

Standardizzazione dei processi delle psicoterapie psicodinamiche: una revisione critica in prospettiva adleriana*

ANDREA FERRERO

Summary – THE STANDARDIZATION OF PROCESSES OF PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPIES: A CRITICAL REVISION IN AN ADLERIAN PROSPECT. The problem of the standardization of processes defining analytical psychotherapies is getting more and more important during the last ten years. This matter regards all the psychodynamic schools and the Individual Psychology too. The possibility to standardize the adlerian psychotherapies is connected to the possibility to use a right method for the research. The definition of processes is only relatively important in the training of the analyst and psychotherapist. The best therapist is the technically experienced one, but also the one who doesn't give up the vital source of his own experience and the one who continuously learns from the relation with the patient.

Keywords: STANDARDIZATION, PHASES OF TREATMENT, CREATIVITY

I. Introduzione

Il problema della standardizzazione dei processi che definiscono l'analisi o le psicoterapie ad indirizzo analitico ha assunto nell'ultimo decennio importanza crescente; la questione riguarda tutte le scuole psicodinamiche e quindi anche la Psicologia Individuale. I motivi che stanno alla base dell'attenzione rivolta alla ricerca di processo sembrano molteplici e compositi. Vi sono innanzi tutto *motivi teorici e scientifici*. Una migliore definizione dell'operatività clinica con i pazienti:

- potrebbe condurre ad una riformulazione dell'analisi e della psicoterapia adleriana in termini psicologici più attuali, aggiornati e confrontati con nuove evidenze cliniche, con situazioni sociali diverse, con le indicazioni che provengono dalla letteratura scientifica;

* L'articolo prende spunto dalla relazione presentata al 22° Congresso dell'International Association of Individual Psychology, «Sé e Società - Sviluppo, processo e qualità», München 2002.

- permetterebbe di definire più correttamente le indicazioni cliniche e di specificare le varianti della tecnica per le diverse patologie trattate [23];
- fornirebbe uno schema di riferimento per paragonare l'analisi o la psicoterapia psicodinamica adleriana con altre tipologie di intervento;
- permetterebbe una adeguata riproducibilità e valutazione dei trattamenti, anche in termini di appropriatezza, di *effectiveness* (ovvero di efficacia nella pratica clinica) e di rapporto costi-benefici.

A questo tipo di considerazioni se ne uniscono altre di carattere assai differente che hanno a che fare con le *condizioni socio-economiche dell'assistenza sanitaria*, pubblica o privata, e con gli *assetti culturali prevalenti* nella società occidentale odierna. Secondo questi altri ordini di motivazioni, combinati tra loro, è necessario fare uso di interventi il più possibile brevi, efficaci e poco costosi, perché le risorse sono limitate. Nei confronti di questa pressione sociale, una migliore definizione dei processi:

- potrebbe delineare in quali ambiti, e perché, deve essere scelta una psicoterapia lunga e costosa;
- definirebbe quali sono gli aspetti per cui i risultati dell'analisi o delle psicoterapie analitiche possono essere migliori e, soprattutto, più duraturi;
- potrebbe confutare il sospetto che il fatto di essere riluttanti a validare le prassi terapeutiche nasconda una minor efficacia dei trattamenti.

Tuttavia, a mio parere, la motivazione più importante per affrontare seriamente la questione della standardizzazione dei processi che sottendono le psicoterapie psicodinamiche è di *ordine deontologico*: secondo Sandler e Dreher [28], la posizione secondo cui ci si disinteressa degli esiti e di come si può pervenire ad essi non è corretta.

Dobbiamo ai nostri pazienti il rispetto di un rendiconto puntuale di cosa facciamo con loro, per quale motivo, per quanto tempo. In particolare possiamo chiederci [18]:

- vi sono modi nuovi e migliori di effettuare il lavoro psicoterapeutico?
- vi sono nuovi e migliori cambiamenti che la psicoterapia può apportare?
- vi sono nuove e migliori condizioni che possono favorire i risultati?

Quest'assunzione di responsabilità comporta inevitabilmente anche la consapevolezza dei limiti entro cui definizioni di questo tipo si possono dare. Se l'analisi e la psicoterapia devono promuovere negli individui una maggiore libertà, anche dalla sofferenza, non tutto è codificabile. La percezione del limite e la tolleranza dell'inferiorità, come ci ha insegnato Adler, sono condizioni sane dell'operatività umana, preservandoci dalla tentazione dell'onnipotenza come dalla rassegnazione dell'inutilità di ogni nostro impegno.

II. Problemi specifici nella codificazione dei processi

Un primo livello di difficoltà per poter codificare e standardizzare i trattamenti è di *ordine epistemologico*. In termini generali, Piaget affermava che la filosofia senza scienza (cioè senza sapere) è quella che noi chiamiamo saggezza. La saggezza deve saper distinguere credenze evidenti per taluni, ma non condivise da altri, dalle verità che possono essere dimostrate. Detto altrimenti, ci possono essere diverse saggezze, mentre la verità è una sola.

In questo senso, Hampe [15] ha di recente sostenuto che la psicologia psicodinamica dovrebbe poter sviluppare una sua propria metodologia di ricerca, come ogni altra scienza contemporanea. Alcune difficoltà specifiche della *ricerca quantitativa*, che sono segnalate in letteratura [8, 18, 21] e sono strettamente inerenti ad alcuni concetti specifici della metapsicologia adleriana, riguardano:

- il problema idiografico, ovvero della compatibilità tra l'unicità dell'individuo, come viene sottolineata dalla Psicologia Individuale, e l'applicazione di metodiche sperimentali;
- la valutazione del miglioramento delle abilità sociali e del ben-essere soggettivo, correlata ai concetti di aspirazione alla supremazia e sé creativo;
- la struttura relazionale della comunicazione di ogni singolo terapeuta con ogni singolo paziente in seduta, che si riferisce al sentimento sociale;
- gli aspetti simbolici della struttura della mente, che fanno riferimento al concetto di finzione.

Nel chiedersi se i fenomeni che si osservano in analisi sono descrivibili al di fuori di una prospettiva clinica, Elliott e coll. [7] annotano come stia aumentando la tradizione della ricerca con strumenti qualitativi nelle scienze sociali, che corrisponde a sviluppare la comprensione dei fenomeni oggetto di studio, basandosi il più possibile sulla prospettiva di ciò che è studiato.

Nella *ricerca qualitativa* non si escludono quindi le prospettive soggettive, ma sono supportate e confrontate:

- con moduli o schemi di credibilità (triangolazioni);
- con valutazioni di coerenza;
- chiarendo l'appartenenza culturale dei ricercatori.

Attraverso questi processi, i risultati che si ottengono, attraverso forme differenti di dati e di analisi, tracciano nell'insieme una rete di significati che possiede una forza strutturale. Queste valutazioni riattualizzano le considerazioni espresse a suo tempo da Rovera e coll. [27] sulla Psicologia Individuale come modello di rete.

Peraltro, né paradigmi quantitativi, né paradigmi qualitativi possono misurare le dinamiche inconse o altri aspetti del cambiamento durante la terapia. Secondo

Leuzinger Bohleber e Target [17], la possibilità che emerge, al di là di polarizzazioni troppo semplici, è quella di effettuare inferenze sui processi inconsci, a cui si possono collegare delle procedure di valutazioni che aumentino la validità e la confrontabilità delle osservazioni di *raters* indipendenti che fanno riferimento a definizioni chiare.

Altre difficoltà si riferiscono poi a considerazioni che si riferiscono alla *metapsicologia*, alla *teoria della clinica* ed alla *teoria della tecnica*:

- a quali schemi teorici [14, 12] si fa riferimento?
- qual è il rapporto [16] tra teoria e tecnica?
- la tecnica [13] è pura o si usano strategie di rinforzo, tecniche suggestive, medicine?

A proposito di questi aspetti, è stata effettuata una ricerca con l'ausilio del data-base dell'*Istituto di ricerca della SAIGA*, società membro della *IAIP*, sui lavori pubblicati entro giugno 2002 sulle due riviste adleriane indicizzate, quella americana e quella tedesca, usando "processo psicoterapeutico" come parola chiave. Su 92 lavori considerati ne sono stati selezionati 47, perché non si riferivano ad aspetti troppo limitativi o a setting particolari. Da un punto di vista descrittivo, è emerso che:

- i lavori che identificano la relazione terapeutica (interazione, alleanza, transfert e controtransfert) come indicatore specifico di processo sono i più numerosi (29%);
- gli studi che evidenziano la qualità dei fattori conoscitivi (decodificazione dello stile di vita, finzioni, aspetti narrativi, storia individuale) sono di poco inferiori (25%);
- solo un quinto circa dei contributi (19%) si soffermano sulla rilevanza di singoli elementi della tecnica (interpretazione, confrontazione, tecniche supportive, interventi manipolatori o direttivi);
- ancora inferiori (17%) sono quelli che definiscono la tecnica del trattamento facendo riferimento all'organizzazione di personalità del paziente ed alle resistenze;
- all'interno di questi raggruppamenti tematici, peraltro, le definizioni delle specificità del processo psicoterapeutico sono talmente diversificate da far ipotizzare ad Eva Presslich Titscher [22] che si possano oggi distinguere una "Classical Adlerian Psychotherapy" da una "Psychoanalytically Oriented Adlerian Psychotherapy", abbastanza differenti tra loro.

III. Definizione di alcuni indicatori di processo della Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP)

Con il termine di *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP)* intendiamo una tecnica psicoterapeutica specifica, in via di codificazione presso l'*Istituto*

di *Ricerca della SAIGA* e secondo quanto a suo tempo recepito dalla *IAIP (Individual Psychology Newsletter Volume 42, Number 3, December 2000)*.

La *APP* è basata sulla Psicologia Individuale, nell'accezione secondo cui essa fa parte delle cosiddette "psicologie del profondo". La metapsicologia adleriana si fonda su basi autonome e differenti da quella di Freud, ma sembra aver percorso alcuni degli sviluppi psicoanalitici odierni, sottolineando, in particolare, gli aspetti interpersonali, intersoggettivi e transculturali dei trattamenti psicoterapeutici ed analitici. Secondo Tenbrink [33], la Psicologia Individuale è anche un utile orientamento di fondo per valutare la Psicoanalisi attuale.

III. 1. *Premesse d'ordine epistemologico*. La *APP* si fonda su alcune *premesse di ordine epistemologico*. In questo senso fa riferimento a tre paradigmi [9]:

- il paradigma dell'unità psico-somatica dell'individuo;
- il paradigma della regolazione della *self-regulation*;
- il paradigma dei moduli di legame.

Il paradigma della *self-regulation* e dei moduli di legame sono interconnessi e definiscono in che modo interagiscono le istanze psicologiche della volontà di potenza e del sentimento sociale.

Il problema dei rapporti tra la mente e il corpo va inteso secondo il *paradigma dell'unità psico-somatica* dell'individuo. Gli studi originari di Adler sulla compensazione psichica dell'*inferiorità d'organo* [1] sono la premessa per comprendere in che modo la matrice biologica (temperamento) e la matrice psico-sociale (carattere) concorrono a definire l'identità [5, 30, 31, 32]. Costituiscono anche la base per definire l'eziopatogenesi della patologia psichiatrica, rispetto a cui si considerano: (a) le modalità di risposta dell'individuo alle minacce inferiorizzanti che provengono dall'ambiente, che possono dare origine ad un *difetto* della maturazione psicologica o ad un *conflitto regressivo*; (b) le difficoltà dello *psychodynamic coping* [3] delle alterazioni biologiche che predispongono ad uno specifico disturbo (si pensi, ad esempio, alle psicosi). Secondo il *paradigma della self-regulation*, la costruzione dell'identità è funzione dell'autostima. Sull'immagine interiore, anche ideale, di sé si strutturano in modo creativo (sé creativo) gli stati soggettivi delle persone.

Il *paradigma dei moduli di legame* definisce che il senso psicologico delle manifestazioni umane non può prescindere dalle interazioni dell'individuo con i suoi simili in un eco-sistema aperto [25]. Mentre s'instaurano rapporti umani significativi, si costruiscono relazioni tra i bisogni e le istanze del mondo interiore dell'individuo, mediante connessioni simboliche prevalentemente inconsce.

III. 2. *Aspetti generali della teoria della tecnica*. Rispetto agli aspetti generali della *teoria della tecnica*, la *APP* segue le proposizioni definitorie del “metodo analitico” secondo Alfred Adler [2]:

- vi è un significato nel meccanismo inconscio (*simbolico-finzionale*) che sottende i fenomeni psichici nei sani e nei malati, rispetto a cui:
- è importante rintracciare la fonte del materiale psichico e seguirne le fasi dell’evoluzione (*continuità della vita psichica – punto di vista genetico*);
- i rapporti intrapsichici tra i vari bisogni e le istanze della psiche e, inoltre, i rapporti tra mondo interno e mondo esterno (*relazioni, cultura*) determinano la dinamica delle *manifestazioni compensatorie* che strutturano la psiche (*punto di vista dinamico*);
- il riconoscimento del materiale avviene attraverso le *comunicazioni* del paziente (significato inconscio semplice e ipercomplessa *rielaborazione* cosciente) anche attraverso l’arte di sopportare i corsi personali del proprio pensiero (*controtransfert*) e di farsi guidare, invece, dalla vita *psicoaffettiva* (*organizzazione di personalità, difese, transfert*) del paziente attraverso la raffinatezza e la sensibilità psicologica (*empatia*).

Da questi principi generali discendono due considerazioni generali sulla tecnica utilizzata dalla *APP* [10]:

- non vi è contrapposizione, come fattore curativo specifico, tra comprensione ed attaccamento [19]. La comprensione non esclude l’attaccamento, anzi lo prevede. Lo spazio relazionale, ivi comprese le componenti trasferali e controtrasferali che concorrono a definirlo, è correlato allo spazio interiore perché vi possa essere un *insight* [6]. Il processo d’incoraggiamento non discende solamente da un atteggiamento genericamente amorevole o prescrittivo, ma può essere funzione dell’accesso al mondo simbolico;
- non vi è contrapposizione rigida per quanto riguarda le *polarità espressive o supportive* a cui possono fare riferimento i singoli elementi della tecnica di una psicoterapia ad indirizzo psicodinamico o di un’analisi.

La distinzione fra trattamenti espressivi o supportivi risulta, infatti, spesso imprecisa o fuorviante. Decisivo è invece comprendere che il superamento del sentimento d’inferiorità ha un significato radicalmente differente se si tratta della fallimentare auto-frammentazione dello schizofrenico, della minaccia di diffusione dell’identità del paziente borderline o del senso di fallimento esistenziale del nevrotico.

Psicoterapia psicodinamica vuol dire, quindi, innanzi tutto, scegliere e dosare gli interventi del terapeuta in funzione dell’assetto delle difese del paziente (che si manifestano in seduta come resistenze) e della sua condizione relazionale e sociale. Ad orientare il terapeuta sarà dunque la diagnosi in senso dinamico-

strutturale, perché fornirà a ciascun elemento della teoria della tecnica un significato, di volta in volta, destinato a rispettare e rinforzare la struttura difensiva del paziente oppure a provocare un mutamento dell'organizzazione di personalità.

In sintesi, il significato mutativo o conservativo della tecnica è valutato, differenzialmente dagli approcci psicoterapeutici non psicodinamici, in base alla qualità dell'opposizione inconscia al cambiamento da parte del paziente. Si parte dalle sue "buone ragioni" per non voler cambiare nulla, dal momento che i cattivi risultati del suo atteggiamento l'hanno indotto invece a chiedere aiuto.

III. 3. *Aspetti relativi agli obiettivi clinici.* Tre aspetti definiscono congiuntamente gli obiettivi clinici della APP: (a) identità più definita e relazioni più realistiche, per le organizzazioni borderline di personalità; minore ambivalenza e minori relazioni conflittuali, per le organizzazioni nevrotiche di personalità; (b) decremento o non incremento della sintomatologia; (c) incremento complessivo del benessere del soggetto.

III. 4. *Fasi del trattamento.* Secondo le indicazioni di Rovera, Fassino e Angelini [26], il trattamento si articola in tre momenti o fasi, con l'avvertenza di considerare che, in generale, *le fasi del trattamento si susseguono ripetutamente*, e non necessariamente nell'ordine citato, *all'interno di cicli di sedute o nell'ambito di una stessa seduta* e non descrivono solo il succedersi di momenti temporali diversi della psicoterapia.

- *Fase esplorativa.* La comprensione dello stile di vita attiene di norma alla fase iniziale del trattamento e si accompagna alla costruzione della relazione terapeutica, specie con i pazienti con organizzazione nevrotica di personalità; questa condizione può riconoscere, peraltro, molteplici eccezioni, più frequentemente nei pazienti con organizzazione borderline di personalità, ove alcuni aspetti specifici della promozione dell'*insight* e dell'analisi del progetto possono caratterizzare l'inizio della psicoterapia; in questo caso, la costruzione della relazione comporta da subito un importante lavoro di regolazione della distanza relazionale.
- *Fase trasformativa.* È questa la fase che veicola la formazione di nuove configurazioni delle istanze e dei bisogni; di nuove configurazioni transfereali; di nuove relazioni sociali [11]. Una focalizzazione intensiva sull'interpretazione di transfert definisce massimamente l'analisi rispetto all'APP.
- *Fase prospettica.* Caratterizza gli sviluppi del processo verso l'apertura di nuove configurazioni dei progetti esistenziali.

Al termine del trattamento, la *fase conclusiva* comporta di norma la ridefinizione della relazione terapeutica e l'elaborazione del distacco e non solo una sintesi

degli obiettivi perseguiti o raggiunti; la liquidazione del *transfert* caratterizza in modo più specifico l'analisi rispetto all'APP.

Ognuna di queste fasi è costituita da due *elementi dinamici di processo*, che sono sempre presenti:

- la comprensione;
- il processo d'incoraggiamento.

III. 5. *Elementi dinamici di processo*. Gli elementi dinamici di processo assumono un significato almeno in parte differente, a seconda della fase del trattamento che è considerata; si suddividono, a loro volta, in *sub-elementi*, specifici per le varie fasi, che dettagliano l'operatività in seduta.

Ogni sub-elemento del processo si avvale dell'utilizzo combinato e variato di un gruppo di *interventi tecnici* (TI), che sono classificati secondo lo schema del *Menninger Clinic Treatment Intervention Project*: interpretazione, confronto, chiarificazione, incoraggiamento ad elaborare, convalidazione empatica, consigli ed elogi, conferma (accorpendo agli interventi di conferma anche eventuali interventi di prescrizione). Questi sono usati differentemente se il trattamento è rivolto ad un soggetto con un'organizzazione nevrotica di personalità (NPO) oppure con un'organizzazione borderline di personalità (BPO) [6].

La formalizzazione del processo terapeutico della APP che abbiamo presentato intende promuovere una possibile siglatura delle sedute. Non si pretende però di obiettivare un processo che rimane profondamente dialogico. La siglatura di aspetti specifici non può che tenere conto che *comuni fattori o processi operano in tutte le psicoterapie* [4]. Essa, inoltre, si riferisce ad elementi verbali complessi: bisogna tener conto che ciascuno di essi è sovradeterminato e che la comunicazione terapeutica è anche mediata dal linguaggio non verbale.

IV. *Alcune considerazioni conclusive*

Occorre ricordare, inoltre, al termine di queste sintetiche riflessioni sulla possibilità di standardizzare o meno le psicoterapie adleriane, che l'utilità di una più accurata definizione dei processi è legata alla possibilità di utilizzare una corretta metodologia per i disegni di ricerca [34]. Si possono così sintetizzare alcuni dei problemi più importanti e frequenti:

- come traslare i dati da gruppi sperimentali a gruppi naturalistici?
- come superare il gap tra la ricerca basata sull'evidenza e la pratica clinica?
- come allocare i pazienti nei gruppi controllati: allocazione randomizzata, mista (randomizzata, ma considerando anche le scelte del paziente), per scelta (l'allocazione è però cieca per gli *assessors*)?

Desidero, infine, segnalare come la definizione dei processi rivesta un'importanza solo relativa nella formazione degli analisti e degli psicoterapeuti. Seguendo le indicazioni proposte da Rovera [26], essa si riferisce, infatti, solo ad alcuni aspetti della tecnica (del "come fare") e non considera gli aspetti congeniali ed identificatori (del "fare come") secondo cui ci si forma a diventare psicoterapeuti od analisti.

A monito conclusivo, circa la necessità di non cedere alla tentazione di investire la ricerca di processo di aspettative eccessive, citerò la definizione che Milne e coll. [20] hanno fornito di "psicoterapeuta esperto" (il riferimento è alla psicoterapia cognitiva). Essi sostengono che il terapeuta non sempre si rifà alle regole, alle linee-guida o a impostazioni pre-definite. È necessario, infatti, che possieda una tacita e profonda comprensione dei riferimenti tecnici, ma deve essere anche capace di usare nuove tecniche di soluzione dei problemi.

Stabilito un quadro di riferimento, la creatività d'ogni singola relazione tra terapeuta e paziente rimane un'irripetibile sorgente di promozione umana, di libertà ed autenticità di progetto. Il terapeuta migliore è dunque quello tecnicamente esperto, ma che non rinuncia alla sorgente vitale della propria esperienza e che impara continuamente dal rapporto con il paziente.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1907), *Studie über Minderwertigkeit von Organen*, tr. fr. *La compensation psychique de l'état d'infériorité des organes*, Payot, Paris 1971.
2. ANSBACHER, H. L. (1987), A. Adlers Unterscheidung zwischen psychoanalytischer Methode und Freudscher Theorie, *Zeit. f. Individualpsychol.*, 12: 233-243.
3. BENEDETTI, G. (1990), Modelli interpretativi e conoscitivi della personalità in psicoanalisi, *Atti Congresso, «Personalità e psicopatologia»*, ETS, Pisa.
4. BERGIN, A. E., GARFIELD, S. L. (a cura di, 1994), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change (4th ed)*, Wiley, New York.
5. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., PRYZBECK, T. R. (1993), A Psychobiological Model of Temperament and Character, *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 975-990.
6. DATLER, W. (1988), Über den Wunsch nach Veränderung und die Angst vor dem Neuen. *Zeit. f. Individualpsychol.*, 23: 128-141.
7. ELLIOTT, R., FISCHER, C. T., RENNIE, D. L. (1999), Evolving Guidelines for Publication of Qualitative Research Studies in Psychology and Related Fields, *Brit. J. Clin. Psychol.*, 38: 215-229.
8. ERWIN, E. (1999), How Valuable Are Psychotherapy Experiments? The Idiographic Problem, *J. Clin. Psychol.*, 55: 1519-1530.

9. FASSINO, S., FERRERO, A. (In press), *Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues and Process Indicators*.
10. FERRERO, A. (2000a), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
11. FERRERO, A. (2000b), Le alternative alla depressione: ruolo dell'insight nelle trasformazioni psicoterapeutiche, in FERRERO, A. (a cura di), *Clinica psicodinamica delle depressioni. Le scuole analitiche si incontrano*, CSE, Torino.
12. FONAGY, P., TARGET, M., STEELE, M., GERBER, A. (1995), Psychoanalytic Perspectives on Developmental Psychopathology, in CICCHETTI, D., COHEN, D. J. (a cura di), *Developmental Psychopathology Theory and Methods*, Vol I, Wiley & Sons, New York.
13. GARFIELD, S. L. (1991), Common and Specific Factors in Psychotherapy, *J. Integr. Eclectic Psychother.*, 10: 5-13.
14. GREENBERG, J. R., MITCHELL, S. A. (1983), *Object Relations in Psychoanalytic Theory*, Harvard University, Cambridge, MA.
15. HAMPE, M. (2002), Pluralismus der Wissenschaften und die Einheit der Vernunft, in HAMPE, M. (a cura di), *Die Erfahrungen, die wir machen, widersprechen den Erfahrungen, die wir haben. Formen der Erfahrung in den Wissenschaften*, Duncker und Humblot, Berlin.
16. KURTHEN, M. (1998), Intentionalität und Sprachlichkeit in Psychoanalyse und Kognitionswissenschaft, *Psyche*, 52: 850-883.
17. LEUZINGER BOHLEBER, M., TARGET, M. (2002, a cura di), *The Outcomes of Psychoanalytic Treatment*, Whurr, London.
18. MAHRER, A. R. (1999), Introduction: How Can Research Discover How to Do Psychotherapy?, *J. Clin. Psychol.*, 55: 1425-1427.
19. MIGONE, P. (1995), *Terapia psicoanalitica. Seminari*, Angeli, Milano.
20. MILNE, D. L., BAKER, C., BLACKBURN, I. M. ET AL. (1999), Effectiveness of Cognitive Therapy Training, *J. Behav. Ther. Exper. Psychiatry*, 30: 81-92.
21. POLINGHORNE, D. E. (1999), Traditional Research and Psychotherapy Practice, *J. Clin. Psychol.*, 55: 1425-1427.
22. PRESSLICH TITSCHER, E. (2000), Jedem sein eigener Adler – Anmerkungen zu Henry T. Stein, *Zeit. f. Individualpsychol.*, 25 : 123-131.
23. ROTH, A., FONAGY, P. (1996), *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*, Guilford, New York.
24. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Indiv. Psychol. Dossier*, 1: 94-118.
25. ROVERA, G. G., BOGETTO, F., FASSINO, S., FERRERO, A. (1979), *Il sistema aperto dell'Individual-Psicologia*, Quaderni Riv. Psicol. Indiv., Milano.
26. ROVERA, G. G., FASSINO, S., ANGELINI, G. (1977), Prospettive interdisciplinari e interanalitiche in psicoterapia, *Min. Psych.*, 18: 167-174.
27. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria. Considerazioni preliminari, *Min. Med.*, 1: 1-9.
28. SANDLER, J., DREHER, A. U. (1996), *What Do Psychoanalysts Want?* Routledge, London.
29. SCHMIDT, R., SHULMAN, B. (1999), Erwin Ringel e Rudolf Dreikurs: che cosa è rimasto del loro lavoro, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Tradizione e cambiamento. Prospettive in Psicologia Individuale*, CSE, Torino.

30. SIEVER, L. J. (1993), Substrati biologici del disturbo borderline di personalità e loro rilevanza patogenetica, in MAFFEI, C. (a cura di), *Il disturbo borderline di personalità*, Boringhieri, Torino.
31. SIEGEL, D. J. (1999), *The Developing Mind*, tr. it. *La mente relazionale*. Cortina, Milano 2001.
32. SVRAKIC, D. M., CLONINGER, R., STANIC, S., FASSINO, S. (2003), Classification of Personality Disorders: Implications for Treatment and Research, in SOARES, J. C., GERSHON, S. (a cura di), *Handbook of Medical Psychiatry*, Marcel Dekker Inc., New York: 10, 117-148.
33. TENBRINK, D. (1997), Zur Theorie und Praxis der psychodynamischen Kurzpsychotherapie, *Zeit. f. Individualpsychol.*, 1: 3-31.
34. WARD, E., KING, M., LLOYD, M., BOWER, P., SIBBALDS, B., FARRELLY, S., GABBAY, M., TARRIER, N., ADDINGTON-HALL, J. (2000), Randomised Controlled Trial of non Directive Counselling, Cognitive-Behaviour Therapy, and Usual General Practitioner Care for Patients with Depression, I: Clinical Effectiveness, *Brit. Med. J.*, 321: 1383-1388.

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