

Le strategie dell'incoraggiamento nelle psicoterapie *time-limited*

ANDREA FERRERO

Summary – THE STRATEGIES OF ENCOURAGEMENT IN TIME-LIMITED PSYCHOTHERAPIES. I propose an interpretation of the process of encouraging psychotherapy (A. Adler, 1920) which takes into account not only the educational aspects and support, but also the expressive, creative and design. I describe the interventions of the therapist during the B-APP second four axes: the axis of the position encouraging (EP-AX), the axis of technical means (TI-AX), the axis-intensive medium (IS-AX), the axis mutative-conservative (MC-AX). The EP-AX describes the ability of the therapist to modulate the distance relational sitting between two poles: a position of encouraging research and encouraging a position to offer. The IS-AX distinguishes the intensive strategy, where the therapist encourages the elaboration of experiences by the patient, rather than providing personal contributions, from the supportive strategy, where prevails the integration of input. The objective is to provide positive alternative solutions in response to the difficulties of the patient. Some other specific aspects of encouragement in time-limited psychotherapies are also discussed.

Keywords: ENCOURAGEMENT, TIME-LIMITED PSYCHOTHERAPIES, INTENSIVE/SUPPORTIVE STRATEGY

I. *Diverse prospettive del processo d'incoraggiamento in Psicologia Individuale*

Viene proposta un'accezione del processo d'incoraggiamento in psicoterapia che tiene conto non solo degli aspetti educativi e di sostegno, ma anche di quelli espressivi, creativi e progettuali che si riferiscono a possibili cambiamenti dello stile di vita.

Rovera [61] ha sostenuto che il coraggio costituisce una spinta creativa verso una nuova condizione psichica e non può essere disgiunto da un buon assetto difensivo del soggetto. Non deriva, quindi, solamente dall'aumento di fiducia nell'utilizzo di competenze individuali già acquisite (che è funzione della volontà di potenza), ma comprende l'attitudine a sperimentare il cambiamento, a volgere uno sguardo *al-di-là*, verso un altro tipo di prospettiva (che è funzione invece del

sentimento sociale). Proprio per questo, il processo d'incoraggiamento in terapia non può prescindere dal fatto che il paziente sperimenti la cooperazione con il terapeuta [4].

In questo contributo, si propongono alcune considerazioni sul significato che gli aspetti d'incoraggiamento e di supporto rivestono all'interno della teoria della tecnica di un trattamento specifico di matrice individualpsicologica, la *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP)*, ed in particolare della sua derivazione a tempo limitato, la *Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (B-APP)*. Questa specifica tecnica di psicoterapia breve [20], che prevede 10-15 sedute a cadenza settimanale orientate intorno ad un *focus*, possiede iniziali evidenze di efficacia [20, 28, 30], anche nella versione a moduli sequenziali di 40 sedute ognuno a cadenza settimanale, la *Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP)*, che è specificatamente studiata per il trattamento dei disturbi di personalità [31].

II. Il modello della *Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (B-APP)*: principi generali del trattamento

L'identità della Psicologia Individuale odierna non è univoca, in ragione di fattori scientifici, culturali e di contingenze storiche. Dopo le prime descrizioni esautive della tecnica psicoterapeutica di Alfred e Kurt Adler, Wexberg, Dreikurs, Künkel e Ansbacher, contributi successivi di molti autori, provenienti prevalentemente da Austria, Germania, Svizzera, Stati Uniti, Francia e Italia hanno evidenziato differenti modalità di sviluppare l'eredità adleriana.

La *B-APP* differisce pertanto, talora anche marcatamente, da altre psicoterapie adleriane brevi più o meno chiaramente strutturate: *Constructivism-Oriented Adlerian Therapy*, *Adlerian Metaphor Therapy*, *Adlerian Family Counselling and Psychotherapy*, *Brief Adlerian Psychotherapy*, *Self-Oriented Adlerian Brief Psychotherapy*, ecc. Non esistono peraltro, a tutt'oggi, trattamenti manualizzati. Sotto il profilo dei principi generali del trattamento, Adler [4] asseriva che lo psicoterapeuta deve avere la possibilità di *vedere con gli occhi ed ascoltare con le orecchie dei suoi pazienti*, avvalendosi del loro contributo per giungere ad una comprensione comune. Questa attitudine si traduce [20] nella capacità di identificazione precoce, accettazione e conseguente interpretazione dello schema percettivo [3, 5] e dello stile di vita del paziente.

La consapevolezza di questi aspetti, attraverso una significativa esperienza di appartenenza e cooperazione durante il trattamento, permette l'identificazione, in via secondaria, di quei fattori che limitano o bloccano la capacità del soggetto di muoversi verso un migliore funzionamento [29]. Anche per la *B-APP*, la decodi-

ficazione dello schema appercettivo del paziente costituisce un aspetto tecnico specifico della comprensione empatica del terapeuta [16, 62]: corrisponde all'intenzione di ricevere la comunicazione di un'altra persona e di tradurre le sue emozioni, le sue parole e i suoi simboli negli aspetti significativi suoi propri appartenitivi. Lo schema appercettivo del paziente corrisponde quindi [1, 7] non solo a schemi cognitivi, ma anche a "schemi emozionali" [14]. Possiede, nel contempo un significato pre-simbolico inconscio senza storia, un significato simbolico inconscio con storia, un significato simbolico conscio con storia, un significato segnico con storia.

In sintesi, ogni processo psicologico è radicato in una serie di precursori e deriva pertanto da un processo psicologico precedente ("causa finalis" o causalità figurativa secondo Jaspers) [44], ma, nel contempo, l'esperienza passata costituisce la guida per preparare il futuro e le finzioni sono rappresentazioni aperte verso il polo progettuale dell'individuo, animate da una tensione verso una meta ideale.

Per quanto riguarda, nello specifico, la psicopatologia e la teoria della clinica, la ricerca evidenzia come le valutazioni del terapeuta sulla natura del disturbo siano importanti ai fini della terapia [10, 11]: l'*assessment* diagnostico permette di differenziare gli obiettivi delle psicoterapie, a seconda che la personalità e la storia evolutiva contribuiscano all'eziopatogenesi del disturbo, oppure determinino solo le risposte maladattive o l'espressività del medesimo [65].

Tutte le terapie specifiche per una data patologia tendono ad essere più efficaci rispetto a quelle non-specifiche, senza distinzioni di orientamento tecnico ma non si riesce ancora a spiegare in modo univoco come e perché questi effetti positivi vengano prodotti [47], probabilmente in relazione ai limiti epistemologici e psicopatologici degli studi condotti fino ad ora. La diagnosi categoriale non costituirebbe sempre una variabile di grande importanza [40], mentre la quantità [38], la gravità [38] ed alcune caratteristiche della sintomatologia correlano significativamente con gli esiti dei trattamenti.

In accordo con altri orientamenti psicodinamici di psicologia clinica, non solo di matrice individual-psicologica, i sintomi psichiatrici sono concepiti dai terapeuti della B-APP come l'espressione [20] simbolica di un disagio originario di cui l'individuo non è consapevole. Ogni sintomo, mentale o somatico, deriva dalla reazione dell'individuo ad un ostacolo che non ha la capacità di affrontare e superare in modo adeguato, in relazione al proprio sentimento di inferiorità.

Il terapeuta considera, dunque, aree dell'inconscio psicodinamico che costituiscono il fondamento della struttura psichica e risultano clinicamente rilevanti ed operanti, anche quando non ne fa esplicitamente oggetto del proprio lavoro durante il trattamento [36].

A livello psicopatologico, si distinguono vari fattori di rilevanza eziopatogenetica [20] del disturbo, facendo riferimento al modello biopsicosociale in psichiatria [18] e valutando di volta in volta il ruolo svolto da diversi fattori: (a1) la vulnerabilità biologica, ovvero le alterate modalità di processamento delle funzioni cerebrali; (a2) la vulnerabilità psicosociale, ovvero le esperienze precoci difettali o conflittuali vissute dal soggetto; (b) l'incidenza di *life-events* significativi; (c) la qualità della risposta individuale alla *noxa* patogena, descrivibile in termini di meccanismi di difesa, di *coping* e di compensazione (organizzazione dinamica della personalità); (d) a patologia conclamata, la qualità della risposta ambientale (comprese le terapie) come co-fattore dell'esito clinico.

Per quanto riguarda, infine, la teoria della tecnica, gli interventi del terapeuta durante la B-APP vengono descritti, in modo sintetico, considerando quattro assi: l'asse della posizione incoraggiante (EP-AX), l'asse degli strumenti tecnici (TI-AX), l'asse intensivo-suppertivo (IS-AX), l'asse mutativo-conservativo (MC-AX).

III. *Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (B-APP): le risposte del terapeuta alle domande del paziente*

Durante le sedute, in modo esplicito o talora implicito, 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 [23, 63]. Per rispondere alla domanda d'aiuto del paziente, il terapeuta deve tenere conto che i sintomi non descrivono solo le sue sofferenze e le sue difficoltà, ma delineano già quali soluzioni egli 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 gran parte senza successo, ed è solo a scopo espositivo che se ne possono approfondire separatamente i significati relazionali e quelli intrapsichici.

III. 1. *Asse del processo d'incoraggiamento (Encouragement Process Axis, EP-AX)*. Secondo Adler [3] e successivamente altri psicoanalisti, le risposte del terapeuta costituiscono un modo per regolare la distanza relazionale col paziente durante il trattamento, intesa come percezione di condivisione, disinteresse o contrapposizione reciproca. Il vissuto di vicinanza o lontananza nasce dall'esperienza, il riconoscimento e la comprensione di un *pattern* ripetitivo di interazioni da parte del paziente e del terapeuta [17, 34, 45]. Queste interazioni, nell'*hic et nunc* della seduta, così come nell'arco di un intero trattamento, strutturano ruoli e fun-

zioni asimmetriche. Le dinamiche *up/down* sono già insite nella condizione del terapeuta che detiene una tecnica per guarire nei confronti del paziente che ha un sintomo da curare e si manifestano nei modi più vari: con atteggiamenti amorevoli, critici, astensionisti o allontananti [25, 60, 64].

La vicinanza non viene percepita dal paziente solo attraverso la commozione, il rispecchiamento o il consenso, perché anche il confronto può essere un segno di partecipazione; analogamente, la sensazione di lontananza può scaturire da situazioni molto diverse, che vanno dal disinteresse alla contrapposizione di punti di vista differenti, dall'intenzione di cambiare all'astensione da un coinvolgimento magari eccessivo. Ogni paziente interpreta la distanza del terapeuta in ragione della propria esperienza presente e passata. La vicinanza e la lontananza possono essere vissute come confortevoli o come fonte di pericolo e il paziente fa in modo di non esporsi a ulteriori ferite. Se all'interno del rapporto il terapeuta è troppo astinente, viene facilmente decodificato dalla configurazione transferale del paziente come figura non disponibile; se è troppo attivo e prescrittivo, appare come insicuro e facile bersaglio di aggressività [50].

La regolazione di una *distanza ottimale* dovrebbe consentire al paziente un legame sufficiente per non sentirsi abbandonato senza dover rinunciare, nel contempo, alla propria autonomia. In questo senso, la percezione inconscia della distanza non può prescindere da come si configura il transfert [54]. Tuttavia, i movimenti relazionali tra paziente e terapeuta non sono riferibili solamente ad aspetti transferali e controtransferali e rispecchiano anche quanto accade di realmente positivo o negativo tra l'uno e l'altro [29].

La ricerca della neutralità analitica, originariamente intesa in psicoanalisi come la possibilità che il terapeuta possa annullare l'influenza della propria organizzazione psichica nel rapporto col paziente, astrarsi dal corso personale dei propri pensieri [6] e porsi in una condizione d'assenza della memoria e del desiderio [9] non viene riproposta nel pensiero psicodinamico odierno, sulla scorta di alcune importanti considerazioni critiche. La prima considera la natura profondamente interindividuale [19] del processo analitico e psicoterapeutico, al quale i principi organizzativi dell'analista, compresi quelli della teoria con cui egli tenta di ordinare i dati raccolti in seduta, danno un immancabile ed inevitabile contributo [68]. Inoltre, una pretesa neutralità può diventare, invece, il contenitore ideale del controtransfert del terapeuta [48] con il rischio, più o meno consapevole, di un evitamento delle responsabilità di fronte alle richieste del paziente [4, 22, 29], oppure di un'astensione scoraggiante al servizio di una posizione di superiorità.

L'APP considera, invece, le differenti modulazioni della distanza relazionale che avvengono durante le sedute come possibilità di un processo di incoraggiamento del paziente, di cui fanno parte l'asimmetricità e la riservatezza (ovvero: si parla

della vita del paziente e non di quella del terapeuta, per non trasformare la relazione terapeutica in reale), con lo scopo di favorire e proteggere un'attenzione specificatamente dedicata alle questioni poste dal trattamento [53]. Peraltro, questi aspetti si coniugano anche con la considerazione che, in assoluto, non è possibile nascondere la persona reale del terapeuta, anche se il paziente non conosce la sua vita [35]. Piuttosto, la conoscenza relazionale implicita, come ambito procedurale relazionale caratterizzato dai "now moments" o "momenti di incontro", va distinta a livello intrapsichico dal dominio simbolico del transfert e del controtransfert.

Complessivamente, si può dire che, se il terapeuta non può essere esperito come un nuovo oggetto, la psicoterapia non ha mai inizio e, se non può essere percepito come un vecchio oggetto, non ha mai fine [37]. L'incoraggiamento è dunque un processo attivo [21] e in questo senso si dovrebbe parlare oggi di tecnica attiva in psicoterapia [29]. Non si riferisce ad un atteggiamento genericamente amorevole o prescrittivo ma è contrassegnato dalla volontà di rispondere alla richiesta di aiuto di un'altra persona cercando di comprenderne le emozioni, i pensieri e le espressioni simboliche più significative [21]. A questo riguardo, si possono descrivere, lungo un *continuum* dimensionale (EP-AX) due atteggiamenti prevalenti che il terapeuta può assumere per soddisfare i bisogni [34, 35] del paziente: una posizione incoraggiante di *ricerca* e una posizione incoraggiante di *offerta*.

La *posizione incoraggiante di ricerca*: (a) corrisponde all'assunzione di una posizione equidistante tra le vecchie e le nuove modalità di relazione che il paziente mette in atto con il terapeuta [34]; prevede una sospensione (b) di giudizio e (c) di partecipazione affettiva [8, 34] su una serie di comportamenti, di desideri o di sentimenti che il paziente, restrittivamente, ha eretto a proprie verità assolute [22], in modo da sperimentare delle alternative. Ci si propone, in questo modo, di rispondere il più possibile al bisogno del paziente di ampliare la propria libertà e le proprie possibilità di scelta.

La *posizione incoraggiante di offerta*: (a) corrisponde ad assumere una posizione differente rispetto ai prototipi del passato, una volta che siano stati compresi, proponendo nel contempo un modello identificatorio positivo; prevede di fornire una risposta ai problemi del paziente nell'*hic et nunc* della seduta, attraverso (b) valutazioni esplicite e (c) partecipazione affettiva. Ci si propone, in questo modo, di rispondere il più possibile ai bisogni di cooperazione del paziente. Non va confusa, pertanto, con la manipolazione della relazione in base a ciò che pensa il terapeuta ed ai suoi valori esistenziali di riferimento.

In quest'ambito, anche l'elaborazione di contenuti specifici (consci o inconsci) che il paziente porta in seduta va connessa al contesto vicino e lontano che definisce la distanza relazionale del rapporto col paziente. Si può dire che ogni paziente

ricerca in psicoterapia qualcosa di antico per poterlo rivivere in modo nuovo: uno dei trami di questa trasformazione è l'attività dis-ordinante del terapeuta, fondata sulla sua capacità di essere emotivamente stimolato e di stare in relazione. Gli stimoli critici e riflessivi possono essere vissuti dal paziente come supporto e condivisione, come intrusione [64] o prescrizione [60] del cambiamento, oppure come fantasia progettuale trasmessa attraverso messaggi subliminali.

Per quanto riguarda il transfert, gli interventi del terapeuta tendono a riscrivere il racconto del paziente trasformando i personaggi e le esperienze del passato in direzione di una maggiore intimità e libertà di intendere le relazioni, compresa quella con il terapeuta [54].

III. 2. *Asse degli strumenti tecnici (Technical Instruments Axis, TI-AX)*. Le risposte del terapeuta alle questioni poste dal quadro clinico del paziente beneficiano inoltre dell'uso di strumenti tecnici, che definiscono le modalità del lavoro per quanto riguarda gli aspetti intrapsichici del paziente. La descrizione di quest'asse non è di pertinenza di questo contributo. Ci si limita, pertanto, a segnalare che la B-APP utilizza, a questo proposito, la sistematizzazione descrittiva degli strumenti tecnici della psicoterapia in sette diverse tipologie, come proposto dal *Menninger Clinic Treatment Intervention Project*, ma a partire da premesse diverse.

La classificazione degli interventi del terapeuta della B-APP intende infatti differenziare il modo in cui ogni strumento tratta il materiale presentato durante la seduta e non i presumibili effetti, che sono diversi a seconda delle tipologie dei pazienti, soprattutto in relazione al tipo di organizzazione di personalità.

Quindi, lungo questa dimensione funzionale (TI-AX), la B-APP opera una distinzione tra strumenti tecnici esplorativi e validanti [20]. I primi promuovono connessioni tra elementi consci ed altri elementi dinamicamente inconsci (interpretazione – TI 1), subconsci (confrontazione – TI 2) o già consapevoli (chiarificazione – TI 3) del soggetto. I secondi promuovono il riconoscimento e l'importanza di determinati vissuti, situazioni o comportamenti (convalidazione empatica – TI 5, consigli ed elogi – TI 6, conferma e prescrizione – TI 7). L'incoraggiamento ad elaborare (TI 4), che talora si manifesta anche attraverso il silenzio del terapeuta, si colloca idealmente al centro del *continuum* costituito dagli altri strumenti della tecnica.

IV. *Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (B-APP): le scelte del terapeuta nella conduzione del trattamento*

In linea generale, ogni trattamento può essere indirizzato ad una o più delle

dimensioni psicopatologiche che hanno concorso alla comparsa del disturbo. Non esiste quindi un solo agente terapeutico, ma bisogna piuttosto parlare di azioni terapeutiche efficaci secondo diverse possibilità.

IV. 1. *Asse intensivo-supportivo (Intensive-Supportive Axis, IS-AX)*. Nella B-APP, l'*esperienza emotiva correttiva* viene modulata dal terapeuta secondo modalità strategiche *intensive* o *supportive*, che si differenziano, lungo un *continuum*, per la qualità prevalente della relazione [20, 24].

La strategia intensiva è caratterizzata dall'alleanza di lavoro dialogica [52], dove il terapeuta favorisce la rielaborazione dei vissuti da parte del paziente, piuttosto che fornire contributi personali. L'obiettivo è quello di favorire nel paziente un atteggiamento di attenzione, confidenza e comprensione delle proprie difficoltà come presupposto del cambiamento. Secondo Adler, il terapeuta non è capace di insegnare nulla di meglio di quanto il paziente non possa comprendere attraverso il riconoscimento della linea della propria vita [2]. Permettere la ripetizione in seduta dei *patterns* maladattivi può favorire questo processo di consapevolezza [57], ma il lavoro non si limita alle difese e alle modalità di *coping* perché può riguardare tutti gli altri aspetti psicopatologici rilevanti nell'eziopatogenesi del disturbo: il significato personale dei sintomi; il contesto sociale, culturale e valoriale di appartenenza dell'individuo; le angosce, i bisogni e i livelli motivazionali; l'immagine di sé e degli altri.

Rispetto all'utilizzo dell'EP-AX, gli obiettivi delle *psicoterapie intensive* beneficiano: (a) prevalentemente, della posizione incoraggiante di ricerca, volta alla comprensione del vantaggio inconscio connesso col persistere dei meccanismi che producono o mantengono il disturbo e la sofferenza: la scoperta dello stile di vita nella sua interezza è importante perché il paziente non riesca più a sottrarlo alla critica e alla comprensione [2]; (b) di alcuni aspetti della posizione incoraggiante di offerta, volta ad evidenziare e definire in modo diretto i meccanismi che producono o mantengono il disturbo e la sofferenza. Rispetto all'utilizzo del TI-AX, le strategie intensive beneficiano dell'incoraggiamento ad elaborare (TI 4) e degli strumenti tecnici di tipo esplorativo (T1, T2, T3).

La *strategia supportiva* è caratterizzata, invece, dall'alleanza di lavoro supportiva [52], dove prevale l'integrazione dei contributi da parte del terapeuta. L'obiettivo è quello di fornire soluzioni positive alternative in risposta alle difficoltà del paziente. Secondo Adler, la psicoterapia è un esercizio ed una prova di cooperazione e può concludersi positivamente solo se s'è un sincero interesse per gli altri [4]. Come nelle strategie intensive, il lavoro può riguardare tutti o alcuni degli aspetti psicopatologici rilevanti nell'eziopatogenesi del disturbo, per cui: si favoriscono le manifestazioni non sintomatiche del disagio e le difese meno disfunzionali e quindi in questo caso non è utile la ripetizione in sedu-

ta dei *patterns* maladattivi [57]; si sostengono le risorse del paziente e si promuove la soluzione dei conflitti intrapsichici; si favorisce la soluzione dei problemi interpersonali; si solleva il paziente dall'angoscia e dal bisogno; si rinforza l'identità.

Rispetto all'utilizzo dell'EP-AX, gli obiettivi delle psicoterapie supportive beneficiano: (a) prevalentemente, della posizione incoraggiante di offerta, volta ad evidenziare e a definire in modo diretto i meccanismi proposti per ridurre il disturbo e la sofferenza; (b) di alcuni aspetti della posizione incoraggiante di ricerca, volta alla comprensione del vantaggio connesso ai meccanismi proposti per ridurre il disturbo e la sofferenza in base alla situazione del paziente e non in nome di un ideale adattamento [33]. Rispetto all'utilizzo del TI-AX, le strategie supportive beneficiano degli strumenti tecnici di tipo validante (T5, T6, T7). Aspetti intensivi e supportivi si intrecciano costantemente all'interno dei vari trattamenti e delle sedute [43, 51, 59]. Le indicazioni ad una strategia intensiva o supportiva sono relative ad alcune caratteristiche dei pazienti, anche se non esistono criteri predittivi sicuri: sembrano produrre, peraltro, cambiamenti strutturali equivalenti e altrettanto duraturi [34, 35]. A proposito dei trattamenti supportivi, però, le ricerche di esito non valutano se il perdurare del cambiamento sottintende una condizione implicita di dipendenza dalle condizioni relazionali che l'hanno reso possibile. La terapia intensiva sembra, invece, promuovere una stabilità degli esiti largamente incentrata sulle motivazioni e le acquisizioni del paziente.

Presupposti per una *terapia intensiva* sono sicuramente una forte motivazione a comprendere, una buona capacità di psicologizzare e di pensare per analogie e metafore, un buon esame di realtà, un buon controllo degli impulsi, una buona autonomia e capacità di lavoro continuativo. Presupposti per una *terapia supportiva* sono invece una debole motivazione a rimettersi in discussione, una scarsa intelligenza e capacità di *insight*, una scarsa attitudine a psicologizzare, un esame inadeguato di realtà, una bassa tolleranza dell'angoscia e della frustrazione, uno scarso controllo degli impulsi, una scarsa autonomia e continuità.

Inoltre, una strategia supportiva può anche preludere ad una strategia intensiva [12], in quanto una buona relazione con funzione di contenimento [69] può essere interiorizzata [15] e può consentire di comprendere il materiale introiettato e di restituirlo in forma modificata [9]. In ogni caso, gli obiettivi relazionali del trattamento sono costituiti dal conseguimento di una maggiore autonomia per coloro che cercano troppo aiuto e di una maggior capacità di cercare aiuto per coloro che ricercano troppo l'autonomia [20].

IV. 2. *Asse mutativo-conservativo (Mutative-Conservative Axis, MC-AX)*. Nella B-APP, sia all'interno delle terapie supportive che delle terapie intensive, le strategie del terapeuta si differenziano, lungo un asse ulteriore, in funzione delle pre-

valenti modalità di funzionamento psicopatologico del paziente [20, 24] e della sua condizione relazionale e sociale.

Anche questo asse non è oggetto di considerazioni specifiche in questo lavoro. Si specifica solamente che la B-APP non assegna *a priori* a ciascuno strumento tecnico (TI-AX) un significato in termini di efficacia conservativa (volta a rispettare e rafforzare la struttura difensiva del paziente) o mutativa (volta ad un cambiamento dello stile di vita del paziente e dell'organizzazione di personalità). L'efficacia di una strategia conservativa o di una strategia mutativa, attraverso l'uso di ogni TI, dipende dalla patologia del paziente e di fatto il terapeuta della B-APP, a seconda delle necessità del trattamento, seleziona ogni TI in funzione conservativa o mutativa, tenendo conto della sua organizzazione di personalità.

L'importanza di una comprensione dettagliata delle variabili di personalità [55, 67] è stata sottolineata fin dall'inizio da Adler [6, 25] come essenziale per la conduzione della psicoterapia. Oggi anche la ricerca sostiene che le strategie e le tecniche devono basarsi su un'accurata formulazione delle dinamiche della sofferenza attuale del soggetto [46, 56].

V. Alcuni altri aspetti particolari della conduzione del trattamento nelle psicoterapie time-limited

Poiché le psicoterapie brevi non sono trattamenti a lungo termine “condensati”, il terapeuta deve tenere conto che il lavoro può assumere peculiarità specifiche, sia per come si struttura la relazione, sia per i risvolti intrapsichici che ne derivano. Per quanto concerne l'indicazione ad una psicoterapia breve, la precedente formulazione di una domanda esplicita da parte del paziente o una buona aderenza al progetto clinico sono condizioni ancora più importanti che nei trattamenti *open-ended* a medio o lungo termine. Come descritto per altre psicoterapie brevi, anche i terapeuti della B-APP devono formulare un'accurata valutazione diagnostica e clinica del soggetto prima di iniziare le sedute. Il terapeuta fornisce al paziente informazioni preliminari dettagliate circa le regole e le modalità di lavoro che permettono il trattamento [13]. È possibile, in ogni caso, anche nell'arco di un numero limitato di sedute, costruire un'alleanza terapeutica tra lo psicoterapeuta e il paziente, che costituisca una nuova relazione specifica [38].

Per quanto riguarda, invece, lo svolgimento delle sedute, non vi sono evidenze in letteratura che indichino alcune strategie preferenziali di intervento nelle psicoterapie brevi. I terapeuti della B-APP e della SB-APP scelgono, pertanto, come lavorare con i pazienti in base alla psicopatologia e alla clinica. Più nello specifico, uno dei compiti del terapeuta nella B-APP consiste nell'aiutare il paziente a tollerare e a filtrare gli stimoli ambientali o intrapsichici correlati al *focus* [20]

che risultino intollerabili o che possano causare reazioni regressive “maligne”. Può accadere, quindi, che si debba fare in modo che il paziente non rimanga troppo coinvolto da un determinato vissuto. In questo modo il terapeuta aiuta il paziente a non affrontare problematiche profonde che non c'è il tempo di elaborare e lascia libera la possibilità, nel breve tempo a disposizione, di lavorare fruttuosamente su altre tematiche importanti, ma più accessibili [26].

La necessità, inoltre, di lavorare fruttuosamente con il paziente in un tempo ridotto dovrebbe indurre il terapeuta a non utilizzare prioritariamente l'esplorazione della relazione terapeutica come strumento di *insight* [41, 42, 57]. Al contrario, anche nel trattamento dei disturbi di personalità, la concentrazione del lavoro terapeutico su un *focus* prestabilito e la maggior attività del terapeuta sembrano avere un ruolo significativo nel miglioramento dell'alleanza terapeutica e dunque della *compliance* al trattamento [31, 70, 71].

L'elaborazione della separazione annunciata sarebbe, infine, paragonabile al lavoro del lutto [39] e si configurerebbe come una possibilità, necessaria per lo sviluppo dell'individuo, di elaborare l'angoscia della perdita in direzione del sentimento della nostalgia [58]. Va sottolineato, peraltro, che la fine pre-determinata del trattamento va intesa come proposta di un limite che, in quanto riconosciuto e accettato, può anche rappresentare una risorsa o uno stimolo ad un lavoro più intenso [32]; in alcuni casi, stempera, inoltre, le problematiche legate alla dipendenza [27] e riduce il *drop-out* [66].

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1913), Individualpsychologische Behandlung der Neurosen, in SARASON, D. (a cura di), *Jahreskurse für ärztliche Fortbildung*, Lehmann, München.
3. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
4. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994..
5. AMADEI, G. (2009), Benessere, mindfulness, in SIEGEL, D. J. (2007), *The Mindful Brain*, tr. it. *Mindfulness e cervello*, Raffaello Cortina, Milano.
6. ANSBACHER, H. L. (1987), A. Adlers Unterscheidung zwischen psychoanalytischer Methode freudscher Theorie, *Zeit. F. Individualpsychol.*, 12: 233-243.
7. ANSBACHER, H. L., R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
8. BAKER, R. (2000), Finding the Neutral Position: Patient and Analyst Perspectives, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 48: 129-153.
9. BION, W. R. (1962), *Learning from Experience*, tr. it. *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma 1972.
10. BLATT, S. J., QUINLAN, D. M., ZUROFF, D. C., PILKONIS, P. A. (1996), Interpersonal Factors in Brief Treatment of Depression: Further Analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program, *J. Consult. Clin. Psychology*, 64: 162-171.
11. BLATT, S. J., SHAHAR, G. (2004), Stability of the Patient-by-Treatment Interaction in the Menninger Psychotherapy Research Project, *Bull. Menninger Clin.*, 68: 23-38.
12. BOND, M., BANON, E., GRENIER, M. (1998), Differential Effects of Interventions on the Therapeutic Alliance with Patients with Personality Disorders, *J. Psychother. Pract. Res.* 7: 301-318.
13. BORDIN, E. S. (1979), The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of Working Alliance, *Psychother. Theory, Res. Pract.*, 16: 252-260.
14. BUCCI, W. (1997), *Psychoanalysis and Cognitive Science*, The Guilford Press, New York.
15. COOPER, A. M. (1992), Psychic Change: Development in the Theory of Psychoanalytic Techniques, *Int. J. Psycho-Anal.*, 73: 245-250.
16. DATLER, W. (1988), Über den Wunsch nach Veränderung und die Angst vor dem Neuen, *Zeit. f. Individualpsychol.*, 23: 128-141.
17. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra*, CSE, Torino.
18. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di psichiatria biopsicosociale*, CSE, Torino.
19. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., PIERÒ, A., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G. G. (2003), Dropout from Brief Psychotherapy within a Combination Treatment in Bulimia Nervosa: Role of Personality and Anger, *Psychother Psychosom.*, 72: 203-210.
20. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues and Process Indicators, *Pan. Min. Med.*, 50: 1-11.
21. FASSINO, S., FERRERO, A. (1982), A proposito dell'identificazione transindividuale al servizio dell'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 9-10: 159-167.

22. FERENCZI, S. (1926), Il problema dell'affermazione del dispiacere. Progressi nella conoscenza del senso di realtà, in *Opere*, vol. 3, Raffaello Cortina, Milano 1992.
23. FERRERO, A. (1995), *Insula dulcamara. Studi di psicologia e psichiatria dinamica*, CSE, Torino.
24. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
25. FERRERO, A. (2000), Le alternative alla depressione: ruolo dell'insight nelle trasformazioni psicoterapeutiche, in FERRERO, A. (a cura di), *Clinica psicodinamica delle depressioni. Le scuole analitiche si incontrano*, CSE, Torino.
26. FERRERO, A. (2008), I sogni nelle psicoterapie time-limited, *Riv. Psicol. Indiv.*, 64: 57-70.
27. FERRERO, A., BOVERO, A., CAIRO, E., FROLA, E., LETO, N., SCALMANI, A., ZINI, V., FASSINA, S. (2002), L'elaborazione del distacco in una esperienza di psicoterapia psicodinamica breve presso un DSM, *Atti del XXXVI Congresso Nazionale Società Italiana di Psicoterapia Medica*, Lucera, CSE, Torino.
28. FERRERO, A., CAIRO, E., FASSINA, S., PIERÒ, A., SIMONELLI, B. (2009), Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): Technical Issues for the Treatment of Aggressiveness in Patients with Borderline Personality Organization (BPO), *Pan. Min. Med.*, 51: 39.
29. FERRERO, A., FASSINA, S. (2003), Aiutare i pazienti in analisi. Un contributo critico tra il pensiero di Alfred Adler e Sandor Ferenczi, in BOSCHIROLI, A., ALBASI, C., GRANIREI, A., Incontrando Sándor Ferenczi. Temi ferencziani nella pratica clinica contemporanea, *Radure*, VII, 1: 243-255.
30. FERRERO, A., PIERÒ, A., CAIRO, E., ROCCA, G., SIMONELLI, B., FASSINA, S., LANTERI, A., FASSINO, S. (2009), A Two-Year Randomized Controlled Trial for the Comparison of Two Short-Term Psychological Treatments for Borderline Personality Disorder in Heavy Users at a Mental Health Service, *Brit. J. Psychiatry*, submitted.
31. FERRERO, A., SIMONELLI, B. (2006), Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): psicoterapia time-limited per pazienti con organizzazione borderline di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 13-38.
32. FLEGENHEIMER, W. V., POLLACK, J. (1989), The Time Limit in Brief Psychotherapy, *Bull. Menninger Clinic.*, 53: 44-51.
33. FROMM, E. (1941), *Escape from Freedom*, Avon, New York.
34. GABBARD, G. O. (2000), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, American Psychiatric Press.
35. GABBARD, G. O. (2004), *Long Term Psychodynamic Psychotherapy*, American Psychiatric Publishing.
36. GORTON, G. E. (2000), Psychodynamic Approaches to the Patient, *Psychiatr. Serv.*, 51: 408-1409.
37. GREENBERG, J. R. (1986), The Problem of Analytic Neutrality, *Contempt. Psychoanal.*, 22: 76-86.
38. GREENBERG, J. R. (2004), Gli ingredienti essenziali per una psicoterapia efficace: l'effetto dei fattori comuni, in GABBARD, G. O. (a cura di), *The Art and Science of Brief Psychotherapies. A Practitioner's Guide*, American Psychiatric publishing, Washington.
39. HAYNAL, A. (1987), *Dépression et créativité*, Césura, Lyon.
40. HERSOUGA, G., MONSEN, J. T., HAVIK, O. E., HOGLEND, P. (2002), Quality of Early Working Alliance in Psychotherapy: Diagnoses, Relationship and Intrapsychic

- Variables as Predictors, *Psychother. Psychosom.*, 71: 18-27.
41. HOGLEND, P., AMLO, S., MARBLE, A., BOGWALD, K. P., SORBYE O., SJAAS-TAD, M. C., HEYERDAHL, O. (2006), Analysis of the Patient-Therapist Relationship in Dynamic Psychotherapy: an Experimental Study of Transference Interpretations, *Am. J. Psychiatry*, 163: 1739-1746.
42. HOGLEND, P., BOGWALD, K. P., AMLO, S., MARBLE, A., ULBERG, R., SJAAS-TADM, C., SORBYE, O., HEYERDAHL, O., JOHANSSON, P. (2008), Analysis of the Patient-Therapist Relationship in Dynamic Psychotherapy: an Experimental Study of Transference Interpretations, *Am. J. Psychiatry*, 165: 763-771.
43. JACOBS, T. J. (1990), The Corrective Emotional Experience – Its Place in Current Technique. *Psychoanal. Inquiry*, 10: 433-454.
44. JASPERS, K. (1959), *Allgemeine Psychopathologie*, tr. it. *Psicopatologia generale*, II Pensiero Scientifico, Roma 1964.
45. JONES, E. E. (2000), *Therapeutic Action*, Jason Aronson, Northfield.
46. JOYCE, A. S., PIPER, W. E. (1993), The Immediate Impact of Transference Interpretation in Short-Term Individual Psychotherapy, *Am. J. Psychiatry*, 47: 508-526.
47. JOYCE, A. S., WOLFAARDT, U., SRIBNEY, C., AYLWIN, A. S. (2006), Psychotherapy Research at the Start of 21st Century: the Persistence of the Art Versus Science Controversy, *Can. J. Psychiatry*, 51: 797-809.
48. KURTHEN, M. (1998), Intentionalität und Sprachlichkeit in Psychoanalyse und Kognitionswissenschaft, *Psyche*, 52: 850-883.
49. LEICHSENING, F., BEUTEL, M., LEIBING, E. (2007), Psychodynamic Psychotherapy for Social Phobia: a Treatment Manual Based on Supportive-Expressive Therapy, *Bull. Menninger Clin.*, 71: 56-83.
50. LOUIS HOFFMAN, L. (1982), L'incontro del terapeuta con se stesso, in AA.VV., Aspetti generali del processo analitico, *Indiv. Psychol. Dossier*, 2: 145-156.
51. LUBORSKY, L. (1984), *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy*, Basic Books, New York.
52. MC GLASHAN, T. H., KEATS, C. J. (1989), *Schizophrenia: Treatment Process and Outcome*, tr. it. *Schizofrenia: trattamento ed esito terapeutico*, Raffaello Cortina, Milano 1993.
53. MEISSNER, W. W. (2002), The Problem of Self-Disclosure in Psychoanalysis, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 50: 827-867.
54. MITCHELL, S. A. (1988), *Relational Concepts in Psychoanalysis. An Integration*, Harvard University Press, Cambridge-Mass.-London.
55. NARUD, K., MYKLETUN, A., DAHL, A. A. (2005), Therapist's Handling of Patients with Cluster B Personality Disorders in Individual Psychotherapy, *Compr. Psychiatry*, 46: 186-191.
56. OGRODNICZUK, J. S., PIPER, W. E. (1999), Use of Transference Interpretation in Dynamically Oriented Individual Psychotherapy for Patients with Personality Disorders, *J. Person. Disord.*, 13: 297-311.
57. PIPER, W. E., OGRODNICZUK, J. S., JOYCE, A. S. (2004), Quality of Object Relations as a Moderator of the Relationship between Pattern of Alliance and Outcome in Short-term Individual Psychotherapy, *J. Pers. Assess.*, 83 : 345-356.
58. QUINODOZ, J. M. (1991), *La solitudine addomesticata*, Borla, Roma.
59. ROCKLAND, L. H. (1993), A Review of Supportive Psychotherapy, 1986-1992, *Hosp. Community Psychiatry*, 44: 1053-1060.

60. ROVERA, G. G. (1964), *Considerazioni logico-formali sugli aspetti prescrittivi in psicoterapia*, Silvestrelli e Cappelletto, Torino.
61. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
62. ROVERA, G. G. (1992), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
63. 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.
64. SCHAFER, R. (1983), *The Analytic Attitude*, tr. it. *L'atteggiamento analitico*, Feltrinelli, Milano 1985.
65. SHUCHTER, S. R., DOWNS, N., ZISOOK, S. (1996), *Biologically Informed Psychotherapy for Depression*, tr. it. *La depressione. Conoscenze biologiche e psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano 1997.
66. SLEDGE, W. H., MORAS, K., HARTLEY, D., LEVINE, M. (1990), Effect of Time-limited Psychotherapy on Patient Dropout Rates, *Am. J. Psychiatry*, 147: 1341-1347.
67. SPERRY, L., MANIACCI, M. P. (1992), An Integration of DSM III-R Diagnosis and Adlerian Case Formulation, *Indiv. Psychol.*, 48: 175-181.
68. STOLOROW, R., D., ATTWOOD, G. E., BRANDCHAFT, B. (1994), *The Intersubjectivity Perspective*, tr. it. *La prospettiva intersoggettiva*, Borla, Roma 1996.
69. WINNICOTT, D.W. (1971), *Playing and Reality*, tr. it. *Gioco e realtà*. Armando, Roma 1974.
70. WINSTON, A., LAIKIN, M., POLLACK, J., WALLER, SAMSTAG, L., MC CULLOUGH, L., MURAN, J. C. (1994), Short-Term Psychotherapy of Personality Disorders, *Am. J. Psychiatry*, 151: 190-194.
71. WINSTON, A., POLLACK, J., MC CULLOUGH, L., FLEGENHEIMER, M. D., KESTENBAUM, R., TRUJILLO, M. (1991), Brief Psychotherapy of Personality Disorder, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 179: 188-193.

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