivi e transculturali del rapporto tra terapeuta e paziente ed evidenzia come "la matrice delle dinamiche intrapsichiche debba essere considerata come transindividuale, tramite una connessione profonda tra l'individuo ed i gruppi o sottogruppi sociali di appartenenza" [61].

Perché questo sia possibile noi terapeuti dobbiamo proporci attraverso un'identificazione che ci renda possibile partecipare ai referenti culturali, religiosi, linguistici, economici e sociali del paziente sia sotto il registro storico-biografico, ma anche simbolico-fantasmatico e progettuale.

II. È possibile l'identificazione o si tratta di una finzione?

Le ipotesi individualpsicologiche sono da tempo focalizzate sulla funzione di cambiamento propria di stili relazionali sperimentati *hic et nunc* nel *setting* e trovano nelle acquisizioni neurocognitive delle importanti convalide [24, 28]. Le ricerche neurobiologiche e le ricerche sui processi delle psicoterapie hanno mostrato che l'analista partecipa pienamente, insieme al paziente alla co-creazione e alla co-costruzione della relazione analitica [33, 34]; esse inoltre sottolineano l'efficacia della psicoterapia e sono congruenti e sintoniche con il pensiero Individual Psicologico.

Figura 1

<p style="text-align: center;"><i>Finzioni</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Idee soggettive comprendenti elementi consci ed inconsci. Svolgono l'utile funzione di mettere l'uomo nella condizione di mediare tra i propri bisogni e la realtà, in una prospettiva <i>finalisticamente orientata</i>. Le finzioni sono immagini guida. Ansbacher H., Ansbacher R. (1956)• Costrutti, rappresentazioni mentali inconscie, soggettive, non sottoposte a conferme o verifiche, utili per orientarsi nel mondo. <p>«È nelle situazioni di incertezza che esse divengono imperativi della legge, dell'ideale, del libero arbitrio: all'infuori di questi momenti, restano silenti e agiscono nel buio dell'inconscio allo stesso modo di tutti i meccanismi psichici».</p> <p style="text-align: right;">Adler A. (1912)</p>

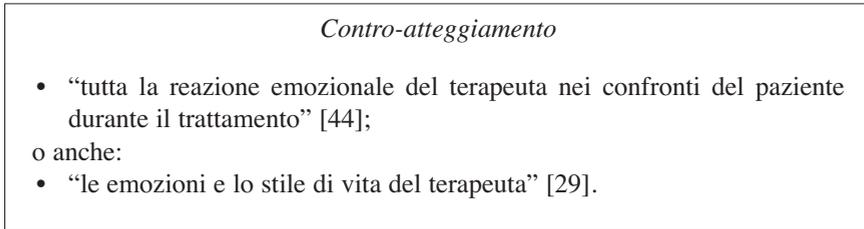
Non è mia intenzione addentrarmi didatticamente e teoricamente nel mondo delle finzioni (Fig.1), voglio solo rimarcare che il mondo del “come se” (finzioni), distinto dal mondo della realtà, è comunque influenzato dalla realtà esterna, e dall’esperienza emotiva che di questa si fa, esperienza che imprime o può imprimere un cambiamento di forma alle finzioni direttrici.

Il controtransfert (Figura 2, Figura 3), diversamente dal passato, sta diventando sempre più uno strumento necessario ed indispensabile per la comprensione del paziente, soprattutto dei pazienti con gravi disordini della personalità, quali sono così frequentemente quelli che incontriamo oggi. Di questo stesso avviso sono oggi importanti ricercatori ed autori [31, 32, 42, 67]. Questi stessi ricercatori propongono che i momenti spontanei, autentici quando l’analista fuoriesce dai confini della tecnica, del rituale analitico, siano i momenti chiave che contribuiscono a determinare il cambiamento (*enactment affettivi*).

Figura 2

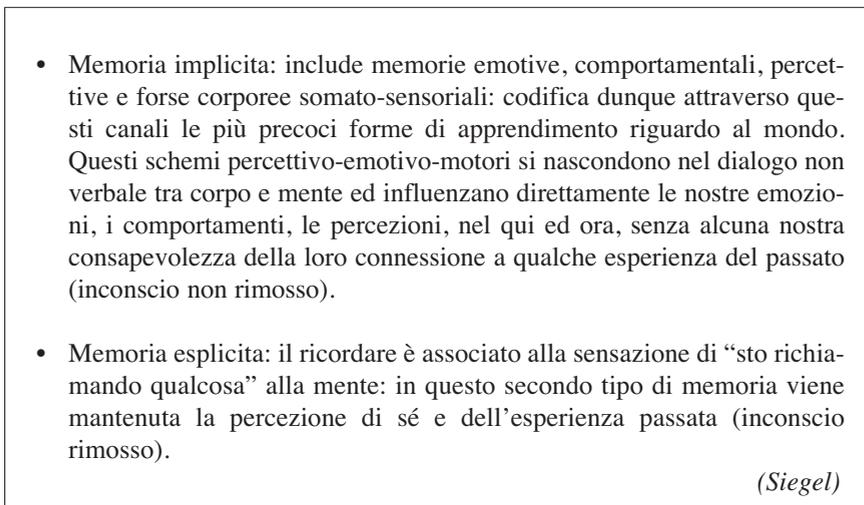
<i>Transfert</i>
<ul style="list-style-type: none"> • È inteso, in Psicologia Individuale, non come fenomeno patologico, ma spontaneo ed ubiquitario delle relazioni umane e si manifesta come quell’atteggiamento ripetitivo che, in linea con il piano di vita elaborato, il paziente manifesta; • “tutto ciò che il paziente vive ed associa alla persona dell’analista, anche se deriva dall’esperienza di una precedente relazione oggettuale” [55] e ancora “tutti i fenomeni che costituiscono la relazione del paziente con l’analista” [49]. • sotto il profilo relazionale corrisponde all’utilizzo attuale di modalità privilegiate apprese: il modo di interagire col terapeuta fornisce informazioni sulla personalità, gli stili di attaccamento ed il funzionamento interpersonale del paziente, dal momento che, fin dalla nascita, tutto l’essere del bambino si sviluppa nel contesto delle esperienze con gli altri [20, 25]; • sotto il profilo intrapsichico, il transfert esprime precoci “moduli di legame” [9, 10, 11, 26, 28, 58, 60] interiorizzati ovvero permette di comprendere in che modo queste relazioni significative sono state inconsciamente registrate all’interno dell’individuo e strutturano la psiche. Le modalità con cui si svolgono queste relazioni significative vengono registrate all’interno dell’individuo, anche nell’inconscio, e diventano come “immagini guida” per orientarsi nella vita. Queste immagini guida inconscie sono chiamate “finzioni” da Adler [3, 5, 24].

Figura 3



Alla luce di recenti acquisizioni sui *mirror neurons*, [56, 57, 64, 65] come substrato neurobiologico della comunicazione empatica [25], processi come *l’embodied simulation* e *l’intentional attunement* sarebbero necessari per trasformare la comunicazione empatica in comprensione empatica reciproca tra paziente e terapeuta. Questi processi interiorizzano a livello procedurale, implicito ed inconscio, gli aspetti non verbali del comportamento, i microagiti e le espressioni emotive l’uno dell’altro (quindi fanno riferimento alla memoria implicita, inconscia e pre-simbolica) (Figura 4) [16]. I momenti di significato (*now moments*) e i momenti d’incontro (*moments of meeting*) sono una specie di “momento della verità”, affettivamente carichi, che avvengono nel *qui ed ora* della relazione e che aprono ad un nuovo contesto intersoggettivo. Rappresentano un nuovo assetto di ricordi impliciti [40, 41, 51, 52, 66, 67].

Figura 4



Il “momento presente” non è prevedibile e suscita sorpresa, sia nel terapeuta che nel paziente, quando si manifesta in terapia; spesso il terapeuta non sa cosa fare,

e giustamente: infatti, se il terapeuta “sapesse” cosa fare, avrebbe probabilmente perso il “momento presente”, magari nascondendosi velocemente dietro alla tecnica. È un processo che non richiede interpretazione e non necessita di essere esplicitato verbalmente. In breve, se un’“interpretazione” è lo strumento tecnico che cambia il panorama intrapsichico della conoscenza esplicita del paziente, un “momento di incontro” è l’atto che cambia il panorama intersoggettivo della conoscenza relazionale implicita.

La comprensione empatica, anche se innestata su un substrato neurologico, sostiene il processo solo se orientata finalisticamente verso il cambiamento possibile per il paziente e non se collude con i bisogni del terapeuta, ad esempio con i bisogni narcisistici di essere amato e riconosciuto, oppure con i bisogni di onnipotenza ed efficacia [13, 17]. Le aspettative ed il finalismo del terapeuta sono molto importanti perché segnano il confine tra una comunicazione finzionale ed una autenticamente volta al benessere del paziente.

L’embodied simulation o *simulazione interiorizzata* [38] o *imitazione implicita inconscia* reciproca tra terapeuta e paziente supporta e fornisce un possibile substrato neuronale per gli attuali assunti sul transfert e contro-transfert. La *simulazione incorporata* sarebbe un meccanismo obbligatorio, inconscio e prerenflessivo che non è il risultato di uno sforzo cognitivo deliberato e conscio mirato all’interpretazione delle intenzioni nascoste nel comportamento evidente degli altri, cioè non si tratta di una *simulazione standard* od *esplicita* dello stato interno altrui. Nella simulazione interiorizzata la percezione del comportamento altrui attiva automaticamente nell’osservatore lo stesso programma motorio che è alla base del comportamento osservato. Cioè, internamente si imita il comportamento osservato, stabilendo automaticamente una linea diretta esperienziale tra l’osservatore e l’osservato in cui in entrambi viene attivato lo stesso substrato neuronale. È l’attivazione di un meccanismo neuronale condiviso dall’osservatore e dall’osservato che permette la comprensione esperienziale.

Pertanto, quando confrontiamo il comportamento intenzionale degli altri, il nostro sistema cervello/corpo modella le sue interazioni col mondo, genera uno specifico stato fenomenologico di “sintonizzazione intenzionale” (simulazione incorporata). Questo singolare stato genera un tipo particolare di familiarità con gli altri individui. I differenti sistemi di neuroni specchio ne rappresentano le basi neurobiologiche [37, 38]. Tramite la simulazione incorporata non soltanto “vediamo” un’azione, un’emozione o una sensazione. Fianco a fianco con la descrizione sensoriale degli stimoli sociali osservati, le rappresentazioni interne degli stati del corpo associate con queste azioni, emozioni e sensazioni sono evocate nell’osservatore, “come se” lui stesse facendo un’azione simile o stesse provando una sensazione o emozione simili.

Essere aperti ai diversi strati della nostra esperienza, che spesso coinvolge il mondo non verbale delle sensazioni e degli affetti oltre alla nostra comprensione verbale, è una posizione importante per il terapeuta per muoversi creativamente verso i mondi interni ed interpersonali [15, 22, 25]. All'interno di queste cornici, lo stato di attivazione del cervello del terapeuta serve come risorsa vitale di risonanza che può alterare profondamente le vie attraverso le quali il cervello del paziente si attiva momento per momento. Queste esperienze interattive permettono al paziente di “sentirsi sentito” e capito dal terapeuta: possono anche stabilire nuovi *pattern* di attivazione neuronale che possono portare a cambiamenti nell'ambito della plasticità neuronale [2, 18, 64].

La relazione terapeutica è caratterizzata da continue e reciproche simulazioni tra paziente e terapeuta: è probabile che la simulazione da parte del paziente dell'espressione modificata dal terapeuta dell'esperienza del paziente svolga funzioni terapeutiche regolatrici [25]. L'*embodied simulation* pare essere responsabile del processo di cambiamento e permette un tipo di *comprensione diretta* e non inferenziale. Cioè al paziente giungono, tramite i neuroni specchio, non le parole, ma le emozioni e i sentimenti *veramente* sentiti dal terapeuta. E notiamo spessissimo, nell'esperienza clinica, che un vero agente di cambiamento è proprio il coraggio del terapeuta di credere profondamente nelle possibilità di cambiamento del paziente. È una sorta di *contagio profondo*. Il risultato finale è un cambiamento nella *relazione implicita* di entrambi i membri.

Il *come* il terapeuta reagisce al paziente diventa una protesi (utile o dannosa), un pezzo nuovo del sé del paziente. La comprensione empatica autentica [25] è il cuore dell'incoraggiamento. La psicologia tradizionale diviene davvero una “psicologia di due persone” [6, 7], in cui transfert e controtransfert non vengono più intesi come evento endopsichico ma come un aspetto interattivo [46]. Ne consegue che, da parte del terapeuta, non solo è finzionale una presunta neutralità, ma anche un rapporto pregiudizialmente amichevole. Nel diventare consapevole del proprio controatteggiamento il terapeuta ascolta, osserva le istanze fondamentali che si muovono ed agiscono dentro di sé, come i bisogni di allontanare, avvicinare, amare, punire, sottomettere, incoraggiare ecc. L'uso attivo del controtransfert è estremamente impegnativo per il terapeuta.

Il dialogo interiore dell'analista ha come fine quello di consentire la presa di contatto emotivo con il dialogo interiore del paziente: lo stile di analisi è pertanto espressione dell'essere, del sentire e del fare “creativo” del terapeuta [22, 23] e questo aumenta la responsabilità etica del terapeuta nell'interazione reciprocamente trasformante nel *setting*, infatti, le acquisizioni neurobiologiche sui processi empatici, come l'*intentional attunement*, l'*embodied simulation* [38], e sulla conoscenza relazionale implicita e co-creazione delle dinamiche transferali [68] sollecitano i terapeuti a considerare la trasmissione inconsapevole di simboli

guida, valori e bisogni nell'interazione dei tratti della personalità del paziente e del terapeuta.

Il terapeuta sonderà gli aspetti potenzialmente iatrogeni del suo intervento e necessariamente si confronterà con i propri sentimenti di impotenza, con il senso del limite del suo agire terapeutico, con le preoccupazioni che gli derivano dall'aver accolto il ruolo che il paziente gli ha cucito addosso. Distrazioni troppo frequenti, difficoltà a modulare il silenzio, interpretazioni troppo spesso aspecifiche e non individualizzate oppure un eccessivo bisogno di successo ed efficacia, la difficoltà ad apprezzare gli sforzi del paziente o rassicurazioni eccessive e premature, scarsa disponibilità a riconoscere e ad accogliere l'aggressività del paziente: sono tutti segni di un'inadeguatezza relazionale del terapeuta.

Il paziente è motivato ad ascoltare, ad accogliere e a comprendere le spiegazioni, le interpretazioni, le confrontazioni, le chiarificazioni ed i vari strumenti tecnici utilizzati solo quando avverte rispetto e partecipazione [12, 18, 19], disponibilità e coraggio nel terapeuta. In ogni caso, stabilito un quadro di riferimento, una diagnosi clinica e di struttura, un progetto terapeutico, *la creatività di ogni singola relazione rimane una sorgente irripetibile di promozione umana, libertà ed autenticità* [22, 59]. La ricerca di una sempre più precisa descrizione e comprensione della psicopatologia e dei processi terapeutici è importante per poter proporre trattamenti che sempre più si avvicinino a quell'"abito su misura" su cui è focalizzata la proposta terapeutica adleriana [17].

Per giungere a confezionare tale abito è importante l'attitudine empatica del terapeuta [9, 25, 64], la sua disponibilità ad utilizzare parti di Sé al servizio del paziente e della terapia, la sua capacità di cogliere ed utilizzare le opportunità trasformative dell'*incontro* tra terapeuta e paziente [58], il suo coraggio [1, 7]. Un *training* personale rigoroso, una buona conoscenza della teoria e della tecnica, una continua supervisione degli aspetti teorici e delle dinamiche emotive sono imprescindibili, ma al di là delle conoscenze e capacità tecniche l'aspetto personale più importante che il terapeuta può offrire al paziente è la sua capacità di percepire emozioni differenziate, di mentalizzarle ed integrarle, di comprenderle ed elaborarle, per promuovere la tolleranza dell'ambivalenza e assetti difensivi più evoluti.

Quindi:

1. è necessario che il terapeuta riconosca precocemente dentro di sé le emozioni e ascolti le istanze fondamentali che si muovono ed agiscono dentro di sé in relazione al paziente;
2. è necessario che il terapeuta sia in grado di *gestire* ed *elaborare* internamente questi sentimenti. A questo punto è possibile compiere le scelte tecniche

necessarie per utilizzare questi sentimenti al servizio del paziente, dopo aver approfondito attentamente [28]:

- a. la diagnosi clinica, strutturale e psicodinamica del paziente, ponendo particolare attenzione al livello di funzionamento ed ai meccanismi di difesa utilizzati ed al loro significato nella vita del paziente;
- b. la fase specifica della terapia (esplorativa, trasformativa, prospettica) [59, 61];
- c. la qualità primariamente supportiva od intensiva della relazione;
- d. le mete del progetto terapeutico (conservative o mutative).

In ogni caso, in tutte le fasi della psicoterapia psicodinamica adleriana [4, 25, 27, 63], i fattori processuali di empatia e di incoraggiamento giocano un ruolo fondamentale. Si tratta di due attitudini del terapeuta che hanno a che fare certamente con le sue caratteristiche personologiche, ma anche di due aspetti tecnici raffinati [23], poiché, in un'ottica psicodinamica come quella adleriana, questi due elementi del processo si declinano in modi diversi a seconda della comprensione psicodinamica della sofferenza del paziente [25].

La comunicazione dei nostri sentimenti al paziente avviene comunque e nostro malgrado; possiamo non usare la verbalizzazione, ma spesso utilizziamo espressioni preverbal o non verbali: il tono di voce, la mimica, i suoni, il nostro modo di sederci, la luce possono comunicare al paziente che siamo sintonizzati e consapevoli del loro stato emotivo. “La posizione mentalizzante” [8], cioè la disponibilità a pensare ad un'immagine coerente e chiara dello stato mentale del paziente, è l'attitudine del terapeuta a sapersi chiedere continuamente quali siano gli stati mentali interni, sia suoi che del suo paziente, per cercare di dare un senso a ciò che accade, momento per momento: «Perché ora il paziente dice questo?», «Perché si comporta in questo modo?», «Perché ora mi sento così?», «Cosa è accaduto recentemente nel contesto della relazione che possa giustificare la condizione attuale?».

III. È finzione il gioco di emozioni e rispecchiamento reciproco che si manifesta in terapia, che cambiano nel tempo, con lo stesso paziente e nei diversi pazienti?

Non penso si possa parlare di finzione: i “momenti d'incontro” fra analista e paziente rappresentano una sorta di conoscenza relazionale implicita, quindi “prefinzionale”. Infatti, non sono né simbolicamente/verbalmente/coscientemente rappresentati né dinamicamente inconsci nel senso ordinario del termine [50]. Una risata, uno sguardo empatico, un momento condiviso di tristezza, uno scambio non verbale inaspettato, nel momento in cui il paziente va via dalla seduta, possono essere situazioni significative per riorganizzare modalità relazionali non codificate proceduralmente.

Il terapeuta “autenticamente” si muove su registri finzionali diversificati, comprendendo e poi capendo ciò che avviene nel *qui ed ora* della relazione. Ciò si muove attraverso “come se” che variano nelle varie fasi del processo, evolvendo insieme al paziente, cioè utilizzando, in sintonia ed empatia col paziente, finzioni e strategie finzionali che orientano il percorso e che vanno verso il lato utile della terapia.

Allora il controatteggiamento del terapeuta è finzionale nella misura in cui, per incontrare empaticamente l’altro, si muove lungo registri finzionali che non gli appartengono o che non gli appartengono più. Il terapeuta si muove, quindi, autenticamente: non recita una finzione, non la rappresenta, ma la vive, la esperisce con quella parte di sé che sa muoversi lungo un *continuum* finzionale. Egli è autentico perché autentica è l’intenzione di comprensione, di comunicazione e di aiuto.

Le diverse diagnosi di struttura, sapere come funziona la mente del proprio paziente, qual è il suo approccio alla realtà e gli espedienti di salvaguardia che utilizza, le vulnerabilità, i *deficit* e/o i conflitti, sono informazioni indispensabili anche per gestire e controllare il proprio controatteggiamento, cioè per attingere da quel livello di strutturazione del proprio sé, che è utile in quel momento. Questo senza entrare in confusione rispetto a se stessi ed al proprio assetto interiore. È necessario un costante monitoraggio delle mete, autentiche e finzionali, del terapeuta anche per comprendere le possibili collusioni disfunzionali agli obiettivi della terapia.

Lo svelamento delle finzioni, le interpretazioni, non sono sempre possibili. Talvolta l’obiettivo della terapia è quello di proporre al paziente (o aiutarlo a trovare) finzioni meno distruttive in cui credere e che fungano da nuove linee guida (interventi mutativi *versus* interventi conservativi/supportivi) [13].

Figura 5

- Si è andata strutturando una nuova concezione di setting analitico inteso come campo – in senso fisico – di forze in gioco, in cui si trovano simmetricamente immersi i membri della coppia analitica [46].
- Si considera l’immagine di un analista meno neutrale e più partecipante, che, sulla scia di una valorizzazione del controatteggiamento, può in certi casi “agire” all’interno del setting (enactment), fino a rivelare e mettere in gioco delle parti di sé (*self-disclosure*) [53].

Emerge oggi l'immagine di un analista meno neutrale e più partecipante (Fig. 5), che può in certi casi "agire" all'interno del *setting* (*enactment*), fino a rivelare e mettere in gioco delle parti di sé (*self-disclosure*), in accordo con una visione dell'essere umano come organizzatore di esperienze, come soggetto esperienziale. Il termine *self-disclosure* descrive uno svelamento cosciente e deliberato, e non involontario o inconscio, da parte dell'analista di alcune parti di sé.

Secondo alcuni autori [38, 53], nei momenti più critici di un'analisi, soprattutto con pazienti strutturalmente gravi con i quali si rischiano continue fasi di stallo o reazioni terapeutiche negative, il lavoro analitico è possibile solo se l'analista è in grado di mettere in gioco, o "rivelare", alcune parti di sé all'interno della relazione col paziente, come "sentire per far sentire", "pensare per far pensare", "dire per far dire", "raccontare per far raccontare" [8, 14].

Non esistono norme o prescrizioni che regolino l'uso né dell'*enactment* né tanto meno del *self-disclosure*: prescrivere il *self-disclosure* sarebbe limitante e sbagliato tanto quanto non farlo; se la neutralità o l'auto-rivelarsi sono solo frutto di imposizioni tecniche, e quindi lontani dall'*hic et nunc* della relazione, sono entrambi finzionali e dannosi. È invece fondamentale che l'analista presti un ascolto costante ai propri vissuti, tanto a quelli che lo spingono a mettersi in gioco nella relazione, quanto a quelli che gli raccomandano prudenza e neutralità. Quando il paziente interiorizza le risposte del terapeuta, ciò che viene interiorizzato non è semplicemente una replica del comportamento, ma già una trasformazione di quel comportamento. Questo è un aspetto importante del processo di maturazione e crescita, e perciò di cambiamento, del paziente.

In conclusione i movimenti relazionali tra paziente e terapeuta sono riferibili ad aspetti transferali e controtransferali e rispecchiano anche quanto accade realmente tra entrambi. Inoltre, la conoscenza relazionale implicita [17, 27, 64, 68], come ambito procedurale relazionale caratterizzato dai "now moments" o "momenti di incontro", va distinta a livello intrapsichico dal dominio simbolico del transfert e controtransfert [46, 69]. Quando la relazione terapeutica struttura un'esperienza emotiva correttiva [4] della sofferenza, questa nuova esperienza produce, contestualmente, una *trasformazione* della memoria traumatica implicita, legata all'attaccamento primario e ristruttura almeno in parte, a livello intrapsichico, i circuiti associativi consci ed inconsci [16, 35, 36] ed i moduli di legame del paziente [4, 13, 24, 26, 62].

IV. Esempi clinici

Per rispondere alla richiesta d'aiuto del paziente, il terapeuta deve prendere atto che i sintomi non descrivono solo le sue sofferenze e le sue difficoltà, ma deli-

neano già le soluzioni che è stato capace di elaborare rispetto al proprio disagio. Le risposte dello psicoterapeuta hanno quindi il valore di una proposta alternativa alle risposte già sperimentate dal paziente in parte senza successo.

Durante le sedute, in modo esplicito o talora implicito [50], a livello conscio oppure inconscio, le domande del paziente e le risposte del terapeuta costruiscono nella relazione un insieme di conoscenze che riguardano le possibilità di guarigione del paziente. In questo senso, i riferimenti tecnici che il terapeuta utilizza servono come ipotesi specifiche per lavorare con il paziente [59].

IV. 1. *Marzia*

Marzia mi telefona per chiedere un appuntamento e specifica che non ha fretta di averlo. Quanto segue è avvenuto durante il nostro primo incontro.

Marzia ha quarantadue anni ed è depressa da quando è mancato il padre, circa quattro anni prima.

M. *«Adesso sono io l'adulto, anche per me è iniziata la discesa dalla montagna».*

T. Mi chiedo, senza esplicitarlo, come mai sia così focalizzata sul padre, a cui dice di assomigliare nel carattere. E la madre?

Marzia è una professionista, ha “trovato del lavoro” a P. (suo paese natale), dove si ferma per lunghi periodi anche se non è lontano da Torino, dove hanno casa lei ed il marito.

M. *«E io qui ho un marito! Che fa il mio stesso lavoro, in un suo studio!».* *«Mi sarebbe piaciuto avere figli... ma a lui... no. Ne ha già una. Anche se non ha mai detto di no! Questo è il punto pesante. Mi demotiva».*

T. Mi chiedo senza verbalizzarlo, perché lei non sia stata più esplicita, più decisa nella sua richiesta, visto l'importanza dell'argomento e penso: «ma lei non ha preso di petto la situazione!».

M. *«Sono passati quattro anni con una velocità incredibile!».*

T. Questa sottolineatura mi spinge ad “agire” e le chiedo, così, subito, durante il primo incontro: «Forse ha paura del ruolo materno?».

E improvvisamente il clima relazionale subisce una trasformazione, è “come se” si spalancasse una porta sul suo mondo interno (*now moment*), c'è un passaggio

di emozioni calde tra noi.

M. «Sì! Mia madre se ne è andata via di casa quando avevo nove anni e ci ha lasciate con mio padre».

La madre aveva problemi di insicurezza e d'instabilità emotiva che l'alcool evidenziava.

Concludo il primo incontro con una metafora: «Lei è come una barca che è in mezzo alle acque tranquille di un lago, ma sta lì, come se non sapesse dove dirigersi». La confronto sul problema del tempo e dell'orologio biologico: è ora il tempo di scegliere! Stimolo alcune riflessioni in merito alla "distanza" non solo geografica ma anche emotiva dal marito.

Propongo una *Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy*, di quindici sedute (sia per il suo timore di dipendenza, sia per l'urgenza che sente dentro di sé). Marzia è molto soddisfatta di questa proposta che accetta. Marzia ha un disturbo depressivo distimico secondo il DSM-IV-TR e un'organizzazione nevrotica di personalità facendo riferimento alla proposta di Otto Kernberg [44].

La terapia ha dato un buon esito: si sono raggiunte le aspettative sia della paziente che della terapeuta. Controlli a sei mesi e a un anno hanno confermato il risultato terapeutico di grande attenuazione della sintomatologia depressiva e di mantenimento dei movimenti progressivi sia a livello intrapsichico che relazionale [28].

IV. 2. Marco

Marco ha 28 anni ed è figlio unico di genitori molto ansiosi e controllanti. Si rivolge a me come "ultima spiaggia": soffre d'incontinenza urinaria in certi momenti della sua vita. I vari esami clinici non hanno mostrato alcuna patologia né alterazione funzionale che possa giustificare tale sintomatologia e le terapie farmacologiche non hanno sortito alcun effetto. Laureato in lettere vive con i genitori e lavora come bibliotecario con contratti precari. La famiglia è cattolica e molto praticante. Ha frequentato scuole cristiane. Da ragazzino leggeva molti fumetti, ma poi ha pensato che fosse meglio non lasciarsi andare alle fantasie. Concreto, inibisce le emozioni.

Primi incontri conoscitivi:

M. «Mio padre vuole bene in maniera oppressiva, controlla un po' troppo. Caratterialmente mi trovo meglio con mia madre, abbiamo idee e reazioni simili. È più tranquilla, poco impulsiva. Raramente scoppia. Mio padre respinge in

maniera forte quello che non gli va. Urla. È ansioso. Io prendo l'aereo, non ho paura, non sono così ansioso per quello che può capitare!».

T. Noto, senza verbalizzarlo, il confronto con il padre, l'atteggiamento sotterraneo di sfida, la rivalità.

E ancora:

M. *«Lui mette la sua impronta, vuole sapere tutto. Soffocante, consiglia e prende! È una presenza che non ti lascia quasi decidere! Mia madre consiglia però con modi diversi, è più tranquillizzante!».*

T. «E lei cosa fa per “difendersi”?».

M. *«Quando non ce la faccio più dico che ho bisogno della mia libertà, talvolta subisco, talvolta lascio perdere».*

T. Penso: ma è la stessa cosa!

M. *«Dentro di me c'è questo senso di chiusura, mi sento controllato ed invaso. Mi chiudo in un bastione».*

A proposito di eventuali amicizie femminili:

M. *«Per un motivo specifico dopo un po' si rompe: per un cattivo rapporto con la corporeità delle ragazze».*

T. Noto, senza esplicitarlo, l'uso del “si” impersonale, l'allungamento della distanza dal problema.

Dalla terapia si aspetta di poter cambiare il suo modo di “relazionarsi” con le ragazze e giungere ad un rapporto meno conflittuale con il padre, vuole capire le fonti della propria insicurezza.

Ricordi:

Al tempo della scuola materna: una volta a pranzo ha fatto cadere due bicchieri e la maestra lo ha fatto stare per lungo tempo con le mani legate. Proteste dei genitori. La madre lo consolò parecchio. Poi è successo di nuovo, in estate: fuori, al sole, con le mani legate, non ricorda perché. Sensazione di essere bloccato, non poter fare niente, non poter in alcun modo essere libero.

Ubbidiente, ma maldestro.

M. *«Allora stavo esageratamente attento a non fare pasticci. Non ho più sopportato le imposizioni esterne».*

T. Penso che ha tutto, meno l'aria di un ribelle!

M. *«Noto che ricordo soprattutto i fatti negativi, che non ho digerito, anziché quelli positivi!».*

Nel periodo delle medie fu aggredito inaspettatamente da un ragazzo e dai suoi amici, per la sua amicizia con una ragazza.

M. *«Mi difesi, ma non fui fiero di me, perché comunque subii la situazione, mi difesi troppo tardi. Non sono mai stato tra i non allineati, vi vedevo un pericolo. Mi schieravo dalla parte dei più forti, come idee, non fisicamente, quelli che andavano bene a scuola».*

M. *«Nel luglio della terza media fui mandato ad un soggiorno estivo. Fui mandato da mio padre. Andai con un amico e suo cugino. La prima settimana ok. La seconda settimana mi innamorai di una ragazza che era lì, ricambiato. Al mio amico non stava bene perché la voleva lui. Lui mi ha spaventato, faceva cose che mi mettevano paura. Un bambolottino che legava con un cappio, scherzi brutti, pesanti. Anche un gatto morto. Persecuzione e terrore. Non capivo più cosa era vero e cosa no. Provai un'angoscia profonda, ero alterato. Quelli del centro mi hanno parlato. Poi sono rimasto da solo, al buio. Molti avevano paura che ci fosse qualcuno che volesse fare del male (proiezione). Qualche giorno prima della fine mi hanno mandato via perché avevo creato grande scompiglio. I miei mi sgridarono, il mio amico mi definì "il mostro" e persi per circa un anno gli amici della mia zona. Cambiai scuola proprio per questo, per tenermi lontano dall'ambiente».*

È un ricordo a cui farà riferimento spesso nel corso della terapia.

Nel periodo del liceo, a diciassette anni, partecipa ad un viaggio in Olanda con i genitori, per il Capodanno. Una sera il gruppo decide un tour nel quartiere a luci rosse e lui è praticamente costretto ad andare e ad assistere ad uno spettacolo:

M. *«Era uno spettacolo forte, si simulava, si faceva un atto sessuale. Sono rimasto parecchio scosso (aria disgustata). Avrei voluto alzarmi e scappare. Sono rimasto immobile. Percepì l'immagine di uomini primitivi devirilizzati!».*

Durante il terzo incontro si riallaccia subito, da solo, a quanto detto la volta precedente, circa un mese prima, sull'esperienza al soggiorno estivo a quattordici anni.

M. *«Quel fatto particolare non l'ho superato. Brutto da parte mia... l'azione del mio amico... aver perso il senso, la percezione di ciò che era vero e non era vero! Ci ho messo un po' di tempo a capire. La paura era tale... che è rimasta per un po'. L'unico modo per riprendermi è stato "dimenticare" quello che era successo! Ero solo: non potevo parlarne con i miei! Due anni fa ne ho parlato con un prete! Avevo trascinato persone nella mia paura causando un fuggi fuggi! È una storia di cui si è parlato nella zona per un paio d'anni! Ero tra il visionario e la persona che faceva paura».*

Dopo circa tre anni, ma molto gradualmente, è rientrato a far parte dei gruppi parrocchiali.

M. *«Furono anni difficili: mi sentivo in colpa perché così dovevo sentirmi secondo i miei, che mi penalizzavano».*

T. *«Ha dovuto riconquistarne la fiducia?».*

Lo chiedo... ma ho la sensazione che sia la propria fiducia, quella da riconquistare! Lo sento sperso, solo, senza punti solidi di riferimento, un sé fragile, a rischio.

M. *«Una cotta per una ragazza e da lì è nata tutta la persecuzione ed il terrore! Voleva spaventarmi per allontanarmi!».*

T. *«Non potrebbe essere nato anche da qui il suo disagio con le donne?».*

Formulo questa domanda non tanto per ottenere una risposta, so che l'episodio se mai ha confermato un disagio preesistente, ma per comunicargli partecipazione, interesse e soprattutto che può esserci una causa per il suo disagio, anche se da scoprire, e per saggiare la sua consapevolezza.

M. *«Era la prima volta che mi avvicinavo ad una ragazza... ed è successo questo!».*

T. Appunto! Penso.

M. *«Fino a quel momento mi avvicinavo alle persone in modo facile, limpido! È stato l'unico periodo di alterato contatto con la realtà, poi sono stato molto cauto, concreto, anche per il timore di ricadere in cose simili! Per alcuni anni sono stato più chiuso, attento e molto, molto razionale! Ho limitato la libertà di leggere e di guardare! Non guardavo più, per esempio, i libri di fantascienza. Mi sono gestito da solo!».*

Anni dopo soggiorna in Inghilterra, esperienza molto desiderata.

M. *«È andata bene, ma lì ho capito che non riuscivo ad avere una relazione con una ragazza... neppure un bacio! Qualcosa mi bloccava!».*

Al termine dell'incontro mi porta un sogno:

M. *«Ero sulla giostra dei seggiolini... Non riuscivo mai a prendere la coda, come se nonostante il desiderio, non potessi mai afferrarla!».*

V. Riflessioni al termine degli incontri conoscitivi

Marco ha un aspetto piacevole, curato, ma è "opaco", come nascosto, anche a sé, da una corazza invisibile che mi tiene lontana. Il suo modo di parlare è lento, costante, monotono, ma continuo. Talora sembra ottuso, ma non dice cose ottuse, è come se si nascondesse dietro all'ottusità. Sento che ci sono, ma in modo particolare... come se ci parlassimo attraverso un paravento!

Eppure si apre, dice cose significative... ma il modo in cui lo fa, rende difficile cogliere il peso della sofferenza di certe sue esperienze, come se fosse nota ed insieme nascosta. Mi colpisce l'alone di profonda solitudine che lo circonda, è "come se" fosse lontano da casa e visse in mezzo a persone che parlano un'altra lingua: molto faticoso!

L'esperienza di scollamento a quattordici anni mi preoccupa, non ne comprendo ancora la portata, sebbene non emergano attualmente altri segni di eventuale dissociazione nel corso e forma del pensiero, né alterazioni della percezione. A parte la massiccia negazione e compressione emotiva ed i pesanti sintomi fisici, le proiezioni, e le profonde conflittualità con l'aggressività, da sempre!

So che sarà difficile... che quello che mostra è solo la punta di un iceberg, che lui stesso non sa che esiste. La quantità di cose che sembra ignorare mi schiaccia, la strada o il viaggio che intravedo per noi sembra lunghissimo. Avrò la pazienza? Lui sì, mi rispondo, ma io? Sarò in grado di portarlo gradualmente a percepirsi senza scappare, sarò in grado di portarlo a confrontarsi con i suoi sistemi finzionali e soprattutto evitando i pericoli insiti in eventuali nuclei psicotici? E soprattutto neavrò voglia? Mi sembra ignori troppe cose! Per un momento penso che potrei inviarlo a qualcun altro. Ma ho avvertito una vitalità pulsante, sebbene piccola in lui, un'aspettativa fiduciosa che non mi sento di frustrare.

Concordiamo di iniziare una psicoterapia psicodinamica adleriana (APP) a cadenza settimanale. Iniziano le sedute dove si parla un po' di tutto, dove Marco manifesta il suo profondo senso d'inadeguatezza su varie aree, la sua difficoltà a difendersi dalla "forza", cioè aggressività/intrusività degli altri.

Il mio atteggiamento è cauto, lento, paziente, tranquillamente presente: lo sento fragile. Evito accuratamente di lasciar trasparire eventuali mie emozioni o coloriture: lo turberebbero! Mi sento noiosa, banale ed opaca in seduta, probabilmente perché lui è così (*embodied simulation*). Gradualmente nel tempo questo mio atteggiamento inizia a cambiare, posso permettermi di più, posso esprimermi senza dover valutare troppo attentamente ogni parola. Lui può tollerare di più e abbiamo un linguaggio “comune”. Prendendo qua e là dalle sedute mi colpisce quando, parlando di modelli forti/deboli... lui dice che vorrebbe un modello sicuro!

M. *«Un modello sicuro per mia madre è James Bond!».*

e io spontaneamente: «Ma è impossibile! Certo che se le chiede di essere come James Bond...». (Scarsa tolleranza alle frustrazioni, ideali troppo alti, negazione delle proprie aspirazioni, difese narcisistiche).

Parliamo in generale di intimità, tenerezza, fantasie, sessualità, masturbazione. Frequentemente dopo sedute in cui si affrontano temi sessuali riprende la sintomatologia somatica (incontinenza urinaria): la sessualità manda Marco in confusione e a rischio dissociativo.

Il sintomo lo “salvuarda” dal prendere coscienza dell’eccitazione e del desiderio, da cui fugge. È emerso, circa tre anni fa, che ogni tanto, da anni, sente delle voci che gli parlano. Questo capita soprattutto quando è a “rischio” sessuale (cioè quando vive situazioni che risvegliano il desiderio/rifiuto o quando assiste ad immagini o film a contenuto, anche solo vagamente, sessuale).

L’estate successiva l’inizio della psicoterapia, in vacanza, prova a conquistare una ragazza (bella ed esperta), senza successo. Parliamo di come e perché “sceglie” determinate ragazze. Sfiora con un bacio le labbra di un’altra e si sente male. È tranquillamente scoraggiato: sembra che lo “scoraggiamento” lo rassicuri.

M. *«C’è un desiderio in più, ma viene quasi mangiato dalle paure! Da piccolo avevo paura del buio... e gradualmente mi sono abituato al buio. E gradualmente sono andato in cantina, di sera (lo terrorizzava, come fosse una caverna), prima facendo solo un gradino, appoggiandomi alla parete... vorrei evitare di percepire le immagini forti che entrano nelle mia vita!».*

La seduta successiva mi porta questo sogno:

M. *«Scio in montagna con un gruppo di amici. È limpido. Di colpo nel pomeriggio si fa grigio e scende la nebbia. Non vedo più niente. Non vedo più chi scende con me. Faccio riferimento ai piloni e scendo molto lentamente, finalmente mi*

trovo alla fine, in piano. Non so dove sono. La pista finisce. Vedo una casa. Tolgo gli sci per chiedere dove sono, la porta è aperta, chiamo e nessuno risponde. Apro una porta e trovo una coppia che sta facendo l'amore. Mi giro dalla parte opposta. Si forma una nuvola nerastra di carbone». (Il carbone gli ricorda l'Inghilterra). Mi ritrovo su un altro pendio, con gli sci e vedo indietro una nuvola nera indistinta. Scendo veloce per non essere travolto. Poi vedo che sono tante persone avvolte da un pulviscolo nero. Si avvicinano sempre di più e mi passano... attraverso (stupito!). Sono sul pendio e non so più dove andare, sono tra un burrone e una parete ripida. Mi trovo fermo in questo punto BIANCO».

Bibliografia

1. ACCOMAZZO, R. (1998), *L'interpretazione nei gruppi ad indirizzo analitico*, relazione Seminario SAIGA, Torino.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
3. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
4. ALEXANDER, F., FRENCH, T. (1946), *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*, Ronald press, New York.
5. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
6. BALINT, M. (1959), *Thrills and Regression*, tr. it. *La regressione*, Raffaello Cortina, Milano 1983.
7. BALINT, M. (1966), *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*, Huber-Klett, Stuttgart.
8. BATEMAN, A. W., FONAGY, P. (2004), *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*, Oxford University Press, Oxford.
9. BENDER, D. S. (2004), The Therapeutic Alliance in the Treatment of Personality Disorders, *Z. Psychosom. Med. Psychother.*, 394-405.
10. BENEDETTI, G. (1989), "Modelli interpretativi e conoscitivi della personalità in psicoanalisi", Lettura magistrale. Atti del Congresso «Personalità e psicopatologia», ETS, Pisa 1990.
11. BERETTA, V., DESPLAND, J. N., DRAPEAU, M., MICHEL, L., KRAMER, U., STIGLER, M., DE ROTEN, Y. (2007), Are Relationship Patterns with Significant Others Reenacted with the Therapist? A Study of Early Transference Reactions, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 195: 443-450.
12. BETAN, E., HEIM, A. K., ZITTEL, CONKLIN, C., WESTEN, D. (2005), Countertransference Phenomena and Personality Pathology in Clinical Practice: an

Empirical Investigation, *Am. J. Psychiatry*, 162: 890-898.

13. BIANCONI, A., CAIRO, E., CHIODO MARTINETTO, R. (2006), "Dissocialità e controatteggiamento nella psicoterapia dei disturbi di personalità: riflessioni su alcuni casi clinici", *XIX Congresso Nazionale SIPI «Dis-socialità e stili di vita»*, Milano.

14. BIANCONI, A., CAIRO, E., FASSINA, S., VIGLIANCO, P. (2004), "La realizzazione di un intervento individual-psicologico a rete nel trattamento dei disturbi borderline di personalità: presentazione di un caso clinico gestito in ambito privato", *XVIII Congresso Nazionale SIPI, «Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto»*, Bocca di Magra (SP).

15. BIANCONI, A., FERRERO, A. (2004), *L'apprendimento di una corretta metodologia clinica come etica nella formazione in psicoterapia*, Quaderni dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte, vol. 2, «Etica e formazione alla psicoterapia», L'Artistica Editrice, Torino.

16. BIANCONI, A., SIMONELLI, B., CAIRO, E. (2008), Gli equivalenti pre-simbolici nei sogni e nei primi ricordi: una chiave di lettura prospettica dello stile di vita, *Riv. Psicol. Indiv.*, 64: 25-37.

17. BIANCONI, A., FASSINA, S. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento nella psicoterapia con i disturbi borderline e narcisistici di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 15-19.

18. BLACK, S., HARDY, G., TURPIN, G., PARRY, G. (2005), Self-Reported Attachment Styles and Therapeutic Orientation of Therapists and their Relationship with Reported General Alliance Quality and Problems in Therapy, *Psychol. Psychother.*, 78: 363-377.

19. DATLER, W. (1988), Über den Wunsch nach Veränderung und die Angst vor dem Neuen, *Zeit. F. Individualpsychol.*, 23: 128-141.

20. FASSINO, S., FERRERO, A. (1982), A proposito dell'identificazione transindividuale al servizio dell'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 9-10: 159-167.

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

22. FASSINO, S. (1996), Deficit, disturbo, creatività: a proposito della psicoterapia della depressione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 40: 63-74.

23. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di psichiatria biopsicosociale*, CSE, Torino.

24. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues and Process Indicators, *Panminerva Med. Jun*, 50: 165-75.

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

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

27. FERRERO, A. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento nelle psicoterapie time-limited, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 15-19.

28. FERRERO, A. (2010), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei dipartimenti di salute mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino.

29. FERRIGNO, G. (2005), Il "piano di vita", i processi selettivi dello "stile di vita" e la comunicazione intenzionale implicita nella "coppia terapeutica creativa": dalla "teoria" alla "clinica", *Riv. Psicol. Indiv.*, 58: 59-97.

30. FERRIGNO, G. (2008), Il sogno come comunicazione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 64: 71-85.

31. FONAGY, P., TARGET, M. (1997), *Attachment and Reflective Function: Their Role in Self-Organization*, tr. it. *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano 2001.

32. FONAGY, P., TARGET, M. (2007), The Rooting of the Mind in the Body: New Links between Attachment Theory and Psychoanalytic Thought, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55: 411-456.
33. FOSSHAGE, J. (2004), La dimensione esplicita e quella implicita nel cambiamento in psicoanalisi, *Gli Argonauti*, 8: 53-76.
34. FOSSHAGE, J. (2004), The Role of Empathy and Interpretation in the Therapeutic Process: Commentary on Discussions of Salee Jenkins's Clinical Case (Progress in Self Psychology, Vol. 18), in *Transformations in Self Psychology*, Progress in Self Psychology, Vol. 20, The Analytic Press., Coburn. Hillsdale, NJ, London: 325-334.
35. GABBARD, G. O. (2004), *Long Term Psychodynamic Psychotherapy*, American Psychiatric Publishing, Washington.
36. GABBARD, G. O., WESTEN, D. (2003), Rethinking Therapeutic Action, *Int. J. Psychoanal.*, 84: 823-841.
37. GALLESE, V. (2003), The Roots of Empathy: The Shared Manifold Hypothesis and the Neural Basis of Intersubjectivity, *Psychopathology.*, 36: 171-180.
38. GALLESE, V., EAGLE, M. N., MIGONE, P. (2007), Intentional Attunement: Mirror Neurons and the Neural Underpinnings of Interpersonal Relations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55: 131.
39. GUGGENBUHL-CRAIG, A. (1983), *Macht als Gefahr heim Hilfe*, tr. it. *Al di sopra del malato e della malattia*, Raffaello Cortina, Milano 1987.
40. KANDEL, E. R. (1988), A New Intellectual Framework for Psychiatry, *Am. J. Psychiat.*, 155: 457-469.
41. KANDEL, E. R. (1999), Biology and the Future of Psychoanalysis: a New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited, *Am. J. Psychiat.*, 156: 505-524.
42. HOFFMAN, I. (1998), *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process*, tr. it. *Ritualità e spontaneità nella situazione psicoanalitica*, Astrolabio, Roma 2000.
43. JOHNSON-LAIRD, P. N. (1983), *Mental Models*, tr. it. *Modelli mentali*, Il Mulino, Bologna 1988.
44. KERNBERG, O. F. (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, tr. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Bollati Boringhieri, Torino 1978.
45. KERNBERG, O. F. (1996), Teoria psicoanalitica dei disturbi di personalità, in CLARKIN, J. F., LENZENWEGER, M. (a cura di), *Major Theories of Personality Disorder*, tr. it. *I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie*, Raffaello Cortina, Milano 1997.
46. KRUTTKE RÜPING, M. (1986), Transfert, controtransfert e resistenza, *Indiv. Psychol. Doss. II, SAIGA*, Torino, 1990.
47. KÜHN, R. (1985), Evolutionärer Fiktionalismus, *Zeit. Individualpsychol.*, 10: 257-268.
48. KUNKEL, F. (1926), *Einführung in die Charakterkunde*, Hirzel, Stuttgart 1957.
49. LAPLANCHE, J., PONTALIS, J. B. (1967), *Enciclopedia della Psicoanalisi*, Laterza, Bari 2005.
50. LYONS-RUTH, K. (1998), The Process of Change Study Group. Implicit Relational Knowing: its Role in Development and Psychoanalytic Treatment, *Infant., Mental Health J.*, 19: 282-289.
51. MANCIA, M. (2007), *Psicoanalisi e neuroscienze*, Springer-Verlag, Milano.
52. MANCIA, M. (2004), *Sentire le parole. Archivi sonori della memoria implicita e musicalità del transfert*, Bollati Boringhieri, Torino.

53. MANGINI, E., MARIGO, R., MARINO, L. (2001), Il tempo della separazione. Un modello di psicoterapia psicoanalitica breve nell'istituzione, *LED*, Milano.
54. OGDEN, T. H. (1982), *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*, Aronson, New York 1982.
55. RACKER, H. (1982), *Transference and Countertransference*, Karnac Books, London 1982.
56. RIZZOLATTI, G., SINIGAGLIA, C. (2006), *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
57. RIZZOLATTI, G., GALLESE, V. (2009), The Mirror Neuron System, *Archives of Neurology*, 66: 557-560
58. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
59. ROVERA, G. G., FERRERO, A. (1983), A proposito di interpretazione e comunicazione in psicoterapia, in ROSSI, R. (a cura di), *Linguaggio e comunicazione in psicoterapia*, M.S., Torino.
60. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria. Considerazioni preliminari, *Min. Med.*, 1: 1-9.
61. ROVERA, G. G. (1988), La Psicologia Individuale: concetti fondamentali, *Indiv. Psychol. Dossier, I*, SAIGA, Torino.
62. ROVERA, G. G. (1998), La Psicologia Individuale come modello di rete e rete di modelli, *Seminario S.A.I.G.A.*, Torino.
63. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 15-19.
64. SIEGEL, D. J. (2006), An Interpersonal Neurobiology Approach to Psychotherapy, *Psychiatric Annals*, 36: 248-256.
65. SIEGEL, S. J. (1999), *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*, tr. it. *La mente Relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
66. STERN, D. (1985), *The Interpersonal World of the Infant*, tr. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.
67. STERN, D. N., SANDER, L. W., NAHUM, J. P., HARRISON, A. M., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A. C., BRUSCHWEILER-STERN, N., TRONICK, E. Z. (1998), Non-interpretative Mechanisms in Psychoanalytic Therapy. The "Something More" than Interpretation. The Process of Change Study Group, *Int. J. Psychoanal.*, 79: 903-921.
68. STERN, D. (2004), *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, Norton & Company, New York.
69. WEISS, J. (1993), *How Psychotherapy Works. Process and Technique*, tr. it. *Come funziona la psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino 1996.

Alessandra Bianconi
 Via Principe Amedeo, 16
 I-10123 Torino
 E-mail: abianconi@saiga.it
 E-mail: alessandrabianconi@inwind.it