

Le strategie dell'incoraggiamento

GIAN GIACOMO ROVERA

Summary – THE STRATEGIES OF ENCOURAGEMENT. The strategy of encouragement is one of the most original approaches in I.P.C. (Individual Psychology Compared). This strategy is far from being eclectic, and can be inserted as a therapeutical project within the context both of a model of a network and of a network of models. In the case of a pulsation model an interindividual one is to be preferred. And this is in complete accordance with present-day neuro-scientific research, and it is in correlation with phenomenological/existentialist thought. The special, unique, nature of I.P.C. can be realised in an interdisciplinary bio-psycho socio-cultural paradigm in which the individual is in the middle of the therapeutical interaction. This therapy must be “made to measure”. An association with pharmaceutical drugs and with other rehabilitating aids is possible. In the present “post-modern” period which recognizes the plurality of cultures, complementarity among various disciplines is fundamental for an explicative-comprehension approach that utilizes empathetic involvement, “enactment”, “disclosure” and transmotivational research. Encouragement methods are applicable to various types of treatment (educational, counseling, analytical). In conclusion, to encourage means to attempt, to create a genuine, authentic Social Feeling.

Keywords: STRATEGIES OF ENCOURAGEMENT, EMPATHETIC INVOLVEMENT, TRANSMOTIVATIONAL RESEARCH

I. Introduzione

A)

Nell'attuale periodo postmoderno [43, 74] si deve essere consapevoli dei diversi punti di vista e delle molteplicità culturali, che possono implicare temi articolati come quello riguardante la strategia dell'incoraggiamento.

La nietzschiana “volontà di potenza” proposta in una particolare accezione dal modello adleriano [74] sembra sfrangiarsi verso un cosmopolitismo di diritti/norme per la bioetica, rapporti coevolutivi tra natura e cultura, dibattiti su libertà e responsabilità, idee di correlazione tra intelligenza logica e neuroni specchio. Se poi ci si incammina in nuove correlazioni fra semantica ed epistemologia

dovremmo entrare non solo in una “crisi della ragione”, ma anche in una “crisi della traducibilità generale dei linguaggi” [30, 52, 84, 88, 89, 90, 91].

B)

In tale contesto la *Psicologia Individuale Adleriana* si confronta in modo *compabile, compatibile e plausibile* grazie ad un *approccio comprensivo/esplicativo* dell’individuo, in uno studio che riguardi il biologico, lo psicologico, il sociale ed il culturale.

Trattare *del coraggio e dell’incoraggiamento* (Par. II) significa pertanto:

- delimitare operativamente i termini all’interno di un contesto psicopatologico e clinico e comunque nell’ambito delle relazioni di aiuto (Par. II-III);
- discutere sui fattori psicologico-dinamici maggiormente rilevanti (Par. III);
- far emergere gli aspetti psicoterapeutici più collaudati (Par. IV).

C)

Qualora venga utilizzato un *modello di rete interdisciplinare come paradigma teorico-pratico*, circa una strategia dell’incoraggiamento, si possono menzionare *tre schemi di riferimento (C1, C2, C3)*, improntati alla dinamica tra “il comprendere, lo spiegare e il capire”.

C 1)

1) Il *primo obiettivo* dell’attuale ricerca delle Neuroscienze è il progetto di naturalizzazione della intelligenza sociale, consistente nella valutazione della natura dei processi neurali che regolano le relazioni interpersonali [33, 87, 92]. Ma vi è il rischio, evidente nello studio sul *cervello sociale* [18] che un approccio tra attività neuronali e attività mentali “sia risolto” troppo “riduzionisticamente” o troppo “aprioristicamente” [33]. In tale contesto rientrano le attuali ricerche del *mirroring*.

Tali quesiti sono stati in qualche modo affrontati nella Prefazione [74] al libro di Schiffer [81] su “La memoria sono io” in cui si affrontava il senso dell’ “epochè” (sospensione del giudizio) husserliana e dei *Qualia* (coscienza autoriflessiva) [25].

2) Peraltro anche la innovativa concezione dell’esperienza del corpo quale *simulazione incarnata (embodied simulation)* [33] e dei suoi correlati neurali senso-motori, non appare ancora oggi risolvere il problema della distinzione tra mondo soggettivo e mondo oggettivo: mentre gli stessi vengono pur sempre incanalati verso l’*individualità* (olismo).

Resta il fatto che la soggettività è inscindibile dall’unitarietà della coscienza e specie della *coscienza autoriflessiva o Qualia*: e questa è una *sfida formidabile* [25] che rimane a tutt’oggi un mistero se non un *enigma concreto*.

Le domande sul “da dove vieni” e sul “dove vai”, così come l'*idea su Dio* [3, 71, 72] sebbene mostrino un substrato biologico funzionale comune, non possono però *dimostrare* un'equivalenza tra neuroni specchio ed empatia [33].

3) Inoltre *il sistema della molteplicità condivisa (Shared Manifold)* [32, 33], qualora venisse a costituire l'*identità Sé-altro* per lo sviluppo di forme più articolate di *relazione interindividuale* (o intersoggettiva se la si considera in riferimento a due menti): non si giungerebbe ancora alla comprensione del significato delle proprie e delle altrui sensazioni, emozioni e cognizioni.

Il modello neurofisiologico dell'intersoggettività mostra assonanze col concetto di *empatia* (Par. II, III, IV), specie nell'ambito di una *fenomenologia della percezione* [45] in cui vi sarebbe un passaggio dal *Körper* (corpo naturale) al *Leib* (corpo vissuto) [60, 75]: sino a giungere ad una *naturalizzazione della cognizione sociale* [18, 19] che oggi rappresenta più una sfida che non una base per le ricerche scientifiche.

C 2)

1) Il *secondo obiettivo* riguarda le professioni d'aiuto nell'ambito di una *antropologia clinica esistenziale o neo esistenziale* [14, 15, 51].

La validazione di un rapporto tra *Neuroscienze ed Existenzenwelt* (mondo esistenziale) è tuttavia un'*ipotesi neuroscientifica debole* in quanto l'oggetto di studio deve rivolgersi alla “mente estesa” (altra da noi). Già nella sua *Psicopatologia generale* Jaspers (1912-1959) distingueva lo *spiegare scientifico (Erklären)* e del *comprendere fenomenologico (Verstehen)*, riunendole in qualche modo nel *capi-re (Begreifen)*.

2) Queste tematiche psicofilosofiche ritornano con nuova pregnanza nella configurazione di *empatia (enigma oscuro o addirittura tormentoso), complesso processo mentale alla base del Mitwelt*, il quale costituisce oggi un interessante campo di studio delle Neuroscienze [51]. Tra l'*Umwelt* (mondo dell'ambiente naturale) e l'*Eigenwelt* (mondo dal di dentro con l'assunzione del Sé) è appunto situabile il *Mitwelt* (mondo degli altri con gli altri e con le loro interazioni sociali e culturali).

Questi *tre mondi*, sono interattivamente legati ed indivisibili e sono terreno di esperienza delle funzioni mentali che accolgono l'interesse delle Neuroscienze ed aprono ad un *mondo di possibilità* ampliando le *nostre mappe interne*.

C 3)

Il *terzo obiettivo* riguarda la possibilità di una *comprensione esplicativa* circa il *mondo della possibilità* [55, 56, 74, 99].

Le *strategie dell'incoraggiamento* possono attingere a queste configurazioni concettuali che rappresentano anche una serie di sfide rispetto alla misurazione del processo terapeutico, dei metodi empirici (*evidence based*) circa la ricerca clinica applicata e l'*outcome*, nonché lo studio della Psichiatria Culturale.

D)

1) La vaticinata *liberalizzazione dell'epistemologia contemporanea* (anche clinica), rispetto ai rigidi criteri di verifica sperimentale, dipende dal fatto che all'interno di metodi e tecniche di scuola, il consenso si è rivelato poco affidabile. La controprova sarebbe evidente nel caso della psicoanalisi, in cui il metodo anche quando applicato con ortodossa coerenza, ha dato luogo a interpretazioni e spiegazioni divergenti [23, 24, 30].

La sfida di una *ricerca in psicoterapia* che dovrebbe *a priori* essere adeguata al suo oggetto: *a posteriori* aprirebbe invece la questione se e quanto le variegate metodologie attuali riescano a decodificare ciò che accade in un percorso psicoterapeutico e quindi in una strategia dell'incoraggiamento [76].

Anche se si mostrasse (nel senso di spiegazione *versus* comprensione e dimostrazione *versus* spiegazione) [99] che all'interno di *coppie dicotomiche* possa essere gettato un ponte di *comprensione esplicativa (monismo dinamico)* tali copie, per alcuni, potrebbero pur sempre indicare una distinzione tra il mondo soggettivo e quello oggettivo.

2) La *prospettiva psicologica evolutiva* sta emergendo come disciplina capace di articolare interattivamente le prospettive psicodinamiche, evolutive, psicosociali, sistemiche familiari, cognitive e neurobiologiche [12]. Al centro del modello vi è lo sviluppo della *capacità di mentalizzazione* [9], con un *approccio di tipo teleonomico* [61]. Tale predisposizione genetica innescata dall'esperienza sarebbe compatibile con la mentalizzazione e le altre funzioni, comprensione e regolazione, *versus* il *Mirroring* [32, 33, 53, 54].

L'attenzione rivolta alla mentalizzazione ripropone concetti psicologico-dinamici come *l'empatia*, *l'insight*, *l'Io osservante* in un nuovo contesto, che ne coglie gli aspetti relazionali, cognitivi e neurobiologici e li colloca nell'*ambito della teoria evolutiva, della ricerca empirica e delle psicoterapie* [10, 50, 84].

In questa concezione può anche rientrare la nuova configurazione di *olismo* che va al di là delle *connotazioni vitalistiche* di Smuts (1927) riprese da Adler (1927-1930) ma anche dell'*olismo scientifico* proponendosi oggi come *olismo dinamico*.

II. Coraggio e incoraggiamento

A)

I referenti psicologici del *coraggio*, per le loro caratteristiche “positive”, sono attualmente oggetto di indagini privilegiate per la Individualpsicologia. Dinkmeyer e Dreikurs [22] hanno al proposito analizzato l'*incoraggiamento* indicandolo come *processo*. I *nove punti* che sono sottolineati come base di un *processo di incoraggiamento*, vengono ad assumere importanza per definire il *coraggio*. Essi corrispondono alle motivazioni ed ai comportamenti dell'*individuo inteso come un tutto*, che afferma se stesso in un dato contesto sociale e culturale.

Quali sono le *connotazioni del coraggio* le loro dinamiche psicologiche e gli elementi caratteristici che in qualche modo ne stanno alla base? Il coraggio sarebbe in parte una caratteristica innata, in parte acquisita e quindi “culturaldipendente”.

Il coraggio ed i suoi contrari non sono assimilati a semplici condotte *naturaldipendenti*. Se ci addentriamo nelle loro radici emozionali, nel carattere e nelle strutture sociali e valoriali, tali accezioni giungono anche ad un'*espressività culturaldipendente*, venendo a costituire il cosiddetto *cervello culturale*.

B)

B 1)

1) In *campo psicologico-dinamico*, il coraggio non assume un mero significato di “condotta coraggiosa” di fronte ad un determinato pericolo. Esso va inteso come *atteggiamento coraggioso*, quale disposizione durevole, espressione dello *stile di vita* dell'individuo, dinamicamente diretto verso una *meta* (*finalismo morbido*) [61] e non disgiunto dal sentimento sociale (da intendersi qui come *social sentiment*, più che come *social feeling*).

Mentre per un relativismo culturale ogni gruppo sociale avrebbe i suoi simboli guida inerenti alle condotte coraggiose: nell'ottica di una *pluralità relazionale, culturale pragmatica* [64] si ritiene che per parlare di atteggiamento coraggioso, sia necessario un certo grado di *intenzionalità*, basato su un orientamento di valori condiviso.

Il coraggio inoltre non può essere disgiunto da altre *istanze* quali l'*aggressività* socialmente canalizzata ed il *Sé Creativo* [62]. È altresì probabile che esso abbia a che fare con alcuni *sottosistemi dello stile di vita* [85] quali l'identità personale, l'autostima, la politica di prestigio eccetera.

Il coraggio può anche rientrare nell'ambito di un *sistema di compensazioni*, rivolgendosi al *lato utile della vita* e non alle dinamiche dell'inferiorità.

2) Viceversa l'accezione si avvicinerebbe più alla *temerarietà* nel caso di condotte ritenute coraggiose, se queste fossero il frutto di *compensazioni negative* o si prefiggessero funzionalmente un superamento dell'inferiorità, quale *sintomo controfobico* oppure ancora attraverso un'*aggressività distruttiva*: con obiettivi di dominio e di prevaricazione sugli altri.

Nella sua *significazione e finalità precipue*, il coraggio sarebbe quindi, un atteggiamento non solo riferibile ad una compensazione positiva, ma ad una *espressione del sentimento sociale* sino a diventarne uno degli elementi costitutivi (Par. III-IV-V).

B 2)

1) In precedenti contributi [58, 59, 63, 73, 68, 84] si configurava la *transmotivazione in rapporto all'incoraggiamento*, facendo riferimento ad una evoluzione dinamica dell'autonomia funzionale, dei bisogni in evoluzione e dei vari livelli di motivazione (biologico, psicologico, socio-culturale e valoriale). E ciò era in riferimento al *criterio epigenetico* e dei *cicli di sviluppo*.

Tale approccio verrebbe a costituire una *organizzazione dinamica dello stile di vita*, e quindi del *coraggio e del sentimento sociale*. Le *proposte per una strategia dell'incoraggiamento* [63] opererebbero attraverso la *transmotivazione* e potrebbero verificarsi durante tutto l'arco della vita (*life span*).

2) In un *contesto storico-culturale definito*, il coraggio e di conseguenza l'incoraggiamento, devono tenere conto del *continuo mutamento di sviluppo dell'individuo in rapporto alla linea direttrice*. I vari parametri diventano gli apparati delle mete autorealizzative e l'individuo apprende ad elaborare ed a strutturare in tal modo il proprio *stile di vita*, quale "organizzazione dinamica" di quei sistemi bio-psico-socio-culturali che lo regolano (*determinismo morbido*).

I livelli di un'interazione delle motivazioni possono interagire variamente fra loro e qualora confluiscono tendenzialmente nella meta finale, si può parlare di un *approccio transmotivazionale*: qui *coraggio e sentimento sociale (quale sentimento) si amalgamano strettamente*: essi possono giungere ad una *strategia di incoraggiamento* nel caso di terapie complesse (Par. IV).

3) Uno *scoraggiamento sistematico* può giungere ad una "*helplessness*", attraverso la squalifica transazionale, la disconferma reiterata, l'emergere di *frustrazioni negative* o l'avvento di situazioni traumatiche.

C)

Un'attenta lettura delle Opere di Alfred Adler [6, 7, 48, 49] porta implicitamente o esplicitamente a considerare il coraggio come un elemento importante in numerosi contesti psicoeducazionali, di counseling, di psicoterapia (Par. IV).

Come prima ricordato furono Dinkmeyer e Dreikurs [22] che circostanziarono i loro studi come *processo di incoraggiamento* (Par. III-IV). Più recentemente Low Losoncy [42] ha esteso gli interventi nell'ambito di una *terapia dell'incoraggiamento* (Par. IV).

I lavori della Scuola italiana [27, 28, 48, 49, 78] (Par. III-IV) conferiscono risalto alle dinamiche riguardanti la *transmotivazione*, il *transfert/controtransfert*, il *coinvolgimento empatico*. Le correlazioni con la *Psichiatria Culturale* [8], con le *terapie farmacologiche* e con le *Neuroscienze* diventano inoltre oggi una proficua area di ricerca e di intervento che si realizzano in una *strategia terapeutica dell'incoraggiamento* (Par. III-IV-V).

III. Alcuni elementi di rilevanza dinamica

A)

Tra i fattori che appaiono di rilevanza dinamica nelle relazioni terapeutiche è importante sottolineare che più che un comportamento (*behaviour*) sia fondamentale avere un *atteggiamento (attitude)* incoraggiante. Esso definisce, come già detto, un *sentimento (sentiment)* più che *feeling*): accezione che esprime una *complessa combinazione di attitudini emozionali, di sentimenti, di opinioni, quale base per azioni e giudizi* [100]. Sicché si utilizzerà d'ora in avanti la locuzione di *social sentiment*, giacché esso ha una pregnanza speciale in rapporto al coraggio (Par. IV-V).

B)

Il *setting* è un contesto di ricerca psicologico-clinica, una *cornice* con vincoli spazio-temporali, che determinano ruoli e funzioni, in modo da poter analizzare i vissuti del paziente regolando altresì gli stili relazionali durante il colloquio.

1) Sembra interessante sottolineare che il *setting* nelle strategie di incoraggiamento rinnova l'uso costruttivo del controtransfert (attivo oppure reattivo) spostando i confini e le dimensioni della relazione analitica [26].

2) Il *setting* per gli Adleriani ha un'importanza rilevante [4, 6, 7, 44]. Il *setting* analitico costituendo "appartenenza e attaccamento" è un *ponte* fra le richieste esterne e l'individuo. In una specifica accezione in cui il terapeuta viene a costituire per il paziente un'identificazione dei genitori, riproducendo una *tardiva assunzione della funzione materna-paterna* [44], esso può assumere anche la connotazione di un *setting come se* [44, 96].

C)

1) *I movimenti di transfert e controtransfert*, elementi distintivi del trattamento analitico sono andati incontro nel tempo a molte distinzioni teorico-applicative.

Una questione che emerge oggi è se vi sia, in aggiunta ai movimenti di *transfert e controtransfert*, anche (distinta dall'*alleanza terapeutica*) una *relazione reale* [36]. Questa considera come le condizioni “materiali” del mondo dell’analista possano anch’esse interferire nel trattamento.

A seguito dell’evoluzione teorico-pratica *delle matrici del transfert e del controtransfert* si studiano oggi gli *enactment* (o microagiti controtransferali) [31], le *disclosure* (il rivelare o non rivelare taluni stati affettivi dell’analista), le *co-costruzioni intersoggettive* [93].

Tali movimenti sarebbero riferibili ai profondi pattern relazionali dell’*attaccamento primario* ed entrerebbero a far parte della funzione di *mentalizzazione* [29, 62]. Per questa evoluzione si è debitori soprattutto alla *Svolta relazionale* [46] ed agli studi di Searles [82, 83], che si sono incentrati sul processo e circa il *lavoro relazionale sul transfert* [31].

2) In un importante studio di Pagani e Ferrigno [48] i temi dell’*asse transferale e controtransferale nel setting adleriano* vengono affrontati in modo rigoroso e puntuale. Essi sono propensi ad intendere tale asse in un’accezione relazionale molto più estesa rispetto al modello psicoanalitico, rapportandolo a *due individui in un percorso emotivo comune* [2].

Il controtransfert incoraggiante andrebbe a costituire un’atmosfera relazionale di sostegno e di contenimento empatico, tale da rendere possibile l’accesso progressivo e successivo alla fase dell’*interpretazione* e del *cambiamento* [48, 66].

3) In un uso prioritario dell’incoraggiamento, il terapeuta adleriano dovrebbe *empatizzare ed immedesimarsi con l’altrui stato affettivo* e con la sua cultura di appartenenza *modulando la distanza*.

4) La tendenza ad agire nelle strategie dell’incoraggiamento (*enactment e disclosure*) passa attraverso le vicissitudini del *crogiolo analitico* e rimobilità sia i *legami teneri affettivi*, sia gli aspetti socioculturali nell’*hic et nunc* (ovvero *nel momento ora*), sia gli elementi prospettici del *Sé Creativo* [69].

Le vicissitudini di tali movimenti sono immerse nella complessità del cambiamento e richiedono altresì una *comprensione empatica*, criteri di particolare competenza radicata in comuni e basali riferimenti (etici) che evitino le *violazioni dei confini del setting* giungendo ad una *malpratica iatrogena* [67].

D)

1) Mentre la *resilienza* è la capacità dell'individuo di affrontare e superare le avversità della vita [16, 97], in un'area differente viene situata la *resistenza*, importante fattore per le Psicoterapie Dinamiche e densa di *significati* e di *metafore*.

In un *senso stretto* le resistenze in psicoterapia possono essere considerate come una sorta di riluttanza del paziente ad abbandonare vecchi e stabilizzati stili di tipo difensivo, che gli conferiscono una pseudo-sicurezza. In un *senso più esteso* le resistenze fanno parte di tutte le relazioni psicoterapeutiche e quindi anche delle strategie dell'incoraggiamento [72].

Per l'Individualpsicologia adleriana la resistenza è un concetto operativo. Essa sarebbe l'*insieme di quelle forze*, di quei dinamismi prevalentemente inconsci, che inducono il paziente ad assumere atteggiamenti di *negativa salvaguardia contro la cura* [67] a prescindere dai desideri consci di cambiamento. La resistenza sarebbe pertanto una variante specifica di un fenomeno ubiquitario: da un lato sostenuto da una motivazione positiva, dall'altro dalla paura del fallimento [41].

2) La *funzione delle resistenze*, nel corso degli interventi, dovrebbero essere esplorate e trattate nei *nodi della rete del trattamento* (intrapsoichici, interpersonali e socio-culturali).

Nelle strategie dell'incoraggiamento ogni manovra terapeutica può minacciare la rottura dell'equilibrio clinico instabile, venendo a realizzare una *resistenza al cambiamento*. Di qui nascono le *resistenze al transfert, alla psicoterapia ed ai farmaci (effetto nocebo)*, quali segnalatori di fattori oppositivi al processo di guarigione [20].

Anche nel *controtransfert* possono emergere delle resistenze, nel momento in cui l'utilizzazione terapeutica dovrebbe essere una chiave, non solo per un miglior coinvolgimento empatico, ma anche per una maggior comprensione dell'individuo.

3) Si possono enumerare *molteplici forme di resistenza al cambiamento* durante il processo analitico. Esse possono essere: *evidenti, mascherate, complesse* [66]: basti qui ricordare gli atti mancati, i silenzi prolungati, l'iperaggressività eccetera.

4) In tutte le tipologie delle strategie dell'incoraggiamento (Par. IV) l'*analisi delle resistenze* è una delle questioni fondamentali. Senza tale analisi sarebbe più difficile un'evoluzione positiva del quadro clinico [41, 66].

Nel *trattamento delle resistenze* [66], oltre l'interpretazione si enumerano alcuni punti tra i quali: l'*immedesimazione esistenziale* [70], lo *smascheramento delle resistenze*, l'*uso della metafora* [40], l'utilizzo dell'*architettura del paesaggio culturale del paziente* [43], eccetera.

E)

1) Vi sono molti oggi a sostenere che la *comprensione empatica* di per sé sia terapeutica, pure se essa non venga verbalizzata. La comunicazione empatica potrebbe anche far comprendere i vissuti e le resistenze che compaiono nella relazione transferale [13].

Le attuali *ricerche empiriche e cliniche* [5, 39] sono d'accordo sull'*adattamento positivo che i terapeuti dovrebbero avere verso i loro pazienti*. È ciò che preconizzava Adler quando parlava dell'*abito su misura* in relazione alle tecniche di intervento.

Uno degli obiettivi dell'agire terapeutico dovrebbe essere quello di far sì che esso sia specificatamente "confezionato" per il paziente. Far terapia vuole dire avere una speciale attenzione nella modulazione dei *fattori terapeutici* [11].

2) Ciò porta alla controversa questione se in psicoterapia analitica debba prevalere la polarità espressiva o quella supportiva [39].

L'*intervento espressivo* è un approccio attraverso cui si cerca di indagare e scoprire la relazione paziente/terapeuta: i desideri, i timori, i conflitti e i meccanismi di difesa inconsci del paziente. L'*intervento supportivo* afferisce invece ad un approccio in cui l'attività terapeutica promuove il funzionamento adattativo del paziente all'interno ed all'esterno dell'interazione terapeutica, con capacità di fornire: esame di realtà, previsione delle conseguenze, moderazione emotiva, eccetera.

Una *strategia dell'incoraggiamento* si pone quale *ricoprimento tematico* fra le varie metodiche impiegate nell'arco delle due polarità degli interventi, modulando le molteplici tecniche, sì da giungere a realizzare un *abito su misura*.

3)

a) Circa i *meccanismi di cambiamento*, vi è una disquisizione se sia a) l'interpretazione del conflitto inconscio a produrre mutamenti strutturali (*modello del conflitto*); b) oppure se a essere responsabile del mutamento sia l'interiorizzazione di una nuova relazione col terapeuta (*modello del deficit*) [62].

b) I *fattori di cambiamento* sono inoltre correlati alle *variabilità dell'esito*, cioè alla valutazione sia della misura che della natura del mutamento stesso. Le modi-

ficazioni dell'alleanza terapeutica e del *continuum* degli interventi, nell'ambito di un atteggiamento incoraggiante, riguardano le modalità terapeutiche (sia di tipo *espressivo* che *supportivo*), che si articolano quali: interpretazione, confronto, smascheramento delle finzioni, chiarificazione, invito all'elaborazione, suggerimenti/consigli, sostegno alle compensazioni positive.

c) Nella *dinamica espressivo/supportiva* rientrano anche l'*enactment* e la *disclosure* che fanno parte del *clima terapeutico incoraggiante*, oggi ritenuto importante per riconoscere i nuclei dinamici del processo terapeutico. Il sentirsi capiti dal terapeuta migliora sostanzialmente certi aspetti resistentivi, aprendo anche canali rispetto allo *strato roccioso* delle difese.

d) Con ciascun paziente si può dare enfasi più a una direzione che all'altra: ma nella maggioranza dei casi sono all'opera combinazioni delle due sottostrategie espressiva e supportiva [39].

F)

Per valutare il processo di incoraggiamento è necessario riferirsi all'intero percorso della terapia in una *prospettiva transmotivazionale*. Talora il cambiamento si prolunga anche dopo la fine dello stesso, per un effetto evolutivo intrinsecamente transmotivazionale. L'*esperienza interindividuale* sia del paziente che dell'analista, dovrebbe venire compresa e riconosciuta da entrambi i partecipanti favorendo la realizzazione della *diade coraggio/sentimento sociale* (*social sentiment*) (Par. II-IV-V).

IV. Gli interventi nelle relazioni d'aiuto

A)

Gli elementi dinamici dell'incoraggiamento (Par. III), sottolineano il tema della *relazione terapeutica* e dell'importanza del *sentimento sociale*.

Per un intervento sull'incoraggiamento (in tutte le relazioni d'aiuto) [76] si deve risvegliare il sentimento sociale del paziente acquisendo la sua fiducia di base. Per questi motivi il terapeuta si costituisce come un elemento di *assunzione tardiva della funzione materna*, attraverso un buon rapporto interindividuale (Par. II-III-IV).

Quale configurazione concettuale del *progetto terapeutico* [72, 94] si può intendere quell'atteggiamento di ragionevole *prospettiva finalistica* che, in relazione alla valutazione clinica complessiva, al sistema di compensi ed al contesto socio-culturale ci si può aspettare nell'ambito di un intervento di incoraggiamento: pedagogico, di counseling, di terapia, di strategia.

B)

B1)

Un *approccio psicoeducativo* si riferisce adlerianamente a determinati criteri [22, 42, 80] e può utilizzare anche *tecniche di tipo prescrittivo* [58]. L'importanza globale degli argomenti, per una strategia dell'incoraggiamento, riguarda non solo le persone disabili o comunque in difficoltà, ma anche gli operatori socio-sanitari e la famiglia. Gli interventi ineriscono l'adattamento in generale: l'inserimento scolastico, sociale, affettivo, nonché le attese e gli oneri a carico dell'intera comunità [63, 64, 65, 72, 79, 102].

Questi aspetti già trattati da Adler [2, 3, 4], costituiscono condizioni e istanze permanenti dell'umana presenza nei vari compiti della vita. Il sentimento di inferiorità si pone in modo dinamico di fronte a *tentativi compensatori* che possono verificarsi o attraverso un superamento dello stesso (*resilienza*) (Par. III), oppure ad un ulteriore radicamento sino ad un *complesso di inferiorità* che può condurre allo *scoraggiamento*, attraverso espedienti di salvaguardia quali: mascheramento, negazione, isolamento, ipercompensazione negativa, aggressività auto-etero-diretta, eccetera.

Nello sviluppo del proprio stile di vita [85] durante le fasi evolutive il bambino con disabilità psichiche, fisiche o socio-culturali (vedi oggi il fenomeno della *immigrazione*) esperisce gli stimoli derivanti dalle frustrazioni/gratificazioni. La strutturazione del Sé/Stile di Vita viene largamente compromessa durante l'*arco evolutivo*, realizzando un'*interazione fra disabilità e sistema difensivo improprio*.

Sentimento di inferiorità e sentimento sociale dovrebbero essere modulati positivamente e concretamente prolungati nelle varie tappe della vita. È in questa direzione che può inserirsi innanzitutto un *contenimento empatico* e poi un *processo di incoraggiamento*, che innesti le sue radici nel percorso familiare, scolastico e socio-culturale.

B2)

Nel *Counseling incoraggiante*, la priorità professionale del *counselor*, rispetto al proprio cliente, è quella di utilizzare una *precondizione all'ascolto*. Essa non è l'applicazione di tecniche raffinate, ma consiste in un *atteggiamento mentale* autenticamente incoraggiante, in grado cioè di consentire al cliente di esprimere le sue potenzialità e le sue risorse verso l'autoaffermazione.

L'ascolto attivo è sulla *frontiera della partecipazione e dell'immaginazione, dell'attenzione e del riconoscimento*. In questa relazione terapeutica l'importante è che vi sia l'opportunità di fare l'esperienza di essere e sentirsi compreso. In tale prospettiva diventa essenziale la capacità del *lasciarsi raggiungere dal cliente*.

L'ascolto diventa una forma specifica d'intervento, nel momento in cui sia volta a mantenere un ponte tra realtà interna (conscia ed inconscia), interindividuale ed esterna.

B3)

1) Nelle *terapie dell'incoraggiamento* propriamente dette, Lew Losoncy [42] articola gli interventi anche dei precedenti livelli (Par. III, B1 e B2) ed associa altresì metodiche di altre Scuole psicoterapeutiche dell'area *umanistica ed esistenzialistica*.

Rifacendosi ad Alfred Adler ed a Dinkmeyer e Dreikurs, l'Autore punta sulla *responsabilizzazione del cliente*, sulla fiducia, sul coraggio e sulle *motivazioni al cambiamento* (Par. III).

Un Istituto per l'incoraggiamento (IPOD) fondato nel 1978 in Nord America (Chicago e New York), ha programmi di *training* per operatori psicosociali, per insegnanti, per *counselor*. A questi è conferito un certificato di *terapista dell'incoraggiamento*, dopo un tirocinio nelle scuole, nelle carceri, nelle amministrazioni aziendali, eccetera.

2) Nella *Metodologia Clinica*, è innanzitutto importante valutare le attitudini all'incoraggiamento del terapeuta. A seconda del tipo di cliente è necessario indirizzarsi: o *versus* la revisione dello Stile di Vita; oppure *versus* la realtà. È utile privilegiare a seconda delle fasi della terapia e pure a seconda del disturbo psicopatologico, un *approccio di tipo espressivo piuttosto che supportivo o viceversa*. Il percorso si struttura in *quattro fasi*.

Fase I – Affect focusing. Il *focus* è centrato sulle emozioni e sulla sfera affettiva. Incoraggiare la *fiducia di base in se stessi* sulle possibilità individuali, fa emergere una percezione positiva di fronte alle esperienze di vita ed ha una potenzialità verso nuove vie.

Fase II – Cognition focusing. Consiste nello spiegare al cliente i suoi problemi, le sue risorse e le sue potenzialità. Il *processo di incoraggiamento* è incentrato sulle emozioni del soggetto rispetto alla confrontazione e rielaborazione delle sue credenze e delle sue emozioni.

Fase III – Action focusing. Quando il cliente ha sviluppato il senso di responsabilità, la tappa successiva è indirizzata verso un'analisi dello stile di vita [85] e pure verso una *direzione positiva nell'azione*, cioè nei fatti concreti della vita. Le domande sono: che cosa vuoi fare nella vita? Quando vorrai fare ciò che desideri? L'incoraggiamento è volto al *piano della vita*, alle varie mete ed allo sviluppo concreto degli scopi realizzativi. Nella terza fase si tende a giungere ad un'unità

nei vari sottosistemi del concetto del *Self* [85], al controllo personale, alle motivazioni del coraggio e quindi alla transmotivazione (Par. III).

Fase IV – Olistic focusing. Questa è la fase della *libertà* e della *responsabilità*. L'ultimo *goal* della terapia dell'incoraggiamento è rendere il cliente responsabile, fiducioso e motivato al cambiamento [42]. Si giunge così al “dono della libertà” o come si dice con un'altra terminologia al *recupero della propria soggettività* o meglio ancora *al sentimento della possibilità di libertà* [1, 95].

C)

1) Mentre il *progetto* è l'anticipazione della possibilità la *strategia* è l'insieme di abilità teorico-pratiche intese come tendenti a realizzare un progetto sia sul piano metodologico che finalistico [61, 94]. Le *strategie dell'incoraggiamento* rientrano nel *progetto terapeutico*, quale forma più completa del trattamento. Studi sulle strategie psicoterapeutiche sono state studiate da numerosi Autori [37, 86]. In queste ricerche vengono affrontati i problemi non solo teorici, ma anche pratici di un *approccio strategico*. Esso offre le possibilità di confrontarsi anche con vari modelli, associazioni (ad esempio farmacologiche e riabilitative) e metodiche (ad esempio *psicoterapie adleriane brevi*) [28].

2) Mentre una *psicoterapia tattica* è preferibile nelle situazioni di *crisi* con mete prestabilite, le *strategie terapeutiche e riabilitative* hanno funzioni ordinatrici e seguono *linee direttrici* all'interno di un *progetto terapeutico*. Sicché il pensare strategico attraversa una visione di insieme, *originale e unitaria*, e può facilitare l'inserimento di numerosi programmi terapeutici nell'ambito di una *comprensione esplicativa*.

3) Gli aspetti complessivi di una *strategia dell'incoraggiamento* in qualsiasi approccio (psicopedagogico, di *counseling* e di psicoterapia analitica), non conducono ad un *come fare* (imitazione ripetitrice), ma ad un *fare come* [60] ad un *abito su misura* [34].

Si ritiene che possano afferire *varie sottotecniche*, tra le quali:

- a) eseguire un'anamnesi complessiva accurata che già di per sé è terapeutica;
- b) cogliere diagnosticamente eventuali problemi di carattere mentale, somatico, sensoriale, culturale, lavorativo;
- c) non sottovalutare lo stato di *scoraggiamento*;
- d) inviare comunicazioni corrette e non “prescrizioni paradossali”;
- e) operare un'identificazione dei referenti culturali del coraggio, utilizzando un particolare *stile culturale di incoraggiamento*;
- f) valutare il problema della *distanza*, con fornitura di presenza e di *empatia*;
- g) portare specifica attenzione alla *costellazione familiare e sociale ed ai problemi sessuali*;

- h) interpretare con *empatia* secondo approcci di confrontazione flessibile, il *finalismo dei sintomi*, lo smascheramento selettivo delle finzioni, l'analisi delle situazioni reali;
- i) rifuggire da una strategia sincretistica che utilizzi indiscriminatamente una serie di sottotecniche pur di ottenere un qualsivoglia risultato;
- l) sondare il livello motivazionale in cui si può situare la dinamica dello scoraggiamento, per giungere ad una *transmotivazione*;
- m) tendere ad una valutazione delle *mete reali raggiungibili*: ciò rinforza l'area della sicurezza, dell'autostima e quindi del coraggio;
- n) accettare con *coraggio* i propri limiti attraverso un'analisi del *Sé/stile di vita* [27] tendente alla *creatività* [62], onde raggiungere un autentico *sentimento sociale*.

V. Considerazioni critiche

Sembra utile nelle considerazioni conclusive sottolineare i *punti salienti di una strategia dell'incoraggiamento* che può essere considerata anche come una sfida per il prossimo futuro. In ispecie:

1) Questo contributo ha cercato di fornire degli spunti critici attraverso l'incoraggiamento nelle relazioni di aiuto terapeutiche. Si è proposto una *definizione del coraggio* che largamente utilizzato in modo aspecifico, sembra potersi costituire come un approccio complesso ed articolato in *numerosi campi applicativi* (psicopedagogia, *counseling* e analisi). Una *strategia dell'incoraggiamento* implica saper fronteggiare talune evenienze psicopatologiche e cliniche, mediante l'articolazione funzionale dei livelli motivazionali.

2) Le strategie dell'incoraggiamento costituiscono un *ponte* tra neuroscienze, psicologia e cultura. I risultati delle ricerche indicano che la *matrice intersoggettiva/interindividuale* emerge dalla nascita del *soggetto/individuo*, fino a giungere a forme evolute che comprendono abilità cognitive, emotive, affettive. L'intersoggettività si radicherebbe in un *sistema motivazionale* fondamentale per la sopravvivenza della specie [92] e che costituirebbe altresì il *fulcro transmotivazionale* di una strategia dell'incoraggiamento.

3) Alcuni fattori che si osservano durante interventi *pregni di significato* definiti anche *momenti-ora* consentirebbero l'acquisizione o l'attivazione di nuovi *set* di memorie implicite che aumenterebbero le strategie dell'individuo nel sentire e nell'agire. Ciò avverrebbe prevalentemente nel *dominio delle memorie implicite procedurali* che ridimensiona anche il *dominio delle memorie esplicite dichiarative*.

4) Il lavoro analitico non consiste tanto nello “scavare” nell’inconscio della mente, ma nel costruire un dialogo denso di *coinvolgimento empatico*, il quale attraversa il mondo esperienziale sia del paziente che del terapeuta [92] ed è tale da considerare la gravidanza del *co-transfert incoraggiante*, in rapporto alle reciproche attività organizzatrici di entrambi i soggetti [33].

5) I *neuroni specchio* di recente scoperta [32, 33, 54], confermerebbero la congettura (di cui al punto 4) *come se* rappresentassero uno dei modi possibili dell’individuo, per *comprendere l’agire dell’altro*.

Questo spazio d’azione condiviso da altri individui potrebbe *comprendere* la capacità di attivarsi alla percezione dell’emozione altrui, espresse con moti del volto, gesti e suoni: e nel contempo “spiegare” *la base neurobiologica della partecipazione empatica* [32, 33, 54]. In ciò sta la *comprensione esplicativa* [74].

6) Le riflessioni su quello che accade quando *due menti di due individui (intersoggettività/interindividualità)* si incontrano in un’esperienza condivisa portano a una visione diversa della psicologia, della psicopatologia e delle psicoterapie dinamiche, consentendo un’evoluzione da una dimensione *monopersonale* ad una *bipersonale*.

7) In passato gli *strumenti diagnostici* che avevano determinato caratteristiche categoriali o semicategoriali non erano in grado di tenere in considerazione e descrivere classificando l’eterogeneità insita nei diversi gruppi diagnostici: individui che pur potevano condividere la stessa diagnosi descrittiva, *nomotetica*, avevano spesso caratteristiche cliniche di funzionamento diverse e uniche, cioè *idiografiche* [47]. Questo aspetto permette oggi la messa a punto di *progetti di trattamento individualizzati* [8, 47, 57].

8) Pure il *setting* in una prospettiva di rete può portare ad una modificazione dello stesso [66, 98]. Le ricerche sembrano orientarsi: da un atteggiamento di osservazione distaccata a quello di *una partecipazione attiva al processo emotivo durante la seduta*.

9) Le recenti configurazioni del *concetto di inconscio* [46] verso la cosiddetta *rivoluzione relazionale*, pongono l’*asse transferale/controtransferale* al centro della teoria e della pratica delle psicoterapie dinamiche. L’impatto di questa nuova concezione porta dal punto di vista clinico e psicoterapeutico a modificazioni nel tipo di *coinvolgimento empatico* e nel *processo di cambiamento* [47].

10) Sembra importante riportare il *pensiero adleriano*, quando viene affermato che «non serve a nulla dire a un paziente che egli ha un sentimento di inferiorità sperando che solo per questa constatazione scompaia l’inadeguatezza». È quindi

necessario valutare nell'incoraggiamento gli *stili terapeutici del curante* di fronte ai molteplici *stili culturali del paziente*.

Attraverso esperienze vissute in una *interazione psicoterapeutica* l'individuo può raggiungere un *atteggiamento coraggioso* unito ad un autentico *sentimento sociale*: così come con modalità reciproche si ritiene che il *sentimento sociale* possa corrispondere ad uno *stile di vita coraggioso*.

Bibliografia

1. ABBAGNANO, N. (1957), Kierkegaard e il sentiero della possibilità, in AA. VV. (a cura di FABRO, C.), *Studi kierkegaardiani*, Morcelliana, Brescia.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma, 1971.
3. ADLER, A. (1930), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
4. ADLER, K. A. (1967), La Psicologia Individuale di Adler, in WOLMAN, B. B. (a cura di), *Psychoanalytic Techniques*, tr. it. *Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*, Astrolabio, Roma, 1974: 319-360.
5. AMADEI, G. (1988), Prefazione, Ricerche cliniche ed incontri sempre più ravvicinati, in HORWITZ, L., GABBARD, G. O. ET ALII, *Psicoterapia su misura*, Raffaello Cortina, Milano, 1998: VII-XX.
6. ANSBACHER, H., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
7. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1964), *Superiority and Social Interest*, Northwestern University, Evanston.
8. BARTOCCI, G., FRIGHI, L., ROVERA, G. G., LALLI, N., DE FONZO, M. D. (1998), in OKPAKU, S. O. (Ed.), *Clinical Method in Transculturale Psych.*, *Am. Press. Wash. D. C.*, 16: 32-35.
9. BATEMAN, A., FONAGY, P. (2004), *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization Based Treatment*, tr. it. *Il trattamento basato sulla Mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente Borderline*, Raffaello Cortina, Milano 2006.
10. BERGER, M. D. (1984), The Way to Emphatic Understanding, *Am. J. Psychiat.*, 1: 45-56.
11. BERGIN, A., GARFIELD, S. L. (Eds. 1971), *Psychotherapy and Behaviour Change*, Wiley & Sons, New York.
12. BLEIBERG, E. (2005), La comprensione psicoanalitica dei disturbi mentali, la prospettiva evolutiva, in PERSON, S., COOPER, A. M., GABBARD, G. O. (a cura di), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychoanalysis*, tr. it. *Psicoanalisi. Teoria, clinica, ricerca*, Raffaello Cortina, Milano, 2006, 11: 283-306.
13. BORGHI, L. (1989), Significati dell'empatia e del controtransfert, *Gli Argonauti*, 40: 67-82.
14. BRANCALEONE, F., BUFFARDI, G., TRAVERSA, G. (2008), *Helping – Le professioni d'aiuto dalla antropologia esistenziale alla consulenza filosofica*, Melagrana, Caserta.
15. BUFFARDI, G. (2009), Antropologia clinica esistenziale e neuroscienze: confronti e compatibilità, *L'Altro*, XII, 1: 9-14.
16. CANEVARO, A., MALAGUTI, A., MIOZZO, A., VENIER, C. (a cura di, 2001), *Bambini che sopravvivono alla guerra*, Erickson, Trento.
17. CAVALLI SFORZA, L. L. (2004), *L'evoluzione della cultura*, Codice, Torino.
18. COZOLINO, L. J. (2002), *The Neuroscience of Psychotherapy. Building and Rebuilding the Human Brain*, Norton & Co., New York-London.
19. COZOLINO, L. J. (2006), *The Neuroscience of Human Relationships. Attachment and the Developing Social Brain*, tr. it. *Il Cervello Sociale. Neuroscienze delle relazioni umane*, Raffaello Cortina, Milano 2008.

20. CREMERIUS, J. (1982), Schweigen als Problem der psychoanalytischen Technik, *J. Psychoanal.*, 6: 69-103.
21. DECETY, J., LAMM, C. (2006), Human Empathy through the Lens of Social Neuroscience, *Scientific World Journal*, 6: 1146-1163.
22. DREIKURS, R. (1967), *"Psychodynamics Psychotherapy, and Counseling"*, Alfred Adler Institute, Revised Edition, Chicago.
23. EDELMAN, G. M. (1987), *Neural Darwinism. The Theory of Neuronal Groups Selection*, tr. it. *Darwinismo neurale. La Teoria della Selezione e dei Gruppi Neurali*, Einaudi, Torino 1995.
24. EDELMAN, G. M. (1992), *Bright Air, Brilliant Fire. On the Matter of the Mind*, tr. it. *Sulla materia della mente*, Adelphi, Milano 1993.
25. EDELMAN, G. M. (2006), *Second Nature (Brain Science and Human Knowledge)*, tr. it. *Seconda natura. Scienze del cervello e conoscenza umana*, Raffaello Cortina, Milano 2007.
26. EHRENBERG, D. B. (1992), *The Intimate Edge*, tr. it. *Il limite dell'intimità. Potenziare l'interazione analitica*, C.S.E., Torino 1999.
27. FASSINO, S. (a cura di, 2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra, interazione cervello mente persona*, CSE, Torino.
28. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale, spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
29. FONAGY, P., TARGET, M. (2006), The Mentalization-Focused Approach to Self Pathology, *J. Pers. Disord.*, 20: 544-576.
30. FORNARO, M. (2009), Perché la ricerca in psicoterapia non può esaurire la peculiarità della clinica. Per un'integrazione epistemologica, *Psicoterapia e scienze umane*, Angeli, XLIII, 2: 191-214.
31. GABBARD, G. O. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, tr. it. *Psichiatria Psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano 1995.
32. GALLESE, V. (2003), The Roots of Empathy: a Shared Manifold Hypothesis and the Neural Basis of Intersubjectivity, *Psychopathology*, 26: 171-180.
33. GALLESE, V. (2009), *Neuroscienze e fenomenologia*, Enc. It. Treccani, Roma, XXI Secolo: 171-181.
34. GIANNAKOULAS, A., FIZZAROTTI SELVAGGI, S. (2003), *Il Counselling psicodinamico*, Borla, Roma.
35. GIAVEDONI, A. (2007), Integrating Pharmacotherapy and Psychoanalytic Psychotherapy: Role and Significance of Medication, *Quip*, XXVI: 46-56.
36. GREENSON, R. R. (1960), Empathy and its Vicissitudes, *Int. J. Psychoanal.*, 41: 418-424.
37. HALEY, J. (1963), *Strategies of Psychotherapy*, tr. it. *La strategia della Psicoterapia*, Sansoni, Firenze 1974.
38. HORA, T. (1959), Epistemological Aspects of Existence and Psychotherapy, *J. Indiv. Psychol.*, 15: 173-180.
39. HORWITZ, L., GABBARD, G. O., ALLEN, J. G., FRIESWYK, S. H., COLSON, D. B., NEWSON, G. E., COINE, L. (1996), *Borderline Personality Disorder. Tailoring the Psychotherapy to the Patient*, tr. it. *Psicoterapia su misura. Pazienti Borderline e Patologie Mentali Gravi*, Raffaello Cortina, Milano 1998.
40. KOPP, R. R. (1995), *Metaphor Therapy*, tr. it. *La metafora nel colloquio clinico*, Erikson, Trento, 1998: 124-125.

41. KRÜTTKE-RÜPING, M. (1990), Transfert, Controtransfert e Resistenza, *Indiv. Psych. Dossier II*, Torino, Saiga: 78-100.
42. LOSONCY, L. (1981), Encouragement Therapy, in CORSINI, R. S. (Ed.) *Handbook Innovative Psychotherapies*, 21: 286-298.
43. LYDDON, W., SCHREINER, G. (1998), Postmodernism and Psychotherapy Complexity and Change, *Psich.*, VII: 17-28.
44. MADDOX, C. (1998-1999), Transfert, distorsione paratattica e terapia Adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 43-55.
45. MERLEAU PONTY, M. (1945), *La phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris.
46. MITCHELL, S. A. (2000), *Relationally: from Attachment to Intersubjectivity*, tr. it. *Il modello relazionale dall'attaccamento all'intersoggettività*, Raffaello Cortina, Milano 2002.
47. MUNDO, E. (2009), *Neuroscienze per la psicologia clinica, le basi del dialogo mente e cervello*, Raffaello Cortina, Milano.
48. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel "setting" adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-41.
49. PARENTI, F. (1984), Analisi dei rapporti fra Fenomenologia, Psicoanalisi e Psicologia Individuale Comparata adleriana, in CAZZULLO, C. L., SINI, C. (a cura di), *Fenomenologia, Filosofia e Psichiatria*, Masson, Milano: 141-149.
50. PONSÌ, M. (2006), Acting (in e out) Enactment, agire, in BARALE, F. ET ALII (a cura di), *Psiche. Dizionario Storico di Psicologia, Psichiatria, Psicoanalisi, Neuroscienze*, Einaudi, Torino, Vol. I: 7-11.
51. PRESTON, S. D., DE WAAL, S. B. M. (2002), Empathy: its Ultimate and Proximate Basis, in BOELLA, L., *Neuroetica*, Raffaello Cortina, Milano, 2008: 96.
52. RAINONE, A. (1993), Mente. Il problema mente-corpo e la filosofia della mente, *Enc. It., Treccani*, Roma, App. V: 408-411.
53. RIZZOLATTI, G., FABBRI-DESTRO, M., CATTANEO, L. (2009), Mirror Neurons and their Clinical Relevance, *Nature Clinical Practice Neurology*, 5: 24-34.
54. RIZZOLATTI, G., SINIGAGLIA, C. (2006), *So quel che fa il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Raffaello Cortina, Milano.
55. ROSSI, P. (1983), *Cultura e antropologia*, Einaudi, Torino.
56. ROSSI, P. (2007), *Max Weber. Una idea di Occidente*, Donzelli, Roma.
57. ROSSI, R., ROSSO, A. M. (2007), Il PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual): una classificazione con criteri diagnostici psicodinamici, *Giornale Italiano di psicopatologia*, 13: 76-84.
58. ROVERA, G. G. (1970), Aspetti prescrittivi in Psicoterapia, *Psicoterapia Medica*, VIII Congr. Intern., ACTA, Min. Medica, Torino: 1-4.
59. ROVERA, G. G. (1976), Psicoterapia e cultura: prospettive su base adleriana, in AA.VV., *Psicoterapia e Cultura*, Il Pensiero Scientifico, Roma: 74-86.
60. ROVERA, G. G. (1978), Die Individual-Psychologie. Ein offenes Modell, *Beitrage Zur Individual Psychologie*, Verlag, München: 157-172.
61. ROVERA, G. G. (1980), Mete fittizie e metanoia, in VOLTERRA, V. (a cura di), *Finalità della Psicoterapia*, Patron, Bologna, 1981: 91-98.
62. ROVERA, G. G. (1994), Formazione del Sé e patologia borderline, *Atque*, 9: 127-140.
63. ROVERA, G. G. (1994), La strategia di incoraggiamento nel bambino Down, *Atti del Congresso Internazionale: aggiornamenti sulla Trisomia 21*, Torino, Acta, 1995: 1-5.

64. ROVERA, G. G. (1995), Sentimento di inferiorità e sentimento sociale (negli interventi con soggetti portatori di deficit), in ROVERA, G. G., SABBATINI, F. (a cura di), *L'handicap nella scuola secondaria superiore*, Omega, Torino: 33-53.
65. ROVERA, G. G. (1996), in RUNDEL, G. M., WISE, M. G., *Textbook of Consultation Liaison Psychiatry*, tr. it. *La Psichiatria nella Pratica Medica – Introduzione*, Torino, C.S.E., 1999: VII-XVII.
66. ROVERA, G. G. (2002), Das Netzwerkmodell in Individualpsychologie aus erkenntnistheoretischer sichtsicht, in ZAPOTOCZKY, H. G., FISHHOF, P. K. (a cura di), *Psychiatrie der Lebensabschnitte*, Springer, Wien-New York: 77-96.
67. ROVERA, G. G. (2004a), Iatrogenia e malpratica in psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 7-50.
68. ROVERA, G. G. (2004b), Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 9-14.
69. ROVERA, G. G. (2005a), Power, Culture, Creativeness Cultural Dimensions of the Creative Power of the Self, *Il Sagittario*, 18: 39-60.
70. ROVERA, G. G. (2005b), Psichiatria Transculturale: aspetti teorico-pratici e Nuove Professionalità, *Soc. It. Psych. Transc.*, ACTA, Roma, VI: 1-5.
71. ROVERA, G. G. (2006a), Cultura, potere, spiritualità, *Giorn. It. Psicopatol.*, 12, II: 5-6.
72. ROVERA, G. G. (2006b), The Biopsychosocial Paradigm: Evolutionism vis-à-vis Creationism, Cultural Construction of the Spiritual Self, *First Int. Congress of Cultural Psychiatry*, ACTA, Pechino, China, S-III-21, 23-26/9: 1-6.
73. ROVERA, G. G. (a cura di, 1981), *L'approccio transculturale in psichiatria*, ACTA, I Congr. Psych. Transc., M. S. L., Torino 1984.
74. ROVERA, G. G., (2008), Prefazione, in SCHIFFER, D., *Io sono la mia memoria*, CSE, Torino.
75. ROVERA, G. G., BOGETTO, F. (1979), Il concetto di persona in Merleau-Ponty, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Il sistema aperto della Individual-Psicologia*, Quad. Riv. Psicol. Indiv., 2: 23-80.
76. ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di, 2004), *La ricerca in Psicologia Individuale*, C.S.E., Torino.
77. ROVERA, G. G., FASSINO, S., ANGELINI, G. (1977), Prospettive interdisciplinari e interanalitiche in psicoterapia, *Min. Psichiatr.*, 18: 167-174.
78. ROVERA, G. G., GATTI, A. (1982), Considerazioni psicopatologiche ed applicazioni cliniche in tema di strategie dell'incoraggiamento, *Rass. Ig. Mentale*, IV, 1-4: 105-132.
79. ROVERA, G. G., SABBATINI, F. (a cura di, 1995), *L'handicap nella scuola secondaria superiore*, Omega, Torino.
80. RÜEDI, J. (1988), *Die Bedeutung für Pädagogik*, Verlag, Stuttgart.
81. SCHIFFER, D. (2008), *Io sono la mia memoria*, CSE, Torino 2008.
82. SEARLE, J. R. (1992), *The Rediscovery of the Mind*, tr. it. *La riscoperta della mente*, Bollati Boringhieri, Torino 1994.
83. SEARLES, H. F. (1979), *Countertransference and Related Subjects*, tr. it. *Il controtrasfert*, Bollati Boringhieri, Torino 1994.
84. SHEPHERD, M. (1995), Psychiatry and Philosophy, *British Journal of Psychiatry*, 167: 287-288.
85. SHULMAN, B. H., MOSAK, H. H. (1990-1995), *Manual for Life Style Assessment*, tr. it. *Manuale per l'analisi dello Stile di Vita*, Angeli, Milano 1908.

86. SIANI, R., SICILIANI, O., BURTI, L. (1990), *Strategie di Psicoterapia e riabilitazione*, Feltrinelli, Milano.
87. SIEGEL, D. J. (1999), *The Developing Mind*, tr. it. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
88. SMYTHIES, J. R. (1992), Neurophilosophy, *Psychological Medicine*, 22, 547-549.
89. SOLMS, M., TURNBULL, O. (2002), *The Brain and the Inner World*, tr. it. *Il cervello e il mondo interno. Introduzione alle neuroscienze dell'esperienza soggettiva*, Raffaello Cortina, Milano 2004.
90. SPADARO, P. (2009), Figure della realtà e realtà psichica, *Gli astronauti*, 122: 261-268.
91. STANZIONE, M. (1993), Mente – Neuroscienze e modelli della mente, Voce dell'*Enc. It. Treccani*, Roma, App. V: 412-416.
92. STEIN, E. (1917), *On the Problem of Empathy*, tr. it. *Il problema dell'empatia*, Studium, Roma 2003.
93. STOLOROW, R. D., ATWOOD, G. L., ORANGE, D. (1979), *Faces in a Cloud: Intersubjectivity. Personality Theory*, Aronson, Northvale, N. J.
94. TATARELLI, R., DE PISA, E., GIRARDI, P. (1998), *Curare con il paziente. Metodologia del rapporto Medico-paziente*, Angeli, Milano.
95. TORRE, M. (1982), *Esistenza e Progetto Fondamenti per una psicodinamica*, M.S., Torino.
96. VAHINGER, H. (1911), *Die Philosophie des "Als Ob"*, tr. it. *La filosofia del "come se"*, Astrolabio-Ubaldini, Roma 1967.
97. VALE, L. J., CAMPANELLA, T. J. (a cura di, 2003), *The Resilient City: How Modern Cities Recover from Disaster*, Oxford Univ. Press., New York. 376.
98. VUILLEUMIER, P., POURTOIS, G. (2007), Distributed and Interactive Brain Mechanism During Emotion Face Perception: Evidence from Functional Neuroimaging, *Neuropsychologia*, 45: 174-195.
99. WEBER, M. (1922-1924 op. postuma), *Wirtschaft und Gesellschaft*, tr. it. *Il metodo delle scienze storico-sociali* (a cura di Rossi Pietro), Einaudi, Torino 1958.
100. WEBSTER'S (1966), Voce del *New Worlds College Dictionary*, V. Neufeldt (Ed.) III Ed., Simon & Schuster, Mac Millan, Cleveland: 1222.
101. WINNICOTT, D. W. (1949), Hate in the Countertransference, *International Journal of Psychoanalysis*, 30: 61-74.
102. WOLF, A. M. D., INGELFINGER, J. A., SCHIMTZ, S. (1994), Emphasizing Attitudes towards the Doctor-Patient Relationship in Medical Education, *Acad. med.*, 69: 895-896.

Gian Giacomo Rovera
 Corso Einaudi, 28
 I-10129 Torino
 E-mail: ggrovera@hotmail.com