

Finzioni e processo di cambiamento

SECONDO FASSINO

Summary – FICTIONS AND THE PROCESS OF CHANGE. Even if brain imaging techniques are providing evidence to the effectiveness of psychotherapy, the way it involves the unconscious has been scarcely described. These findings are useful to better understand the so called “factors of change”. The concepts of the Individual Psychology of fiction and compensation seem useful to clarify how the therapeutic relationship can provide a new attachment. In order to activate the factors of change a valid and non fictional recognition is needed and a synthonic answer to the wide range of communications that patients express. According to recent neurobiological acquisitions, what is known without being thought represents the bases of operative models, both of the inner and inter-personal dialogue. Implicit knowledge and fictional systems, both in the patient and in the therapist, represent a crucial area, a mix of activations and fruitions of the experiences of empathic imitation, of affiliation, and new authentic cooperation. In order to reach what our patients cannot express with words, we have to synchronize with our subjective experience: acts, evocations, non verbal messages etc are the means through which patients and therapists share what they have known, but not thought. The shared implicit relationship turns out to be the fulcrum of change, representing in the “hic et nunc” an inter-subjective meeting of the self with others, which is made possible by previous therapist-patient relationship.

Keywords: FICTION, EMPATHY, THERAPEUTIC CHANGE

*Un ringraziamento speciale alla Dott.ssa Barbara Nicotra
per la preziosa collaborazione*

I. Premessa

La teoria dell'intersoggettività rappresenta uno sviluppo inserito di recente nel bagaglio teorico della psicoanalisi [39] ad opera soprattutto di Stern [50]; essa sposta la psicoanalisi da una psicologia monopersonale a una psicologia bipersonale, basata sul riconoscimento che l'aspetto più importante del lavoro clinico è lo scambio di due soggettività, da cui nasce “materiale non prevedibile cocreato” [50]. I *momenti di incontro* sono i prodotti per eccellenza del dialogo

intersoggettivo paziente-terapeuta. Viene così posta una maggior enfasi sul processo relativo al contenuto, su una scala più piccola di analisi, di livello micro-temporale.

Le ascendenze teoriche di questo sviluppo sono senz'altro riconosciute nell'approccio interpersonale di Harry Stack Sullivan, ma ancor più in modo evidente nella *Individual Psicologia* (IP) di Alfred Adler, sia a livello metapsicologico che di teoria della tecnica. Infatti, la seconda istanza fondamentale della IP è il *sentimento/interesse sociale*. Essa nasce da un legame affettivo-sociale primario e determina un "bisogno" di cooperazione e di compartecipazione emotiva con i propri simili. Nella dinamica della vita psichica il *sentimento sociale* agisce a volte in sinergismo e a volte in contrasto con l'altra istanza fondamentale, la *volontà di autoaffermazione*. Ciò che accade in ogni *qui e ora*, ovvero il *momento presente*, ad esempio nell'incontro paziente-terapeuta, è il risultato della composizione secondo una *linea direttrice* di sviluppo dal basso all'alto delle due istanze, secondo un sistema di causazione e finalità. La IP è tanto una *psicologia del profondo* come una *psicologia del Sé* [43]. Il *conscio* dovrebbe essere il risultato di un'elaborazione intrapsichica dei rapporti interpersonali e sociali che hanno modificato le istanze psichiche di fondo: sarebbe quindi un "prodotto" tra natura e cultura della socializzazione della mente [12].

Recenti scoperte confermano una base neurale per l'intersoggettività nucleare, un'intersoggettività primaria [50]: un nucleo sul quale, in ultima analisi, si fondano fenomeni clinici come l'empatia, l'identificazione e l'interiorizzazione. La scoperta dei *mirror neurons* può portarci lontano nella comprensione, a livello neurale, dell'intersoggettività specie per quanto riguarda la "partecipazione" diretta alla vita mentale, alle azioni e alle emozioni degli altri, avvalorando la successione causativa-finalistica degli accadimenti psichici e interpersonali.

Nonostante gli studi di metanalisi e le metodiche *brain imaging* stiano convalidando l'efficacia della psicoterapia psicodinamica [31, 33], è stato finora poco descritto il suo modo di procedere *nel profondo*, operante nell'inconscio rimosso e non rimosso. Queste indagini sono tuttavia critiche per conoscere i fattori terapeutici di cambiamento e ancor di più i fattori che vi si oppongono. Il trattamento analitico individual-psicologico cerca il cambiamento attraverso la maturazione dello *Stile di vita* e riformulando i rapporti tra il *sentimento sociale* e la *volontà di autoaffermazione*. L'adattamento *creativo, qui e ora*, al *setting* ne è lo strumento operativo, verso mete reali socialmente utili, con rinuncia alle *mete fittizie*, che per definizione non consentono adattamento [16].

Gli approcci ortodossi psicoanalitici hanno forse sovrastimato l'efficacia delle parole e dei vettori intellettuali nel ricercare cambiamenti terapeutici. Strategie non verbali potrebbero essere necessarie per raggiungere il materiale che è archi-

viato nelle aree cerebrali dello sviluppo precoce che potrebbero essere inaccessibili alle parole [26].

II. *Recenti acquisizioni neurobiologiche*

a) Il sistema limbico è il substrato neuronale del Sé emotivo: l'*amigdala* è una “porta d’ingresso del sistema limbico” ed è responsabile delle nostre reazioni “istintive” all’esperienza; vengono innescate le reazioni di combattimento o di fuga. Inoltre, presta un’attenzione preferenziale ai suggerimenti dei segnali del volto e fornisce una sensazione intuitiva delle altre persone [45]. È la “centrale di sopravvivenza” dove l’*amigdala* registra l’esperienza nella forma di “memorie emotive” implicite non conscie e presimboliche e procedurali [30]. La memoria implicita o procedurale [35], rispetto a quella esplicita o dichiarativa, è non verbale, non simbolica, inconscia, ma non rimossa, ed il contenuto implica risposte emotive e modelli di comportamento (“sapere come”). Il ricorso congiunto ai due sistemi di memoria rappresenta la regola e non l’eccezione; tuttavia diversi sistemi di apprendimento sono impliciti [29] e sono alla base della memoria procedurale (familiarità/sapere come) e delle conoscenze relazionali implicite [34, 49].

Un trauma che “spegne” l’area di Broca e l’ippocampo può causare un “sequestro emotivo” (52) nel quale l’*amigdala*, con le sue connessioni con il cervello destro, sovrappiù l’ippocampo e le capacità di codificare, recuperare e contestualizzare la memoria del trauma. Alcuni studi [52] hanno visto che le persone traumatizzate nella fanciullezza hanno l’ippocampo sinistro ed il cervello sinistro di dimensioni ridotte; inoltre quando ad adulti con storie di abuso si chiese di richiamare alla memoria un episodio precoce disturbante, la loro attività emisferica mostrò un evidente spostamento a destra. Altri studi hanno visto che il volume del corpo calloso era più piccolo nelle persone traumatizzate. Perciò il trauma impedisce una integrazione sia neurale sia psicologica dove il cervello emotivo destro è isolato dalle risorse verbali del sinistro.

Secondo recenti acquisizioni neurobiologiche, il “conosciuto non pensato” [7], come l'*inconscio non rimosso* implicito, costituisce la base dei modelli operativi interni riferibili agli stili di attaccamento, del dialogo interiore e, poi, interpersonale.

b) I *mirror neurons* (MNS) sono una classe di neuroni originariamente scoperti nella corteccia premotoria delle scimmie. Una vasta evidenza dimostra l’esistenza di una rete corticale con le proprietà dei neuroni specchio negli umani. Il MNS negli umani è coinvolto nella comprensione delle azioni degli altri e delle intenzioni che stanno dietro [28, 40]. I MNS sono dotati di una sorprendente caratteristica: sono neuroni specchio, cioè in grado di attivarsi sia quando compiamo

una data azione, o sperimentiamo una data emozione in prima persona, sia quando vediamo che altri la compiono. I MNS nel cervello umano costituiscono una rete corticale motoria composta dalla parte rostrale del lobulo parietale inferiore, dal settore caudale (*pars opercularis*) del giro frontale inferiore, così come da parti della corteccia premotoria. Tale meccanismo di percezione-azione automatica ha una valenza adattativa per la sopravvivenza degli individui. Tali neuroni nell'uomo si attivano nell'osservatore non solo quando le azioni vengono effettivamente compiute dall'osservato, ma anche quando vengono mimate, e sembrano essere sensibili anche all'intenzione dell'atto che viene compiuto e non solo all'atto motorio o alla sequenza di atti motori in quanto tali.

In *Human Empathy Through the Lens of Social Neuroscience*, Decety e Lamm [9] articolano le prove scientifiche provenienti dalla psicologia sociale e dalle neuroscienze cognitive e discutono come l'empatia coinvolga sia la condivisione delle emozioni (processamento delle informazioni dal basso verso l'alto) sia il controllo esecutivo per regolare e modulare tale esperienza (processamento di informazioni dall'alto verso il basso), con il rinforzo di sistemi neurali specifici ed interagenti. La consapevolezza di una distinzione tra le esperienze proprie e quelle degli altri costituisce un aspetto cruciale dell'empatia: sono discussi studi comportamentali e funzionali di neuroimmagini che mettono in risalto la percezione del dolore negli altri e sottolineano il ruolo dei differenti meccanismi neurali che rinforzano l'esperienza dell'empatia.

J. Decety e Y. Moriguchi [10] in *The Empathic Brain and Its Dysfunction in Psychiatric Populations: Implications for Intervention Across Different Clinical Conditions* propongono, alla luce di multipli livelli di analisi tra cui la psicologia sociale, le neuroscienze cognitive e la neuropsicologia clinica, un modello di empatia la cui validità predittiva è esplorata con riferimento alle condizioni cliniche. Così come molte condizioni psichiatriche sono associate a *deficit* o anche a mancanza di empatia, gli autori discutono i disturbi di personalità psicopatico-antisociale, i disturbi di personalità borderline e narcisistico, la gamma dei disturbi autistici e l'alessitimia. Nel BPD ci sarebbe una "ipersensibilità" nel sistema limbico-amigdala e un'ipofunzione della corteccia prefrontale. Le funzioni cognitive ed emotive e le interazioni tra le due sembrano alterate in linea con i loro immaturi livelli di empatia orientati al sé (l'angoscia personale o il porre il loro stato mentale sugli altri). Ciò è una risonanza esagerata e iperaffettiva con lo stato mentale degli altri con una modulazione ridotta dall'alto al basso da un processo meta-cognitivo corretto.

Siegel in *An Interpersonal Neurobiology Approach to Psychotherapy* [47] sintetizza i principi della neurobiologia interpersonale dando enfasi alle scoperte delle neuroscienze riguardo al sistema di neuroni specchio e di plasticità neuronale. La prospettiva della neurobiologia interpersonale è di costruire un modello nel quale

i domini oggettivi delle scienze e i domini soggettivi della conoscenza umana possono trovare una comune abitazione.

c) Alcune ricerche pionieristiche di brain imaging cercano di descrivere il sistema mirror neurons degli psicoterapeuti [36]. È stata osservata una maggiore attivazione dell'*insula* e della corteccia frontale inferiore durante la visione di volti con una espressione emotivamente significativa rispetto a facce neutre, sia in psicoterapeuti che non-psicoterapeuti. Tale differenza di attivazione è risultata però significativamente maggiore per gli psicoterapeuti. Questo significa che la reazione a espressioni del volto cariche emotivamente è maggiore per gli psicoterapeuti; il loro grado di empatia risulta quindi maggiore. Essi sono più sensibili alle reazioni emotive dell'altro e questo si riscontra in una maggiore differenziazione neuronale tra circuiti per l'empatia e circuiti legati al semplice riconoscimento del volto con espressione neutra. Inoltre, è stato messo in evidenza che, per gli psicoterapeuti, la correlazione tra il grado soggettivo di empatia e la percezione emotiva del proprio io è significativamente inferiore rispetto ai non-psicoterapeuti. Gli psicoterapeuti, quindi, sarebbero caratterizzati da un maggiore grado di empatia che però risulta più indipendente dalla percezione emotiva del proprio sé. Queste caratteristiche individuate negli psicoterapeuti potrebbero giocare effettivamente un ruolo centrale nella relazione terapeutica con il paziente.

III. Implicanze cliniche delle acquisizioni neurobiologiche

Lo studio di Gallese, Eagle e Migone [23] è fondamentale per valutare importanti conseguenze delle scoperte sul MNS del processo psicoterapeutico. C'è una imitazione implicita inconscia reciproca tra terapeuta e paziente che è responsabile del processo di cambiamento, più consistente rispetto agli interventi verbali. La relazione terapeutica è caratterizzata da continue e reciproche imitazioni 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. La *embodied simulation* supporta e fornisce un possibile substrato neuronale per gli attuali assunti analitici riguardanti l'uso del controtransfert nel contesto analitico e per la concettualizzazione della reazione transferale. Finché l'analista si accostava al modello dello "schermo vuoto" c'erano pochi spunti comportamentali ed affettivi che il terapeuta produceva (o che credeva venissero prodotti).

III. 1. *Embodied simulation* (ES)

L'*embodied simulation* è un meccanismo specifico grazie al quale il nostro sistema cervello/corpo copia/modella le sue interazioni col mondo. I circuiti neurali

attivi in una persona che sta compiendo un'azione o vivendo emozioni o sensazioni, sono attivati analogamente tramite il MNS, in colui che osserva queste azioni, emozioni, sensazioni. Questi stati di attivazione condivisa sono sostenuti da un meccanismo funzionale di ES. Esso consiste in una imitazione automatica inconscia e non inferenziale, da parte dell'osservatore, di azioni, emozioni e sensazioni manifeste e sperimentate dall'osservato. Il *pattern* neurale, *mirror neurons*, di attivazione condivisa e la simulazione incorporata costituirebbero una base biologica fondamentale per la comprensione della mente dell'altro. Pertanto l'ES indicherebbe 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 [23].

III. 2. Sintonizzazione affettiva (*Affect Attunement*)

Una forma diretta di comprensione esperienziale degli altri, *attunement intenzionale*, comporta un'esperienza intenzionale sulla base dell'attivazione di *sistemi neurali condivisi* che si incentrano su cosa gli altri fanno e sentono e su cosa facciamo e sentiamo noi. In parallelo con la descrizione sensoriale distaccata dello stimolo sociale osservato, le rappresentazioni interne degli stati del corpo associate con azioni, emozioni e sensazioni, vengono evocate nell'osservatore, come se intendesse attivare un'azione simile o volesse esperire una simile emozione o sensazione [23]. I sistemi dei neuroni specchio sono probabilmente il collegamento neurale di questo meccanismo. Per mezzo di uno stato neuronale condiviso, realizzato in due corpi differenti, "l'altro oggettuale" diventa un "altro sé". L'attunement intenzionale difettoso causato da una mancanza di "embodied simulation" potrebbe essere alla base di alcune difficoltà relazionali degli individui autistici [22]. Proprio come l'imitazione è una fedele riproduzione delle azioni manifeste dell'altro, la sintonizzazione affettiva è una fedele riproduzione di ciò che si ritiene che l'altro provi durante queste azioni. I referenti della sintonizzazione non sono le azioni reali dell'altro (come avviene nell'imitazione), ma i sentimenti espressi dalle azioni. La sintonizzazione è un'imitazione "interiore" dell'esperienza vissuta (presumibilmente) dall'altro, non del modo in cui questa si manifesta nell'azione.

Il terapeuta implicitamente imita, copia con parziale consapevolezza, le emozioni dolorose e non del paziente, dalle quali viene *contagiato*; b) il terapeuta prova una sua originale corrispondente emozione (che contiene, accoglie, rifiuta, critica, ignora, etc.) a fronte di quella che egli ha ricevuto dal paziente; c) questa seconda emozione originata nel terapeuta viene copiata, imitata dal paziente che costruisce così un modo diverso e più evolutivo di reagire al suo proprio dolore, angoscia, etc.

Una sorprendente descrizione fenomenologica, assai attuale, di tali processi è quella di E. Stein del 1917: «Nel momento in cui trasponendoci interiormente nell'orientamento e nel vissuto di un altro, viviamo in modo non originario l'esperienza originaria altrui, [...] in quel preciso momento il soggetto dell'empatia è il Noi in cui l'Io empatizzante e l'Io empatizzato permangono distinti. [...] Allora io giungo in questo dato modo, non al fenomeno del vissuto altrui, ma a una mia propria esperienza, che l'azione vista fare dall'altro, risveglia in me» (48, p. 89).

Rovera nel 1988 rifletteva sull'identificazione formativa che come «identificazione imitativa del tirocinante è lontana dalla mera ripetizione; infatti essa non si rifà tanto all'aver imparato *come fare*, quanto nell'essere maturato nel *fare come* durante tutto l'arco del percorso, che è tecnico, analitico, esistenziale e comunitario al medesimo tempo» (41, p. 102). Tale processo di identificazione imitativa ha la caratteristica della reciprocità e, poco oltre nel passo citato, osserva Rovera, è analogo a quello che si attiverebbe tra paziente e analista.

III. 3. Sintonizzazione e piena consapevolezza (*mindfulness*)

La sintonizzazione è considerata il fulcro del cambiamento terapeutico: il paziente si sente "sentito", è il cuore delle relazioni empatiche, perché ciascuno sente che nella propria mente vi è un'immagine chiara della propria mente nella mente di un'altra persona [47]. Quando i pazienti avvertono l'autentica preoccupazione del terapeuta e la sua capacità di portarsi dentro per mezzo degli ISO (*Internal State of the Other*: simulazione incarnata, propria del sistema dei neuroni specchio) e nel corso del tempo per mezzo dei NOTO (*Narrative of the Other*: dentro di noi c'è un ricordo dell'altro) i pazienti si sentono sentiti dal terapeuta e sintonizzati con lui. La sintonizzazione interiore stimola l'attivazione e la crescita del cervello. Dove va l'attenzione, lì si attivano i neuroni e si possono riconnettere (Processo SNAG: *Stimulate Neuronal Activation and Growth*) [47].

L'esempio, come pure la testimonianza (*procedurale*), è più incisivo della parola (dichiarativa). Il nostro cervello, tramite il MNS, crea modelli del comportamento altrui allo stesso modo in cui crea modelli del nostro comportamento; questi agiscono a nostra insaputa e *contagiano* gli altri più efficacemente e nonostante le comunicazioni consapevoli. Questi percorsi intrapsichici e relazionali, resi un po' più evidenti dalle neuroscienze, sono le basi delle strategie procedurali di incoraggiamento come gli aspetti centrali nel processo di cambiamento. I *moments of meeting* [50] sono di per sé incoraggianti: su ciò che *veramente è sentito* dal terapeuta è (ri)costruita una complementare "struttura di accoglimento di sé" nel paziente [15] e dell'interindividualità [19].

III. 4. *Il conoscere relazionale implicito: conosciuto non pensato*

È un campo di conoscenza e di rappresentazione non verbale, non simbolico, non narrato e non cosciente (procedure motorie, *pattern* affettivi, aspettative e anche schemi cognitivi). È l'esperienza del nostro rapporto con gli altri, un conoscere interpersonale e intersoggettivo indicato con il termine *conoscere relazionale implicito (implicit relational knowing)* [50]. Esso è non-conscio, ma non inconscio nel senso di rimosso, infatti, non ha mai avuto bisogno di essere espresso a parole, e forse mai lo sarà (*memoria implicita*). La grande maggioranza di tutto ciò che “conosciamo” del nostro rapporto con gli altri, incluso il transfert, rientra nel conoscere relazionale implicito come la comunicazione non verbale, i significati tra le righe del linguaggio verbale (sì... ma), i processi motori, gli affetti, le sensazioni corporee, le aspettative, i cambiamenti dei livelli di motivazione, gli stili cognitivi, etc.

IV. *Due tipi di finzioni*

I concetti individualpsicologici di finzione, finzione rafforzata, meta finale finzionale, compensazione, sono utili per comprendere come la relazione terapeutica nel *qui e ora*, nel *momento presente* possa favorire od ostacolare il cambiamento, e orientare la linea direttrice del Sé da una meta fittizia ad una meta reale.

Sono due le principali configurazioni concettuali della finzione nella IP, la meta fittizia e la finzione direttrice [38]. Nell'accezione di meta fittizia la finzione è una particolare impronta finalistica, in vario grado carente di obiettività, che prende corpo durante l'infanzia e tende a perdurare, nell'inquadramento delle concezioni di sé e del mondo esterno.

Così l'immagine del proprio corpo e delle proprie capacità può esaltarsi finzionalmente, per un fine di affermazione e di sicurezza, ed al contrario abbassarsi per ottenere dall'ambiente protezione ed aiuto. Analogamente l'individuo si crea modelli ipocritici e trasfigurati d'imitazione, in seno alla famiglia e poi nella collettività, ideali ed obiettivi, timori e difese, plasmati più o meno artificiosamente al servizio di uno scopo di sopravvivenza o di dominio. Questa finzione direttrice, nelle nevrosi e nelle psicosi, tende a rafforzarsi in modo abnorme, dando luogo a deviazioni quantitative e qualitative nella visione di sé e del mondo. Per effetto della *finzione rafforzata*, il soggetto aumenta la sua “distanza” dall'ambiente, accentuando pericoli e timori, creandosi immagini alterate dei suoi simili e dando corpo a un fine ultimo anomalo, stimolato dalla *volontà di potenza*. Tale deviazione prescinde ancor più dall'autocritica nei funzionamenti psicotici, strutturando idee deliranti e una vera e propria fuga dalla realtà.

Parenti [37] riferendosi alla teoria del *come se* ritiene che la tendenza a elaborare finzioni permanga suscettibile di un impiego positivo e negativo, in tutte le età dell'individuo. La valutazione sul carattere positivo e normale o invece negativo e abnorme si baserebbe su tre fattori; nel primo caso la finzione è *come se* fosse rivolta ad una compartecipazione emotiva di condivisione e comprensione con crescita dell'autostima reciproca; nel secondo è *come se* la finzione fosse rivolta a finalità antisociali di odio, vendetta e prevaricazione; infine un altro criterio di giudizio tiene conto del grado di distorsione della realtà e della logica cui si impronta la finzione, essendo quindi patologica e negativa quella che entra nell'assurdo.

Per Ansbacher [5] la meta finale finzionale per Adler non è una semplice costruzione soggettiva della fantasia, bensì un mezzo indispensabile per la risoluzione dei problemi della vita, come finzione direttrice; il principio della causalità interna è creata dall'individuo e diviene il principio inconscio di unità e di autocoesistenza della personalità. In questa accezione la finzione opera come *causa e fine*, base genetico-temperamentale, molla motivazionale, guida direttrice per il raggiungimento delle mete individuali. Queste strutture non sono soltanto di tipo mentale, ma si configurano anche quali ipotesi scientifiche e mete reali.

La *meta finale idealizzata* è tuttavia una finzione, la quale, "come se" fosse una stella polare, indica il cammino evolutivo del soggetto. Le *mete reali* e le *mete scientifiche* non sono invece finzioni, ma procedure che entrano in un percorso realizzabile. Le varie modalità sono per gran parte inconse; scoprire il senso delle mete e le strategie che il soggetto usa per raggiungerle è un obiettivo di fondo dell'analisi adleriana [43]. Le finalità cui tendono gli individui sono, inoltre, uno strumento che permette di interpretare il "senso" delle situazioni psicopatologiche.

Da un punto di vista clinico, è emblematico il modo con cui le finzioni negative impregnano il *falso Sé* in molte pazienti con Anoressia. In queste pazienti si riscontra un profondo sentimento inconscio di non valere nulla, che attiva nell'adolescente un tentativo disperato di essere unica e speciale. Le inadeguate aspettative dei genitori rinforzerebbero nella bambina un fittizio *Sé-Stile di Vita* del tipo «bambina buona e perfetta». I sintomi dell'anoressia appaiono un attacco al *falso Sé* [8] e l'affermazione di un nascente *vero Sé* mediante istanze aggressivo-distruttive al *Sé corporeo* e al corpo e questo è talora vissuto come appartenente ai genitori. L'ideale del *Sé* rimane esigente e rigido, permeato da sentimenti di onnipotenza [42], ma il fallimento della «meta finzionale» infantile, di un simbolico corpo perfetto, bello e invulnerabile, provoca una «caduta catastrofica». Vitousek et alii [51] a proposito delle resistenze al trattamento sottolinea, seppure in un contesto cognitivo-comportamentale, il ruolo delle *vere virtù* del terapeuta.

IV. *Come si articolano, si sovrappongono, si annullano finzioni e esperienze autentiche in questo gioco di attunements nella relazione terapeutica?*

In considerazione del fatto che “il trattamento coinvolge e trasforma sia il medico che il paziente” [3] la relazione terapeutica non è mera riedizione di pregressi modelli relazionali, variamente influenzati da finzioni negative, ma dovrebbe costituire un prototipo di *relazione autentica*, in cui le finzioni prevalenti del terapeuta e del paziente dovrebbero essere positive, finalizzate allo sviluppo socialmente utile del Sé. Oltre alle finzioni del paziente, occorre sottolineare anche quelle del terapeuta connesse per lo più a non ottimali articolazioni di *Sentimento Sociale* e *Volontà di Potenza* occasionali o strutturali nella motivazione alla professione. La relazione terapeutica è intesa come revisione e ricostruzione *incoraggiante* dello stile di vita, negli aspetti microscopici del momento presente. L’attitudine all’ascolto, al ricordo regressivo, alla ricerca e riformulazione di senso della linea direttrice, propri della fase esplorativa, sono propedeutici per gli agenti specifici di cambiamento nel percorso psicoterapeutico, come esperienza in vivo di appartenenza e cooperazione; l’*identificazione empatica* si presenta espressione avanzata del Sentimento Sociale del terapeuta che dovrebbe contagiare implicitamente anche il paziente. L’*interpretazione* e lo *smascheramento delle finzioni* permangono a lungo implicite nella mente del terapeuta e non sempre occorre che siano esplicitate. Lo psicoterapeuta in tal modo si situa nell’area “dell’essere con” (appartenere) e “fare con” (cooperare), un modello identificatorio per accogliere il *deficit*, il sentimento di inferiorità verso una compensazione creativa socialmente utile.

IV. 1. *Il cambiamento terapeutico secondo il modello intersoggettivo*

Il cambiamento avverrebbe essenzialmente tramite i *now moments* che talora si trasformano in *moment of meeting*. Il *now moment* è un breve intervallo di tempo in cui i processi psicologici raggruppano unità percettive di durata assai breve nella più piccola unità globale (*gestalt*) in grado di avere senso o significato nel contesto della relazione [50]. I momenti presenti durano da uno a dieci secondi. Dal punto di vista soggettivo, essi rappresentano tutto ciò che viviamo come un “ora”, un “adesso” ininterrotto. Il momento presente è strutturato come una microstoria vissuta, con una breve trama e una linea di tensione drammatica costituita dagli affetti vitali, aspetti che gli accordano un profilo temporale dinamico. È un fenomeno cosciente (benché non in senso riflessivo) che può manifestarsi anche senza essere verbalizzato o narrato. Risulta essere l’elemento fondante di ogni esperienza relazionale. I processi astrattivi (generalizzazioni, spiegazioni e interpretazioni) e narrativi si basano su questo tipo di esperienza psicologica fondamentale. Solo l’esperienza del momento presente accade “ora” ed è vissuta direttamente.

Secondo la visione intersoggettiva, il processo di cambiamento che si osserva durante il percorso psicoterapico dipenderebbe quindi dall'esperienza di momenti specifici e significativi dell'interazione tra paziente e terapeuta (quelli che Stern ha chiamato "momenti-ora"), ovvero momenti di coscienza intersoggettiva che consentono l'acquisizione o l'attivazione di nuovi *set* di memorie implicite che aumentano le strategie dell'individuo nel sentire e nel comportarsi con se stessi e con gli altri. Il cambiamento del paziente avverrebbe prevalentemente nel dominio implicito, il che ridimensiona ciò che avviene a livello del dominio esplicito e che, solitamente, è il risultato dell'intervento interpretativo.

IV. 2. *Il processo di cambiamento nell'Individualpsicologia*

Gli approfondimenti del modello intersoggettivo sui processi trasformativi del *qui e ora*, risultante da un insieme di *now moments*, anche se non esaustivi, appaiono utili ad una miglior comprensione delle dinamiche del processo di cambiamento secondo gli schemi IP. Questi, infatti, considerano, oltre agli aspetti presenti e attuali della relazione terapeutica, sia le vicende del divenire della storia del soggetto che quelle dell'incontro e sviluppo della relazione terapeuta-paziente. Il *moment of meeting* è un momento presente speciale che è in grado di risolvere la crisi tra due individui, tra competizione e cooperazione, in seguito a un momento-ora, che ha l'effetto di rimodellare il campo intersoggettivo e modificare la relazione secondo il prevalente e condiviso Sentimento Sociale. Il momento d'incontro non può consistere in un generico intervento tecnico, ma deve offrire una risposta autentica e specifica rispetto alla particolare crisi che si presenta e allo stile personale del terapeuta. Ciò è legato alla creazione di una condivisione intersoggettiva, affettivamente carica, che modifica il campo intersoggettivo tra i due, ampliando al punto che la relazione percepita da entrambi assume improvvisamente una forma diversa rispetto a quella che aveva prima del momento di incontro.

La relazione terapeutica inclusiva [52] è dare quanto più spazio possibile alle esperienze dei pazienti e prestare attenzione non solo a ciò che dicono, ma soprattutto a ciò che esprimono con altri mezzi. Per attivare gli agenti trasformanti è necessario che il terapeuta offra un valido, autentico e non fittizio, riconoscimento e una risposta sintonica alla vasta gamma di comunicazioni, soprattutto implicite, che i pazienti trasmettono anche con le parole, ma soprattutto *tra le righe* attraverso il modo di parlare, le pause, il corpo, le emozioni. I modi di fare, di essere presenti con il paziente, i modi della mimica, i toni di voce concorrono implicitamente a prefigurare dei modelli fruibili per l'imitazione *embodied* [23].

La psicoterapia dinamica secondo l'IP, oltre alla fase esplorativa e a quella prospettica [15], comprende soprattutto la fase della revisione trasformativa dello

stile di vita. Questa considera gli sviluppi-arresti della personalità del paziente ed è propedeutica, stimola la progettualità del paziente, spesso adagiato in un adattamento fittizio e svantaggioso a causa delle compensazioni negative. È in questo senso che assumono importanza teorico-pratica (quali variabili interdipendenti dell'equazione psicoterapeutica) i problemi della «distanza» e della «presenza» [41]; della comunicazione verbale e non verbale, del dialogo interiore [16].

a) Il trattamento avrebbe la funzione di rimodellare lo stile di vita, rimaneggiando i rapporti tra le due istanze in gioco (*sentimento sociale* e *volontà di autoaffermazione*) e le loro influenze sui valori e simboli guida (*Ideale di Sé*). Tramite l'adattamento al *setting*, come strumento operativo, si avvia una nuova «relazione intermedia»; adattamento creativo del paziente a sé, comportante la rinuncia alle mete fittizie che non consentono l'adattamento. Il prototipo di tale evoluzione è appunto la «ricostruzione dei legami affettivi» [52], nell'*hic et nunc* della relazione terapeutica a livello dello spazio intermedio *stile di vita del paziente-stile di vita del terapeuta*.

La relazione paziente-psicoterapeuta [5-17] si fonda sul circolo cognitivo-affettivo-cognitivo; interesse sociale e sentimento sociale rappresentano due dimensioni percettivo-cognitive ed emotivo-affettive della stessa istanza. Il tentativo di «comprendere» la richiesta-sintomo del paziente (veicolata da specifici mediatori simbolici con radici culturali e inerenti alla storia evolutiva dello stile di vita individuale) tramite la decodificazione del simbolo-sintomo, costituisce parte importante del lavoro comune ai due protagonisti del *setting* (“che cosa lui si aspetta da me”, “di che cosa lui ha bisogno al posto del sintomo e cosa farei al posto suo”), e di fatto rappresenta l'avvio della (co)creazione di un'alternativa più vantaggiosa alla finzione-sintomo come funzione autoriparativa.

b) Il codice non del tutto universale e preconstituito dipende, talora soprattutto, dalle vicende dello stile di vita individuale. La difficoltà del terapeuta con il suo paziente può derivare anche dal fatto che si resta legati al proprio concetto di “vanità”, alle proprie fantasie [3]. Il lavoro comune, tra psicoterapeuta e paziente per la costruzione di un sovracodice (non è solo linguistico, ma valoriale, morale, di significazione affettiva, etc), che comprenda i due codici particolari, richiede allo psicoterapeuta la capacità «complessiva» di identificarsi anche a livello culturale tramite un'equazione transindividuale [17]. Qui, nell'atteggiamento identificante, il paziente può *imitare* [41] il terapeuta “come lui accetta me, così io accetto me”.

c) Si avvia un processo di modulazione continua tra lo Stile di Vita del terapeuta e quello del paziente. Si avvia quel dialogo, clima e «distanza» [41] in cui il paziente può a sua volta identificarsi nel terapeuta, così da permettere la libera-

zione delle ripetitive modalità transferali, insieme a quelle nuove co-create per imitazione [22]. L'attivazione di comunicazioni intuitive ed empatiche fa sì che lo psicoterapeuta impari a vedere con gli occhi del paziente e ad ascoltare con le sue orecchie [3]. Questo dialogo, spesso senza parole, trasformato rispetto a quello madre-bambino di una volta, consente nel paziente un più congeniale “amore di sé”, “odio di sé” fruibile per un adattamento creativo a sé e al mondo. La relazione terapeutica apparirebbe, allora, non solo come riedizione di pregresse relazioni e situazioni affettivo-cognitive, ma come prototipo cruciale, in vivo, di rimodellamento trasformante (*intentional attunement e embodied simulation*) [22] della distanza-vicinanza, specie a livello dello spazio intermedio: sono qui sollecitate le capacità allevanti del terapeuta per promozione della crescita *imitante* e poi sviluppo *originale* della personalità del paziente (cfr. identificazione imitativa e congeniale di Rovera) [41].

Questa visione del processo di cambiamento indotto dalla psicoterapia dinamica ha diverse implicazioni cliniche importanti, prima fra tutte quella che la relazione terapeutica analitica è vista come un fenomeno co-creato e bipersonale, in cui la dimensione intrapsichica viene modificata da quella intersoggettiva, interpersonale.

IV. 3. *Il Sé Creativo del terapeuta attiva quello del paziente*

In che modo il *Sé Creativo* del terapeuta può interagire con e attivare il *Sé Creativo* del paziente? Questo processo è pertinente al problema dell'agente terapeutico, identificazione culturale e transindividuale, imitativa e congeniale [17, 18, 41].

a) Lo stile della terapia è l'espressione del sentire e del fare “creativo”, dell'essere autentico del terapeuta ed è funzione del suo *Sé Creativo*. Qui se le finzioni divengono positive [37], si pone l'occasione fruibile dal paziente di cogliere le proprie istanze creative. Le identificazioni, le controidentificazioni del paziente potranno favorire lo sviluppo del suo Sé oltre gli schemi della dipendenza regressiva, pur necessaria per avviare la relazione terapeutica, proprio quando esse incontrano il *Sé Creativo* del terapeuta (cfr. “l'identificazione congeniale” e imitativa proposta da Rovera [41]). In questo contesto l'empatia dello psicoterapeuta, e l'estrinsecazione, verbale o no, di questa, è il riconoscimento delle autentiche, talora cospicue, potenzialità progettuali del paziente di cui anche i sintomi sono segnali. Tramite “un'identificazione creativa” [14] lo psicoterapeuta percepisce le possibilità del paziente di “accordare” le valenze del *Sentimento Sociale e della Volontà di potenza* in un progetto, quello *qui e ora* possibile. La richiesta empatica al paziente di impegnarsi creativamente, fondata su identificazioni del terapeuta al servizio dello sviluppo del Sé, riguarnerà “solo quanto egli può esse-

re, sentire, fare”. Occorre, infatti, evitare messaggi-finzione, soprattutto impliciti, esigenti per non innescare ulteriori processi di scoraggiamento [11]. Lo scoraggiamento, come demotivazione e depressione, incombe quando è avviato un parziale smascheramento delle mete fittizie.

b) Il momento prospettico del processo analitico è spesso l’occasione favorevole per i collaudi creativi del Sé. È l’esperienza di stati soggettivi di ricerca di ulteriori somiglianze tra le esperienze; risultato di una composizione precaria, ma ottimale, delle conflittualità tra le istanze del *Sentimento Sociale* (“fare per/con gli altri”) e della *Volontà di Autoaffermazione* (“con crescita dell’autostima”). L’oggetto “creato” spesso è “piccolo”, inerente trasformazioni di abitudini quotidiane relazionali, lavorative o del tempo libero, ma accresce l’autostima del soggetto attraverso una compensazione non finzionale, ma positiva e socialmente utile del sentimento di inferiorità; queste piccole iniziative sono spesso propeutiche a “circoli virtuosi” verso trasformazioni esistenziali assai più significative per il “senso della vita” [1, 77].

c) Il *Sé Creativo* fa procedere la psicoterapia, ma l’indipendenza, la liberazione dalla psicoterapia stessa l’esprime in modo ottimale. Il *Sé Creativo*, componente ed espressione del funzionamento armonico del Sé del paziente e dello psicoterapeuta, ricerca in questa fase ultima del percorso/processo terapeutico un cambiamento a favore di un adattamento più consapevole e soprattutto creativo.

Tab. 1
Frammento clinico

Gianni, anni trenta, laurea in economia, disturbo schizoaffettivo in personalità metodica; antipsicotici e stabilizzatori, ricoveri salvavita, crisi suicidarie e panto-clastiche, etc. Famiglia spaventata, iperesigente, madre dipendente e invasiva; padre ossessivo e spaventante. Il sogno di Gianni viene raccontato con pause prolungate e toni di forte emozione e angoscia: «*Dovevo viaggiare da una città verso un'altra città con Paola. Nell'albergo mi dicono che avremmo trovato lungo il tragitto nebbia, pantani e anche i lupi. Noi partiamo lo stesso ma nell'auto mi dicevo: "I lupi possono rompere i finestrini?"*. Dopo qualche ora ci troviamo nel pantano, senza visibilità e i lupi ringhiavano, ma io armeggiavo col telefonino e chiedevo soccorso».

L’analista è in silenzio, imbarazzato, con un nodo in gola e gli occhi umidi. Il paziente chiede: «*Ma secondo lei i lupi possono rompere i finestrini di un fuoristrada come il mio?*». L’analista in realtà non si sentiva troppo angosciato al contrario era molto commosso pensando quanto fosse progredito Gianni nel rappre-

sentare se stesso e Paola all'interno di una struttura protettiva come l'auto. Il terapeuta si sentiva contento che Gianni volesse rincuorarlo con un sogno così. L'analista gli parlò del suo imbarazzo a distinguere l'angoscia e la speranza per la forza che lui cominciava a sentire, ma soprattutto della sua contentezza per l'incoraggiamento che gli trasmetteva con i particolari del sogno, vetri, fuoristrada e telefonino. Gianni alla fine della seduta, in piedi, dice all'analista di aver sentito e visto nei suoi occhi una forte emozione che gli faceva bene (*enactments*). Il fatto che l'analista si fosse preso cura in precedenza dell'angoscia che Gianni aveva evocato (*embodied*) in lui e che avesse rivelato a se stesso la sua precedente riluttanza a occuparsi di Gianni (*finzione*) e a sentire pienamente la propria personale paura di Gianni e per Gianni favorì l'emergere in seduta dell'angoscia che Gianni provava: ovvero sentimenti dai quali lui aveva imparato a scindersi tornarono condivisi impliciti, tra loro due, dove potevano essere vissuti, sopportati e potenzialmente integrati. Interagire così con Gianni portò anche ad un "arricchimento del dialogo" dando spazio al "conosciuto non-sentito" che Gianni poteva *far fronte ai lupi*, pensando di essere meno vulnerabile e di poter imparare a difendersi più efficacemente.

V. La conoscenza implicita e il sistema delle finzioni

Le finzioni negative che sostengono le mete fittizie, e quindi il processo psicopatologico che è alla base del disturbo, sono percepibili, danno segno di sé frequentemente anche tramite la *conoscenza relazionale implicita*; se non riconosciute possono interferire, fino a contrastare i cambiamenti, rafforzando ulteriormente le finzioni stesse.

Questo *conosciuto non pensato* [7] nel paziente, e specialmente nel terapeuta, rappresenta un'area cruciale, un crogiolo delle attivazioni e fruizioni delle esperienze di imitazioni empatiche, di appartenenza e nuova autentica cooperazione, come tuttavia di competizioni, falsificazioni, scoraggiamenti alimentando resistenze [44] e tendenze ad interruzioni precoci dei trattamenti. Per accedere a ciò che i nostri pazienti non possono tradurre in parole dobbiamo sintonizzarci con la nostra profonda autentica piena consapevolezza; gli agiti, le evocazioni, i messaggi non verbali sono i principali mezzi con i quali i pazienti, e i terapeuti, comunicano ciò che hanno conosciuto ma non pensato, e di cui, pertanto, non sanno parlare o di cui parlano per interposta finzione.

La relazione *implicita condivisa e la conoscenza implicita di questa*, tra terapeuta e paziente, come fulcro del cambiamento, rappresenterebbe quindi un incontro intersoggettivo del *Sé* con l'*Altro*, intrapsichico e interpersonale, dell'esperienza vissuta e di quella prospettata. La nostra personale situazione psicologica, lo stato d'animo *vero*, le paure del momento e anche l'influenza silenziosa del paziente

su di noi interagiscono con le nostre finzioni e mete fittizie d'onnipotenza, con il risultato di generare risposte imprevedibili e al di fuori del controllo conscio. Spesso queste risposte non premeditate risultano essere problematiche e, talvolta, sono invece assai produttive. Quanto questa sorta di "contagio" emotivo caratterizzi l'esperienza di una data coppia terapeutica dipende da molteplici fattori, e probabilmente è sempre *embodied*; i neuroni specchio ci "cablano" per partecipare/appartenere-agli altri. Tale contagio produttivo, di una paura e impotenza percepita, accolta e sopportata, dipende dalla nostra capacità, come terapeuti, di renderci emotivamente e autenticamente disponibili. Ciò che il paziente alla fine riesce a evocare in noi deve poi anche essere "evocabile" nel terapeuta che sia davvero coinvolto; c'è bisogno di un "gancio" interno al terapeuta al quale il paziente possa appendere il suo cappello [52].

In generale sono sollecitate le particolarità del carattere del terapeuta, ma anche, in modo più specifico, i dettagli dell'esperienza dolorosa vissuta, delle ferite [25] del terapeuta. L'esperienza vissuta nei momenti presenti si accompagna agli scambi verbali. I due livelli impliciti ed espliciti si sostengono e influenzano a vicenda, a turno, senza sminuire l'importanza del linguaggio e della sfera esplicita a favore dell'esperienza implicita. Nel percorso psicoterapeutico si prefigurerebbe, quindi, in fasi alternanti, un'*agenda esplicita* e un'*agenda implicita* [20]. Nella prima ci sono dialoghi, argomentazioni, ricostruzioni, ricordi, inconscio rimosso. La regolazione del campo intersoggettivo presente tra paziente e terapeuta è il nucleo del processo di cambiamento. Gli interventi sulla *resistenza* come sui meccanismi di difesa riguardano l'agenda esplicita. Nell'*agenda implicita* ci sono conoscenze relazionali implicite, comunicazione non verbale, inconscio implicito non rimosso. *I momenti presenti ed i momenti d'incontro* servono ad accrescere la conoscenza implicita e poi esplicita di Sé e quindi l'autostima. Il clima di maggior fiducia, il processo d'incoraggiamento e transmotivazione sarebbe il risultato di una combinazione armonica delle due agende: maggior autostima per superare la *resistenza* e "optare" per il cambiamento come sostituto del sintomo.

Spostando l'attenzione dal contenuto *esplicito* all'esperienza *implicita*, gli obiettivi della terapia si orienteranno più sull'approfondimento e l'arricchimento dell'esperienza che sulla *interpretazione* del suo significato; questo richiede al terapeuta una particolare consapevolezza sulle proprie finzioni e metodi di concessione della stima [3] oltre che su quelle del paziente. È indispensabile per il terapeuta maggior coerenza tra ciò che si sente nei sentimenti e si dice con le parole o gesti, considerando che i modi di fare più o meno virtuosi possono essere implicitamente percepiti e *imitati*. L'apprendimento implicito di modi di essere, sentire, fare è comunque il risultato non tanto di accadimenti puntiformi, ma di una successione di momenti, di una vera storia evolutiva del paziente nelle sue interazioni col terapeuta.

VI. *In conclusione: che ne facciamo di ciò che è stato evocato in noi dall'emozione del paziente?*

Piuttosto che l'anonimato, si tende a dare rilievo all'autenticità dell'analista come punto centrale della relazione analitica e anche alla sua *implicita partecipazione affettiva virtuosa*. Piuttosto che uno schermo vuoto, si tende a "diventare reale" con "onestà affettiva" [20]. I momenti spontanei, autentici, quando l'analista fuoriesce dai confini della tecnica, del rituale analitico, sono i momenti chiave che determinano il cambiamento [49]. Appare comprovata l'efficacia dell'impegno disciplinato degli *enactments* affettivi di comunicazione spontanea dell'analista che emergono all'improvviso all'interno della struttura di una relazione analitica [32].

Considerato che qualunque cosa facciamo rivela qualcosa su di noi, vista l'importanza del riconoscimento reciproco per un ulteriore sviluppo intersoggettivo, anche le *virtù (essere-fare etico)* del terapeuta [24, 51] agiscono per via *implicita*? Che effetto curativo ha il buon senso, il buon gusto, il buon umore del terapeuta, il suo essere verace e accettante con pazienza, essere giusto, fedele e sapiente (nell'accezione un po' *démodé* di R. Barthes: "nessun potere, un po' di sapere, un po' di saggezza, e quanto più sapore possibile")? Come reagisce il paziente all'atteggiamento cortese del terapeuta, al suo coraggio, alla sua silenziosa umiltà?

Anche l'ottimismo tuttavia può essere negativamente finzionale e provocare effetti paradossi. Lo psicoterapeuta adleriano, quando ben formato [41], tuttavia, dispone di un assetto teorico-pratico (*Senso della Vita, Valorizzazione del Sé-Stile di Vita, Sé creativo, finalismo, processo di incoraggiamento, etc.*) che gli consentono di testimoniare *autenticamente* la speranza, la possibilità sempre di promuovere compensazioni più favorevoli anche nei confronti di gravi *deficit* e compromissioni della personalità del soggetto (*i valori di atteggiamento* di Frankl [21]). Qui la *piena consapevolezza*, le comunicazioni empatiche diventano *compassione*, un patire insieme, per quanto si può, le universali sofferenze e miserie dell'umanità. La partecipazione "pietosa" non può essere automatica perché sarebbe finzionale, né essa tuttavia è sempre possibile. Il medico, il terapeuta, necessita di continui confronti, *conforti*, sostegni e di un'attenzione costante alla qualità della propria vita interiore e spirituale. I tratti essenziali della personalità del medico per Guardini [24] sono la serietà della coscienza, la responsabilità, l'acutezza vigile dell'attenzione, la trasparenza della dedizione personale, la forza di concentrazione, l'impegno dell'autoformazione. La *ferita del guaritore* [25] tuttavia è la premessa-condizione della propensione compassionevole dell'agire terapeutico. Quanto diciamo come terapeuti produce poco o nessun risultato, mentre ciò che veramente ha valore è ciò che noi siamo [26].

Ciò che è stato conosciuto in modo implicito, rimane implicito: viene messo in atto come un riflesso costruttivo o distruttivo. Il transfert del paziente nasce dalle percezioni selettive rese possibili dalle realtà insite nel carattere e nei comportamenti autentici del terapeuta nel momento presente. Ciò che viene messo in atto nella relazione terapeutica riflette una spirale virtuosa interattiva di influenze reciproche in cui il contributo del terapeuta non è meno significativo di quello del paziente. Le messe in atto in psicoterapia sono cocreate (così come gli attaccamenti precoci [52]).

Il cambiamento, quindi, è dovuto non tanto alle *interpretazioni che smascherano le mete fittizie*, ma al sentirsi sentito e trattato come una persona più coraggiosa, più degna di stima da un terapeuta che, nel mentre considera le proprie finzioni, oltre a quelle del paziente, si lascia autenticamente coinvolgere e interagisce. È così possibile disciplinare i *microagiti impliciti* trasformanti, perché *imitabili* dal paziente a favore dello sviluppo del Sé. La relazione trasformante è quella che, co-creata nei *momenti presenti*, attiva *momenti d'incontro*. Il nuovo Sé risulta da nuove conoscenze relazionali e memorie soprattutto implicite. I precursori sono *embodied simulation* e *intentional attunement*, *identificazione imitativa*, *congeniale e creativa*.

Conoscenza implicita e sistema delle finzioni sia nel paziente che nel terapeuta rappresentano, quindi, un'area cruciale, un crogiolo delle attivazioni e fruizioni delle esperienze, di imitazione empatiche, di appartenenza e di nuova autentica cooperazione. *Per accedere a ciò che i nostri pazienti non possono tradurre in parole, dobbiamo sintonizzarci con la nostra esperienza soggettiva*: gli agiti, le evocazioni, i messaggi non verbali sono i principali mezzi con i quali i pazienti e i terapeuti comunicano ciò che hanno conosciuto, ma non pensato, e di cui, pertanto, non sanno parlare o di cui parlano per interposta *positiva finzione* [37].

La relazione *implicita condivisa* risulta fulcro del cambiamento, rappresentando nell'*hic et nunc* un *incontro intersoggettivo significativo* del Sé con l'Altro, reso possibile dagli sviluppi della storia relazionale terapeuta-paziente e dei sistemi condivisi di codificazione di senso.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il Senso della Vita*, De Agostini, Novara 1990.
2. ADLER, A. (1935), The Fundamental View of Individual Psychology, *Int. J. Ind. Psych.*, 1: 5-8.
3. ADLER, A. (1936), Prefazione al diario di Nijinskj, in ANSBACHER, H. L., PARENTI, F., PAGANI, P. L., "Adler e Nijinski", *Quaderni della Riv. Psicol. Indiv.*, 6, 1981.
4. AMINI, F., LEWIS, T., LANNON, R., LOUIE, A., BAUMBACHER, G., MCGUINNESS, T., SCHIFF, E. Z. (1996), Affect, Attachment, Memory: Contributions toward Psychobiologic Integration, *Psychiatry, Fall*, 59: 213-239.
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. BACAL, H. (1998), *Optimal Responsiveness: How Therapists Heal Their Patient*, Northvale, NJ: Jason Aronson.
7. BOLLAS, C. (1987), *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unknown Thought*, tr. it. *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*, Borla, Roma 2001.
8. BRUCH, H. (1973), *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*, tr. it. *Patologia del comportamento alimentare*, Feltrinelli, Milano 1977.
9. DECETY, J., LAMM, C. (2006), Human Empathy through the Lens of Social Neuroscience, *Scientific World Journal*, 6: 1146-1163.
10. DECETY, J., MORIGUCHI, Y. (2007), The Empathic Brain and its Dysfunction in Psychiatric Populations: Implications for Intervention across Different Clinical Conditions, *Biopsychosoc. Med.*, 16: 22.
11. DINKMEYER, D., DREIKURS, R. (1963), *Encouraging Children to Learn: The Encouragement Process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti e Barbera, Firenze 1974.
12. FASSINO, S. (1984), Per una teoria individualpsicologica delle relazioni endopsichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 38-58.
13. FASSINO, S. (1989), Social Interest and Creative Self, *Indiv. Psys. Doss.*, 1: 61-91.
14. FASSINO, S. (1990), Le due istanze fondamentali nel processo analitico, *Ind. Psychol. Doss.*, 2.
15. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-65.
16. FASSINO, S., BOGETTO, F., FERRERO, A. (1984), Concerning the Problem of Adaptation Social Interest and Reality Principle. A Critical Comparison, *Beiträge zur Individualpsychologie*, 3: 30-38.
17. FASSINO, S., FERRERO, A. (1982), A proposito dell'identificazione transindividuale al servizio dell'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 9-10: 159-167.
18. FERRERO, A. (1999), Regole tecniche ed esperienza di Sé nella formazione di analisti e psicoterapeuti, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Tradizione e cambiamento. Prospettive in Psicologia Individuale*, Centro Scientifico Editore, Torino: 192-199.
19. FERRIGNO, G. (2008), La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'in-terindividualità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 3-13.

20. FOSSHAGE, J. L. (2004), The Explicit and Implicit Dance in Psychoanalytic Change, *J. Anal. Psychol.*, 49: 49–65.
21. FRANKL, V. (1977), *Die Psychotherapie in der Praxis. Eine kasuistische Einführung für Ärzte*, tr. it. *Psicoterapia nella Pratica Medica*, Giunti e Barbera, Firenze.
22. GALLESE, V. (2006), Intentional attunement: A Neurophysiological Perspective on Social Cognition and its Disruption in Autism, *Brain Res.*, 24: 15-24.
23. GALLESE, V., EAGLE MORRIS, M. N., MIGONE, P. (2007), Intentional Attunement: Mirror Neurons and the Neural Underpinnings of Interpersonal Relations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55: 131-176.
24. GUARDINI, R. (1962), Il medico e l'arte di guarire; l'etica del medico, *Etica*, Morcelliana, Brescia 2003.
25. GUGGENBUHL-GRAIG, A. (1983), *Macht als Gefahr heim Hilfe*, tr. it. *Al disopra del malato e della malattia*, Raffaello Cortina, Milano 1987.
26. HORA, T. (1959), Epistemological Aspects of Existence and Psychotherapy, *J. Indiv. Psychol.*, 15: 173-180.
27. HUTTERER, J., LISS, M. J. (2006), Cognitive Development, Memory, Trauma, Treatment: An Integration of Psychoanalytic and Behavioural Concepts in Light of Current Neuroscience Research *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 34: 287-302.
28. IACOBONI, M. (2008), *I neuroni specchio*, Boringhieri, Torino.
29. KANDEL, E. (2005), *Psychiatry, Psychoanalysis and the New Biology of Mind*, tr. it. *Psichiatria, Psicoanalisi e nuova biologia della mente*, Raffaello Cortina, Milano 2007.
30. LEDOUX, J. E. (1996), *The Emotional Brain*, tr. it. *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*, Baldini e Castoldi, Milano 2003.
31. LEICHSERING, F., RABUNG, S. (2008), Effectiveness of Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: a Meta-analysis, *JAMA*, 300: 1551-1565.
32. LICHTENBERG, J., LACHMANN, F., FOSSHAGE, J. (1996), *The Clinical Exchange: Technique from the Standpoint of Self and Motivational Systems*, Hillsdale, NJ, The Analytic Press.
33. LINDEN, D. E. (2006), How Psychotherapy Changes the Brain, the Contribution of Functional Neuroimaging, *Mol. Psychiatry*, 11: 528-538.
34. LYONS-RUTH, K. (1998), Implicit Relational Knowing: its Role in Development and Psychoanalytic Treatment, *Infant Mental Health Journal*, 19: 282-289.
35. MILNER, B., SQUIRE, L. R., KANDEL, E. R. (1998), Cognitive Neuroscience and the Study of Memory, *Neuron* 20: 445-468.
36. NORTHOFF, G. (2009), What is Neuropsychoanalysis? Mapping of a Novel Discipline, *Pan. Min. Med.*, 1: 1-84.
37. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
38. PARENTI, F., ROVERA, G. G., PAGANI, P. L., CASTELLO, F. (1975), *Dizionario ragionato di psicologia individuale*, Raffaello Cortina, Milano.
39. PERSON, E., COOPER, A. M., GABBARD, G. O. (2005), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychoanalysis*, tr. it. *Psicoanalisi. Teoria, clinica, ricerca*, Raffaello Cortina, Milano 2006.
40. RIZZOLATTI, G., SINIGAGLIA, C. (2006), *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Raffaello Cortina, Milano.
41. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Indiv. Psychol. Dos.*, 1: 94-21.

42. ROVERA, G. G. (1996), Possibilità di insight nella psicoterapia di pazienti bulimiche (rilievi e prospettive), *La psicoterapia dei Disturbi Alimentari Psicogeni*, Centro Scientifico Editore, Torino 1996.
43. ROVERA, G. G. (1999), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
44. ROVERA, G. G. (2001), La resistenza in psicoterapia, *Enciclopedia del corpo*, Istituto della Enciclopedia Treccani, Roma 2001.
45. SCHORE, A. N. (2003), *Affect Regulation and the Repair of the Self*, tr. it. *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*, Astrolabio, Roma 2008.
46. SIEGEL, D. J. (1999), *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*, tr. it. *La mente Relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
47. SIEGEL, D. J. (2007), *The Mindful Brain*, tr. it. *Mindfulness e cervello*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
48. STEIN, E. (1917), *Zum Problem der Einfühlung*, tr. it. *Il problema dell'empatia*, Studium, Roma 2003.
49. STERN, D. N., SANDER, L., NAHUM, J., HARRISON, A., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A., BRUSHWEILER-STERN, N., TRONICK, E. (1998), Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The "Something More" than Interpretation, *International Journal of Psycho-Analysis*, 79: 903-921.
50. STERN, D. N. (2004), *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, tr. it. *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*, Raffaello Cortina, Milano 2005.
51. VITOUSEK, K., WATSON, S., WILSON, G. T. (1998), Enhancing Motivation for Change in Treatment Resistant Eating Disorders, *Clin. Psychol. Rev.*, 18: 391-420.
52. WALLIN, D. J. (2009), *Attachment in Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*, Il Mulino, Milano 2009.

Secondo Fassino
Via Cherasco, 11
I-10126 Torino
E-mail: secondo.fassino@unito.it