

## **Indicazioni alla psicoterapia breve: un'esperienza ad orientamento adleriano**

MARIA ANTONIETTA COCCANARI DE'FORNARI, LUCA MAIELLO, FEDERICO RONDANO, ANTONIO DEL CASALE, ARIANNA RELI, MICHELE PICCIONE

*Summary* – CRITERIA FOR BRIEF PSYCHOTHERAPY: AN ADLERIAN EXPERIENCE. By definition, Brief Psychotherapy is a treatment characterized by duration. Central is the discussion whether Brief Psychotherapy is always or in a few psychiatric diseases recommended. Most Authors as Malan, Sifneos and Davanloo pay attention to the selection of patients according to psychodynamic selection criteria. In particular, adlerian School suggest a standardized psychotherapy in accordance with brevity and effectiveness, that underlines also the intellectual ability of the therapeutic agent as the empathy and the creativity. The results of a work are reported with regard to Drug Addiction treated with Brief Group adlerian Psychotherapy. The article focus on the clinical case of a alcoholic patient with Multidrug Addiction in her anamnesis and supposes that the complete remission of the case is not bounded by categorial diagnosis, but on one hand by the motivation and the insight of the patient, on the other by the empathy, the exact identification of the focus and the implacable monitoring of the controtransference in the complex and intense situation of the “vis à vis”.

*Keywords:* BRIEF PSYCHOTHERAPY, THERAPEUTIC AGENT, ADLERIAN MODEL

### *I. Introduzione*

Per definizione, la Psicoterapia Breve è un trattamento caratterizzato dalla durata. Molti Autori pongono attenzione alla scelta dei pazienti in base ai criteri di selezione. Centrale è la definizione del *focus*. Com'è noto, questa forma di terapia nasce all'interno della corrente psicoanalitica e acquista, a partire dagli anni '50, una sua posizione specifica con il delinearsi di teorie e tecniche [43]. Già Freud, negli anni '20, mostra il rischio dell'analisi interminabile [33], soprattutto per l'importanza assunta dall'analisi del transfert e dalla presa in carico di pazienti con problematiche pre-edipiche. Del resto, erano stati trattamenti brevi, i casi di “Katherina” [32], “Dora” [29], “il piccolo Hans” [30] e “l'Uomo dei lupi” [31].

In seguito alcuni allievi di Freud, specialmente Ferenczi, Rank e Adler, avvertono la necessità di abbreviare la psicoterapia anche sotto la spinta di un contesto socioculturale che si caratterizza per le crescenti richieste di aiuto psicologico, per le difficoltà dei pazienti a far fronte economicamente alle terapie lunghe e per le situazioni di crisi legate ai due conflitti mondiali [55]. Ferenczi pensa che l'analisi si protrae a causa dell'atteggiamento passivo e neutrale dell'analista, per cui sollecita a un atteggiamento più attivo, capace di superare le resistenze del paziente e di portare rapidamente a termine la cura [24].

Successivamente Rank, secondo cui il fine del lavoro analitico è proprio il distacco dall'analista, sottolinea l'importanza di elaborare l'angoscia di separazione da parte del paziente [45]. Quindi, Rank e Ferenczi, veri e propri precursori del movimento delle Psicoterapie Brevi, s'interessarono alle problematiche attuali dei pazienti, pur senza negare la loro storia e le loro relazioni affettive precoci, tentando così d'integrare la dimensione intrapsichica con quella relazionale [25]. Il tema del potere nella relazione analista-analizzando è sicuramente correlato con la brevità delle terapie. Adler affronta il problema dell'"eccesso di gratificazione" prodotto dalla terapia, che ingenera dipendenza dal terapeuta, con la conseguente difficoltà a portare a conclusione il trattamento. L'approccio adleriano tende a contrastare molto precocemente i tentativi del paziente di far assumere al terapeuta un ruolo troppo protettivo. Come si vede, ciò rappresenta un contributo di Adler all'accelerazione del processo terapeutico [1].

Dagli anni '40 in poi, la Psicoterapia Breve, da iniziale semplice rimedio pragmatico all'eccessiva durata della Psicoanalisi, assume una sua preminente connotazione epistemologica in seno alle tecniche psicoterapeutiche, soprattutto grazie al contributo di autori come French e Alexander, che a Chicago nel 1941 organizzano il primo Congresso sulla Psicoterapia Breve. Il merito principale di Alexander è la scoperta di una metodologia in grado di promuovere, attraverso la manipolazione del transfert e la definizione del focus [6], l'"esperienza emozionale correttiva" [5], indispensabile per il cambiamento, portando in tal modo a una riduzione della lunghezza e dei costi della terapia. In seguito, negli anni '50 che segnano l'espansione dei servizi psichiatrici d'urgenza, si sviluppano i principi dell'intervento di crisi ad opera di Caplan, Bellak e Small, Lindemann. Quest'ultimo propone l'uso d'interventi psicoterapeutici nei casi di dolore mentale acuto, dimostrando così di diminuire la possibilità di sviluppi

psicopatologici permanenti in chi ha perso una persona cara e in chi attraversa altri momenti critici dell'esistenza [37, 13]. Nel 1965 sono Bellak e Small a proporre una metodica per l'intervento nella crisi che sia prontamente utilizzabile, focalizzata sul problema attuale [9].

Dagli anni '60 in poi tra i vari dibattiti intorno alla Psicoterapia Breve, centrale è quello se la Psicoterapia Breve sia indicata sempre oppure soltanto in alcuni quadri morbosi. Secondo Malan, i criteri di selezione per una psicoterapia focale comprendono la forte motivazione del paziente alla terapia; la grande capacità di considerare i problemi in termini emozionali, di rispondere alle interpretazioni e di tollerare lo *stress* del trattamento. Sono considerate controindicazioni assolute i tentativi di suicidio, la dipendenza da sostanze, l'abuso cronico d'alcol, i sintomi ossessivi cronici incapacitanti, le gravi manifestazioni distruttive o autodistruttive [39, 40]. Anche Mann osserva alcuni criteri di selezione che comprendono la forza dell'Io del paziente, intesa come capacità di coinvolgimento e disinvestimento affettivo; la capacità attiva del terapeuta d'identificare rapidamente un problema centrale; l'esclusione di pazienti con disturbo depressivo maggiore, psicosi acuta e disturbo borderline di personalità [34]. Alla fine degli anni '70 tra i criteri di selezione proposti da Davanloo spicca, oltre a quelli già citati da Malan e Mann, la storia di almeno una relazione significativa nella vita del paziente [18].

Negli anni '80 la Psicoterapia Breve trova la sua sistemazione nella scuola di pensiero di Sifneos, i cui criteri di selezione rappresentano quelli più seguiti dalla maggior parte degli psicoterapeuti odierni. Essi considerano la capacità di circoscrivere il disturbo principale del paziente; la presenza di una relazione significativa nella prima infanzia del paziente; la capacità di interagire in modo flessibile con l'esaminatore e di esprimere i propri sentimenti in maniera adeguata; un grado di raffinatezza psicologica superiore alla media che implica non solo intelligenza ma anche capacità di rispondere alle interpretazioni; la forte motivazione al cambiamento [38, 51].

Quindi, secondo le scuole e gli autori citati fin qui, l'osservazione di alcuni criteri psicodinamici, la psicopatologia lieve e l'inizio acuto e recente dei sintomi rappresentano valide indicazioni alla Psicoterapia Breve. Secondo altre scuole di pensiero invece, come la Scuola di Palo Alto e la Scuola Adleriana, anche disturbi come le depressioni gravi, le psicosi, i

disturbi dell'alimentazione e quelli di personalità costituiscono indicazioni appropriate alla Psicoterapia Breve. Secondo la Scuola di Palo Alto, infatti, una terapia breve di tipo strategico è indicata anche per risolvere disturbi definiti "gravi" come il Disturbo Ossessivo Compulsivo e il disturbo Borderline di Personalità [36, 56]. Anche per la Psicologia Individuale adleriana le indicazioni e le controindicazioni sono più relative che assolute e riguardano soprattutto la possibilità di enucleare un *focus* che può anche consistere nel programmare e motivare un successivo, più protratto intervento [22]. Si avvantaggiano di trattamenti brevi adleriani anche soggetti con reazioni psicotiche, pazienti con *eating disorders* [46] e pazienti borderline [23].

Oggi l'orientamento attuale in Psicoterapia Breve tende a superare la dicotomia espressivo/supportivo, abbracciando entrambi gli elementi e valorizzandone il peso sul cambiamento [28]. Quindi in Psicoterapia Breve si privilegia un approccio più eclettico. Viene applicata la tecnica che più si adatta alle dimensioni del paziente, utilizzando in modo flessibile metodiche interpretative, pedagogiche, di sostegno nonché terapie farmacologiche, ipnosi e tecniche di rilassamento [58, 59].

## II. Indicazioni alla Psicoterapia Breve secondo il modello adleriano

Alfred Adler codificò tra i primi una tecnica per le Psicoterapie Brevi: il *Journal of Individual Psychology* dedica a questo l'intero volume 1972. Mentre gli Adleriani hanno a lungo riconosciuto l'approccio del trattamento adleriano come una forma di psicoterapia breve [14], nella letteratura, se si escludono importanti studi di validazione recentemente divulgati da Rovera, Fassino e Ferrero, la Psicologia Individuale non era in genere considerata una forma di terapia che rispettasse i criteri di efficienza ed efficacia richiesti dal "managed care".

Contemporaneamente gli psicoterapeuti adleriani come Carlson e Sweeney concordano nei loro ultimi libri che la terapia breve adleriana non è riconosciuta come tale poiché le teorie di Adler rappresentano attualmente la base di diversi modelli di terapia breve, ma con una nomenclatura differente e spesso senza riferimento ad Adler [33, 52]. Al contrario, l'intervento di Psicoterapia breve adleriana non si mostra affatto in contrasto con il fatto che i pazienti, le organizzazioni della sanità e

la comunità scientifica richiedono che le psicoterapie seguano criteri comprovati d'efficacia e di competenza tecnica, che permettano di evidenziare anche alcuni fattori predittivi di successo che orientano le indicazioni al trattamento [26]. Gli Adleriani, infatti, sono riusciti a sviluppare dalla Psicologia Individuale un protocollo di psicoterapia standardizzato in termini di appropriatezza, di brevità, di *effectiveness* e di rapporti costi-benefici [27, 60].

Il filo conduttore di ogni approccio adleriano al paziente consiste in una perenne ricerca del senso dell'individuo, inteso nella sua unità diversificata nei tre aspetti biologico, psicologico e sociale. È in questo finalismo che la psicoterapia breve abbraccia il modello aperto e complesso della Psicologia Individuale che agisce in tutte le aree esistenziali del sistema uomo: dal campo dell'educazione, del lavoro e della comunità a quello della terapia dei disturbi mentali. È importante sapere che la ragione dell'impegno adleriano nasce dall'esigenza di studiare essenzialmente il paziente nei suoi rapporti interpersonali, nelle sue reazioni, inibizioni, compensazioni, in altre parole nell'impalcatura nevrotica che attinge tanto alla psiche quanto a un substrato biologico, dal quale non si potrà mai prescindere [17].

La prima premessa della Psicoterapia Breve adleriana fa riferimento proprio al paradigma dell'unità psicosomatica dell'individuo. Infatti, secondo l'approccio olistico di Adler i fattori fisici e quelli psichici sono sempre connessi [4]. Quindi la matrice biologica (temperamento) e la matrice psicosociale (carattere) concorrono a definire l'identità dell'individuo [15] e costituiscono anche la base per definire l'eziopatogenesi della patologia psichiatrica, rispetto a cui si considerano: le modalità di risposta dell'individuo alle minacce inferiorizzanti che provengono dall'ambiente, che possono dare origine a un difetto della maturazione psicologica o ad un conflitto regressivo; le difficoltà dello *psychodynamic coping* [10] delle alterazioni biologiche che predispongono ad uno specifico disturbo.

L'altro paradigma è rappresentato dalla regolazione della *self-regulation*, secondo cui la costruzione dell'identità è funzione dell'autostima ossia dell'immagine interiore, anche ideale, di sé e del mondo circostante che definisce in parte lo stile di vita dell'individuo. Adler, osservando che alcune circostanze oggettive fossero alla fine meno influenti rispetto al

modo di percepirle, affermava che ciascuno soffrisse più a causa dei significati che attribuiva alla realtà, che a causa della realtà stessa [2]. Questa posizione teorica, secondo molti autori, rende Adler uno dei precursori della Scuola cognitivista [35].

Per Adler non esistono fatti “oggettivi”, ma l’essere umano, influenzato dal suo *pattern* affettivo ed emotivo (ampiamente contaminato dal ruolo costruttivistico del mondo sociale, soprattutto familiare, nelle prime fasi di vita), vive immerso “nel regno dei significati” e sono questi, non gli avvenimenti, che orientano i suoi scopi e i suoi comportamenti dal “lato utile” o “non utile” della vita [54]. Quindi, l’opinione distorta del paziente riguardo a se stesso, agli altri e al mondo è fondamentale per comprendere e curare i sintomi.

Come diceva Adler, la malattia mentale scaturisce da stili di vita che non sviluppano il sentimento sociale [3], per cui nella Psicologia Individuale lo scopo prioritario della psicoterapia è la revisione e il riorientamento dello stile di vita, che può considerarsi costituito da una componente appercettiva di base biologica e intrapsichica, centrata sulla visione di se stesso e del mondo che l’individuo comincia a elaborare dall’infanzia e che in seguito rafforza con le successive esperienze esistenziali, da una componente operativa, comportamentale, che si esplica nelle interazioni interpersonali e sociali, come reazione agli stimoli ambientali e come strategie per raggiungere la meta cui si aspira [12, 21]. Pertanto il processo psicoterapeutico secondo l’ottica adleriana si propone di portare il soggetto verso un più armonico stile di vita, reintegrandolo nella società, attraverso delle scelte esistenzialmente valide e attraverso delle compensazioni positive, nella convinzione che la completa guarigione consiste, al di là della pura soggettività, nella reintegrazione interpersonale del paziente [44].

Perché questo riesca, occorrono due presupposti: il primo, d’importanza essenziale per il raggiungimento dell’*insight* [42], è che l’individuo sia condotto a un’autocritica e a una consapevolezza del significato del complesso d’inferiorità che lo renda edotto del fine fittizio asociale che può nascondersi dietro a finalità perseguite a livello di coscienza e socialmente valide (fase esplorativa); il secondo consiste in un decondizionamento dello stile di vita precedente per evitare che i dinamismi inconsci del vecchio stile di vita ritornino e nell’adesione a quella nuova linea direttrice che l’individuo scopre con la psicoterapia (fase trasformativa e

prospettica) [47].

In Psicoterapia Breve l'operatore di linea adleriana adotta, nei confronti del soggetto che sta per iniziare il trattamento, un approccio incoraggiante e responsabilizzante che riconosce e mette a fuoco le risorse e le competenze del paziente, dimostrandogli fiducia [19] e incrementando così sia la capacità di far fronte ai problemi della vita sia il suo sentimento sociale [48]. I criteri psicodinamici che vengono valutati nel paziente sono la motivazione al trattamento e una capacità di *insight* e tolleranza tali da poter usufruire di trattamenti brevi con presumibile beneficio strutturale significativo [41]. Le componenti dell'agente terapeutico invece comprendono l'uso consapevole della relazione interpersonale, nel senso che gli aspetti transferali sono interpretati soltanto nel caso in cui intralcino il lavoro terapeutico e quando siano inerenti al *focus*; il tempo definito, che non supera le venti sedute [8] e che si profila come un tempo-meta, cioè in funzione del raggiungimento di quella specifica meta per quello specifico paziente; la particolare propensione del terapeuta all'ottimismo, la partecipazione creativa col paziente alla ricerca di soluzioni alternative e infine l'inclinazione all'impiego flessibile, seppure in un contesto analitico, di tecniche diverse: cognitive, behavioristiche, farmacoterapeutiche, inerenti alla pragmatica della comunicazione [7].

Nel corso del primo colloquio il terapeuta, per capire la realtà profonda del paziente, esplora fantasie, aspetti relazionali, eventi e comportamenti recenti, ricordi antichi, punti intermedi, il tipo di gioco infantile, le aspirazioni infantili sulle future professioni, e i sogni che secondo Adler svelano verità che il sognatore vuole nascondere ai suoi simili e che si manifestano nel sonno quando la censura sociale è accantonata [16]. L'intervento di psicoterapia breve, naturalmente, viene concordato con il paziente al termine dell'*assessment*, diagnostico e di valutazione complessiva. Il paziente viene stimolato dal terapeuta a partecipare attivamente alla terapia e a lavorare per realizzare tra una seduta e l'altra cambiamenti nel suo comportamento, in quanto il trattamento rappresenta per entrambi un obbligo condiviso.

Una psicoterapia breve secondo la Psicologia Individuale deve fornire risposta ai bisogni del paziente, traendo il suo orientamento da una diagnosi strutturale precisa [53] e quindi rappresenta la migliore terapia per lui, in quel momento e in quelle condizioni. Infatti, il tempo è usato in

modo flessibile e creativo: la frequenza e la durata delle sedute variano in base ai bisogni del paziente. Siccome è impossibile e spesso anche dannosa la pretesa di analizzare l'intero copione di vita di un individuo [20], ossia il piano di vita deciso nell'infanzia, rinforzato dai genitori e modellato dagli avvenimenti successivi [11], il terapeuta e il paziente concordano sul *focus* del trattamento [57], che deve essere un tratto contemporaneamente rilevante sia nello stile di vita del paziente sia nella genesi del disturbo psichico attuale o della crisi esistenziale che sostiene nel paziente la richiesta di terapia. Non si tratta di un *focus* limitato, cioè di un sintomo o di una difficoltà delimitata su cui terapeuta e paziente concordano di lavorare, ma piuttosto di una strada maestra al cuore-nucleo della personalità [50]. Quindi il *focus* serve a definire l'ambito di un processo interattivo, in cui soggetto e oggetto vivono un'esperienza orientata in un comune orizzonte di significati verso le possibilità oggettive e storiche come aperture esistenziali [49].

Il fine della psicoterapia adleriana non è “la guarigione una volta per tutte”, ma il miglioramento, attraverso l'uso di tecniche di *problem solving* e di una strategia dell'incoraggiamento, della capacità del paziente di far fronte ai problemi della vita, e il potenziamento del sentimento comunitario. Dunque la Psicoterapia Breve adleriana è in grado di offrire un apporto particolarmente congeniale alle esigenze della cultura odierna. La sua metodologia si vale di strumenti validi e applicabili in tempi contenuti. Si pensi all'analisi della costellazione familiare e dei primi ricordi che può tracciare in alcune sedute le più incisive caratteristiche, le matrici e le mete dello stile di vita individuale, facendo emergere anche parecchie dinamiche inconsce. Un approccio di questo tipo è decisamente di qualità superiore rispetto all'acquisizione dei dati superficiali che si pratica d'abitudine nelle strutture pubbliche, perché non si limita a sottolineare quanto è deviante, ma illumina subito il paziente sui “perché” anche segreti della sua sofferenza, per l'acquisizione di una consapevolezza che lo aiuterà a padroneggiarla.

### III. *Un Caso Clinico. Caso Flora*

Presentiamo un caso osservato presso l'Ambulatorio del *Day Hospital Psichiatrico* dell'Università “La Sapienza” di Roma. Lo chiameremo Caso Flora.

Flora ha 35 anni al momento dell'osservazione. È nubile. Vive con i genitori adottivi, suoi zii, perché quelli naturali gliel'affidarono quando aveva sei mesi, avendo già altri tre figli; mentre quelli non ne avevano, e non ne avrebbero più avuto, nessuno. Per questa ragione, a compensazione di quest'abbandono, i genitori adottivi la viziarono molto, un po' isolandola, per cui Flora è assorbita nell'infanzia in giochi frequentemente solitari: spesso è "la dottoressa" delle sue innumerevoli bambole. I fratelli naturali, "alti e belli", occupano tutti e tre una posizione di prestigio, rendendo perpetuamente insanabili per Flora le tristi e sterili antinomie "alto-basso", "superiore-inferiore", "attivo-passivo", che da sempre pietrificano il suo "stare". Lei non ha intrapreso gli studi universitari. Ha un diploma di maturità classica, conseguito senza alcuna difficoltà scolastica. Ha svolto numerosi lavori che non è riuscita a conservare per difficoltà relazionali, mostrandosi sempre sospettosa ed episodicamente esplosiva. Flora è di bassa statura, ha lineamenti irregolari, presenta uno strabismo piuttosto marcato, ed ha lunghi capelli trascurati, come molto trascurati sono i denti. Le tappe evolutive erano apparse normali fino al termine degli studi: quando i genitori adottivi le rivelano di essere solo suoi zii, e che la madre vera è la sorella di colei che aveva sempre ritenuta sua madre.

Allora avviene un conflitto drammatico in presenza di tutti i membri delle due famiglie. Da questo momento, repentinamente, la sua vita di ragazza brava e tranquilla, si trasforma. Il carattere si esprime con rabbia e lunghi periodi d'isolamento. Abbandona comunque tutte le precedenti amicizie, che odia e di cui si vergogna. Inizia a frequentare sporadicamente solo gruppi di sbandati e tossicodipendenti, e scivola a sua volta quasi subito nella seduzione delle droghe leggere, quindi, fino all'età di circa trent'anni, nella spirale della eroina e della cocaina.

L'instabilità e la promiscuità caratterizzano la sua vita affettiva, ad eccezione di due storie più lunghe e "significative": l'una, con un ragazzo che dopo tre anni dall'inizio della relazione muore per Overdose; l'altra con quello che era stato il migliore amico di questi, che Flora considera l'autentico "amore" della sua vita. Costui, dopo un percorso in Comunità per tossicodipendenti, non avrebbe più fatto uso di sostanze, e avrebbe una vita regolare professionale e familiare. Fu lui, comunque, a lasciare Flora per sempre appena entrato in Comunità. Flora, a sua volta, riesce, dopo un periodo d'assunzione di metadone, "e con la sola forza di volontà", a

raggiungere la Remissione completa del disturbo correlato a sostanze, Remissione stabile per due anni.

Una grave frustrazione nell'ambito amicale sembra essere da circa otto mesi all'origine di una nuova dipendenza: quella da alcol, con cui giunge alla nostra Osservazione. Nel tempo Flora è sempre vissuta con i genitori adottivi ed ha mantenuto rapporti costanti con quelli veri e con i fratelli. Da figlia unica Flora era diventata a diciannove anni "l'ultima dei figli", conservando nel cuore un tormentoso sentimento di rifiuto e di non appartenenza senza fine. Formalmente civili, i rapporti con le due famiglie sono ovviamente marchiati da complesse e tortuose ambivalenze.

Nonostante alcuni elementi deponenti per il disturbo Borderline di Personalità, toccammo alcuni elementi francamente depressivi nella sofferenza di questa giovane donna, come confermato dai risultati dell'Hamilton e del MMPI. Inizia pertanto il trattamento combinato con SSRI e Psicoterapia Breve di Gruppo.

Il nostro è un Gruppo eterogeneo di pazienti accomunati solo dalla presenza di eventi stressanti nell'ultimo anno di vita. Flora vi accede subito con le caratteristiche del depresso rabbioso, rivendicativo, *leader* portavoce delle angosce depressive degli altri membri. Prevalgono inizialmente gli elementi narcisistici che trovano la comprensione empatica dei due terapeuti e degli altri pazienti.

Gradatamente rassicurata, Flora diventa pronta anche per ascoltare oltre che per esprimersi, incoraggiata a poter rimettere in gioco adeguatamente nuclei di sentimento comunitario in precedenza manifestati con l'estrema dedizione ai suoi amici tossici nell'iniziale effimero sconfiggimento dell'"Io ti salverò".

Il Gruppo è l'arena dove Flora espone prima le microgonne compensatorie alle corte gambe di cui si lamenta, dove saltella per elevarsi dalla bassa statura, dove ha rasato quasi a zero i capelli incolti come cura di sé, come segnale d'iniziazione al cambiamento, come protesta virile (emergono note di bisessualità in parte correlate all'identificazione problematica con il femminile nella traumatica adolescenza); e dove non trova le belve assetate di sangue, ma altre sofferenze pronte a stringersi attorno alla sua che appare la maggiore tra le sofferenze presenti, che Flora riesce

a trasmettere come un grido, quella ferita centrale scoperta nella fase vulnerabile che è la fine degli studi medi superiori. È rifiuto. Quello che muove l'indirizzo della meta fittizia: autoescludersi volontariamente attraverso le droghe per mai più rivivere il rifiuto altrui, alibi feroce laddove le sostanze assolvono, in questo caso, tra le possibili motivazioni al loro uso, a diverse finalità: 1) fissazione all'“amara lotta” di ribellione ostinata adolescenziale verso i genitori rispettivamente colpevoli di abbandono e di menzogna; 2) tentativo di somigliare al maschio per ragioni personali e antropologiche; 3) tentativo onnipotente e impotente di attrarre a sé l'attenzione dei genitori naturali che invece la ripudiano ancora di più; 4) modo distorto di diventare subito adulta emancipandosi dall'incanto innocente traditore; 5) funzione autopunitiva per i radicali sentimenti di odio contro tutti i parenti, ergendosi a giudice che si autocondanna (il sentimento di colpa rappresenterà il *focus* della terapia); 6) funzione anestetizzante, deresponsabilizzante e automedicatrice verso la depressione, come purtroppo avviene nelle giovani generazioni dei depressi del nostro tempo, mentre si accresce, all'inverso, il senso d'insufficienza, d'insicurezza, d'inferiorità in un circolo vizioso agghiacciante.

Il Gruppo “contiene” gli aspetti difensivi, espansivi, scomposti e grotteschi, compensatori ai composti complessi estetici, familiari, sociali, affettivi, con cui Flora tenta di catturare l'interesse del Gruppo stesso. Ella trasforma l'invidia immobilizzante in assertività competitiva mentre incoraggia la riscoperta delle risorse (possibilità di sublimazione che aveva già procurato ottimi risultati scolastici; umorismo; altruismo congruo). Vengono riabilitati l'autostima, i processi di adattamento e soprattutto la capacità di indagare, scoprire ed elaborare le ragioni dell'umiliazione bruciante (improvviso crollo economico della famiglia naturale e malattia organica grave della madre dopo due mesi dalla nascita di Flora) per non soccombere alle imprevedibili ancorché inevitabili frustrazioni della condizione umana, rieducandola altresì a vederne e ad assaporarne ricchezze pragmatiche e spirituali.

Il suo mondo autocentrato, l'assorbimento nel proprio dramma che la chiude al sentimento sociale in una dimensione nella quale anche i partner “molto amati” erano stati l'oggetto del bisogno e non del desiderio, e le proiezioni che additavano solo nelle cause esterne il proprio fallimento esistenziale, si sciogliono nell'ascolto dell'altro e nel richiamo a fare sem-

pre i conti con il nostro atteggiamento personale davanti ai fatti, che può e deve essere reindirizzato verso mete nuove, non patologiche, soddisfacenti ed autentiche. In ciò si dissolve la sua rabbia narcisistica, accedendo alla cognizione del dolore e all'esser-ci.

Flora viene a tutt'oggi seguita con richiami individuali mensili. Ha ripreso gli studi universitari: Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, come nel primo gioco infantile, similmente ma diversamente dal suo tentativo salvifico di cambiare tossicodipendenti "duri" che la coinvolgevano in una sorta di pseudoidentificazione maligna. L'astinenza dall'alcol appare stabile al *follow-up* di un anno. Ha un ragazzo normale che lavora, e nuovi amici normali. I rapporti con le "due famiglie" presentano, ripetiamo, ancora un elevato tasso di conflittualità tuttavia gestita con crescente *insight*.

Flora ha terminato la sua Psicoterapia Breve con remissione dal sintomo (dipendenza da alcol), e "con qualcosa in più" come propugnano i teorici di questa forma terapeutica. Si potrebbe parlare di un caso riuscito per varie ragioni. In primo luogo, perché s'intravedeva l'orientamento depressivo del soggetto in assenza di quota antisociale. In secondo luogo, probabilmente per la copresenza di alcuni fattori protettivi nella storia come un contesto socio-culturale buono.

#### IV. Conclusioni

Ci sembra che le indicazioni alla Psicoterapia Breve possano essere selezionate non in base alla diagnosi categoriale (i cui limiti, peraltro, rappresentano un dibattito contemporaneo pregnante) ma ad alcune considerazioni d'ordine psicodinamico. Questo taglio, già propugnato da Malan, Mann, Sifneos e Davanloo, prende in esame alcuni elementi preliminari, specialmente la motivazione e la capacità d'*insight* del paziente. Ipotizziamo, ad esempio, che il caso clinico da noi riportato – Dipendenza da alcol con politossicodipendenza in Anamnesi – trattato con una Psicoterapia Breve d'indirizzo adleriano, tipo di quadro per cui è esigua la letteratura che riferisca vantaggi dal tipo di cura adottata, abbia presentato una remissione completa sia per la presenza di detti elementi sia per l'assenza di quote antisociali nell'ambito di un orientamento depressivo nella paziente sul quale è stato possibile lavorare con successo.

Ci sembra infine che un agente terapeutico non secondario debba essere considerato lo psicoterapeuta con la sua personalità, le sue capacità intellettuali (individuazione esatta del *focus*, empatia, monitoraggio implacabile del controtransfert nella complessa e intensa situazione del *vis à vis*), e l'atteggiamento che, avvalendosi della tecnica, in ogni caso "ridimensionata", lo renda criticamente consapevole di quanto il cammino psicoterapico contenga in sé parti creative che immettono arricchimenti "artistici" nei modelli di riferimento e nell'esperienza dell'operatore. Scrive Alfred Adler in *Psicologia del bambino difficile*: «Nel nostro lavoro c'è un aspetto artistico che non può essere compreso scientificamente. Quando insisto sull'aspetto artistico del nostro lavoro cammino su un vulcano».

### Bibliografia

1. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
2. ADLER, A. (1931), The Case of Mrs. A. (The Diagnosis of a Life-Style), tr. it. Il caso della signora A. (Diagnosi di uno stile di vita), *Riv. Psicol. Indiv.*, 42: 9-41.
3. ADLER, A. (1932), The Meaning of Life, *Individual Psychology and Social Problems*, 5: 9-23.
4. ADLER, A. (1935). What is Neurosis?. *International Journal of Individual Psychology*, 1: 9-17.
5. ALEXANDER, F. (1944), *Psychothérapie analytique*, PUF, Paris 1959.
6. ALEXANDER, F. (1946), *Psychoanalytic Therapy*, Ronald Press Company, New York.
7. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
8. ANSBACHER, H. (1972), Adlerian Psychology: The Tradition of Brief Psychotherapy, *Journal of Individual Psychology*, 28: 137-151.
9. BELLAK, L., SMALL, L. (1965), *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia d'urgenza e psicoterapia breve*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1983.
10. BENEDETTI, G. (1990), Modelli interpretativi e conoscitivi della personalità in psicoanalisi, *Atti Congr. «Personalità e psicopatologia»*, ETS, Pisa.
11. BERNE, E. (1972), *What Do you Say After you Say Hello?*, tr. it. *Ciao e ... poi?*,

Bompiani, Milano 1988.

12. CANZIANI, G. (1982-1983), Che cosa significa oggi dirsi adleriani, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 9-27.
13. CAPLAN, G. (1961), *An Approach to Community Mental Health*, Grean and Stratton, New York.
14. CARLSON, J., WATTS, R. E. (1999), *Interventions & Strategies in Counseling and Psychotherapy*, Taylor & Francis Publishing, London.
15. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., PRYZBECK, T. R. (1993), A Psycho-biological Model of Temperament and Character, *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 975-990.
16. COCCANARI DE' FORNARI, M. A. (2003), *Lezioni di psicoterapia psicodinamica*, EUR, Roma.
17. DAGLIO, P. (1974), L'inserimento della Psicologia Individuale adleriana nella moderna psichiatria, *Riv. Psicol. Indiv.*, 2: 3-7.
18. DAVANLOO, H. (1978), *Basic Principles and Technique in Short-Term Dynamic Psychotherapy*, SP Medical and Scientific Books, New York.
19. DINKMEYER, D., DREIKURS, R. (1974), *Encouraging Children to Learn: the Encouragement Process*, tr. it. *Il processo d'incoraggiamento*, Giunti Barbera, Firenze 1990.
20. ENGLISH, F. (1988), Wither Scripts?, tr. it. Fin dove i copioni?, "Neopsiche", IX, 15: 4-14.
21. FASSINO, S. (1986), Per una teoria individualpsicologica delle relazioni endopsichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 38-58.
22. FASSINO, S. (1995), Psicoterapia Breve a orientamento individualpsicologico: riflessioni sull'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 38: 43-52.
23. FASSINO, S., FERRERO, A., ROVERA, G. (1995), Approccio a rete nella terapia dei pazienti borderline, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Il paziente borderline*, CSE Torino.
24. FERENCZI, S. (1919), L'influence exercée sur le patient en analyse, *Psychanalyse* 3, *Oevres complètes*: 1919-1926, tome III: 24-26, Paris, Payot 1974.
25. FERENCZI, S., RANK, O. (1924), Perspectives de la psychanalyse, *Psychanalyse* 3, *Oevres complètes* :1919-1926, tome III: 220-236, Paris, Payot 1974.
26. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
27. FERRERO, A. (2004), Standardizzazione dei processi delle psicoterapie psicodinamiche: una revisione critica in prospettiva adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 35-45.
28. FISCH, R., SCHLANGER, K. (2004), *Cambiare l'immutabile: terapia breve per casi difficili*, Cortina, Milano.
29. FREUD, S. (1905), *Bruchstücke einer Hysterie-Analyse*, tr. it. *Frammento di un'analisi d'isteria*, in *Freud, Opere IV*, Boringhieri, Torino 1970.
30. FREUD, S. (1909), *Analyse der phonie einer funfjährigen knaben*, tr. it. *Analisi della fobia in un bambino di 5 anni*, in *Freud, Opere IV*, Boringhieri, Torino 1972.
31. FREUD, S. (1918), *Aus der Geschichte einer infantilen Neurose*, tr. it. *Da una storia di una neurosi infantile*, in *Freud, Opere VII*, Boringhieri, Torino 1975.
32. FREUD, S. (1892), *Studien über Hysterie*, tr. it. *Studi sull'isteria*, in *Freud, Opere I*, Boringhieri, Torino 1967.
33. FREUD, S. (1937), *Die endliche und die unendliche Analyse*, tr. it. *Analisi terminabile e interminabile*, in *Freud, Opere XI*, Boringhieri, Torino 1979.
34. GILLIÉRON, E. (1998), *Trattato di psicoterapie brevi*, Borla, Roma.

35. KARASU, T.B. (1990), Psychotherapy for Depression, *Am. J. Psychiatry*, 147: 141.
36. LAMBRETTE, G. (2001), De la stratégie en psychothérapie, la thérapie brève de Palo Alto, *Soins Psychiatrie*, 213: 45-47.
37. LINDEMANN, E. (1944), Symptomatology and Management of Acute Grief, *Am. J. Psychiatry*, 101: 141-48.
38. LUBORSKY, L. (1984), *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for Supportive-Expressive Treatment*, Basic Books, New York.
39. MALAN, D. H. (1976), *Towards the Validation of Dynamic Psychotherapy*, Plenum, New York.
40. MALAN, D. H. (1976), *The Frontier of Brief Psychotherapy*, Plenum, New York.
41. MUNNO, D. (1997), Tempi psicopatologici e tempi psicoterapeutici, *Atti 6° Congresso Nazionale S.I.P.I., «Il tempo e la memoria»*, Marina di Massa 1995.
42. PAGANI, P. L. (2001), L'utilità diagnostica delle notizie raccolte nel corso del primo colloquio e nelle sedute dedicate alla costellazione familiare e ai primi ricordi d'infanzia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 50: 5-27.
43. PICCO, C., SARACCO, P., MAINA, G., BOGETTO, F. (2004), La psicoterapia breve: il problema del focus, *Italian Journal of Psychopathology*.
44. PINESSI, L., ANGELICI, G. (1981-1982), Intervento psicoterapeutico adleriano e senso sociale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 15-16: 173-175.
45. RANK, O. (1924), *Das Trauma der Geburt*, tr. it. *Il trauma della nascita. Sua importanza per la psicoanalisi*, Sugarco, Milano 1990.
46. ROVERA, G. G., BALZOLA, F. (in press.). In tema di anoressia e bulimia: contributi psicopa-teologico-clinici, *Arch. Psicol. Neurol. Psichiat.*, 3.
47. ROVERA, G. G. (1979), Tecniche di approccio corporeo e complesso d'inferiorità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 10: 9-17.
48. ROVERA, G. G. (1982-1983), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-51.
49. ROVERA, G. G. (1990). Aspetti analitici della regressione, *Indiv. Psychol. Dossier II*, SAIGA, Torino.
50. SHULMAN, B. H. (1981), Life Style, Contribution to Individual Psychology, *Indiv. Psychol. Dossier II*, SAIGA, Torino: 61-76.
51. SIFNEOS, P. E. (1979), *Short-Term Dynamic Psychotherapy*, Plenum. New York.
52. SWEENEY, T. J. (1998), *Adlerian Counseling: A Practitioner's Approach*, J Taylor & Francis Publishing.
53. TENBRINK, D. (1997), Zur Theorie und Praxis der psychodynamischen Kurzpsychotherapie, *Zeit. F. Individualpsychol.*, 1: 3-31.
54. VARRIALE, C. (2001), Sentimento sociale e approccio cognitivista alla prosocialità: una lettura integrata dei contributi di ricerca, *Riv. Psicol. Indiv.*, 49: 47-63.
55. VERCELLINO, F. (1997), Cenni sulla storia delle psicoterapie brevi, in GIOVANNOLI, C. (a cura di), *Le psicoterapie brevi ad indirizzo psicodinamico: storia e attualità*, Imprimerit, Padova.
56. WALLERSTEIN, R. S. (1986), *Forty-two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*, Guilford, New York.
57. WELLS, R., GIANNETTI, V. (1990), *Handbook of Brief Psychotherapies*, Plenum, New York.
58. WINSTON, A., WINSTON B. (2001), *Toward an Integrated Brief Psychotherapy*,

*Journal of Psychiatric Practice*, 7: 377-390.

59. WOLBERG, L. R. (1980), *Handbook of Short-Term psychotherapy*, Thieme Stratton, New York.

60. WOOD, A. (2003), Alfred Adler's Treatment as a Form of Brief Therapy, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33: 287-301.

Maria Antonietta Coccanari de' Fornari  
"Day Hospital Psichiatrico-Dipartimento  
di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica"  
Università degli Studi di Roma "La Sapienza"  
Viale dell'Università, 30  
I-00189 Roma