

L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo il modello adleriano

GIUSEPPE FERRIGNO

Summary – THE ANALYSIS AND THE PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY ACCORDING TO THE ADLERIAN MODEL. The author tries to find, following the principles of the individualpsychological metapsychology, the hypothetical borderlines that differentiate the analytical trial from the psychodynamic psychotherapies. He considers the variables “For how long?”, “Conscious/unconscious dynamics”, “Emotional experience corrective/interpretation”, “Change”, that reveal themselves well soon pretences of use that can surely help us to predefine the contours of a therapeutic trip, but they don't resolve our original question on the possibility to get a clear and precise classification. In both the possibilities, the therapeutic meeting always constitutes an event that develops in the time with the construction of a two parties history that follows an unique, unrepeatable itinerary directed towards creativity and to an aim, during which the creative couple evolves.

Keywords: PSYCHOTHERAPY PSYCHODYNAMIC/ANALYSIS, PRETENCES OF USE, CREATIVE COUPLE

I. Premessa

Nella pratica clinica ai terapeuti può capitare, a volte, di chiedersi se nel trattamento di un paziente stiano effettuando una “psicoterapia” o un’“analisi”. Ma è possibile distinguere fra “stile analitico” e “stile psicoterapeutico”? Una risposta affermativa implica, conseguentemente, la facoltà di una scelta consapevole di metodo. Ma a chi spetta, in realtà, decidere lo “stile di lavoro” di cui avvalersi nei vari contesti clinici: al terapeuta o al paziente, e in base a quali criteri? Questi e altri quesiti sorgono appena si tenta di individuare, seguendo i principi della metapsicologia individualpsicologica, le ipotetiche linee di demarcazione che differenzino il *processo analitico* dalle *psicoterapie psicodinamiche*.

La Psicologia Individuale, come tutti gli altri sistemi psicologici, è un insieme di conoscenze e di principi epistemici che si intrecciano unitariamente con-

vergendo in un *modello*, che non può assolutamente prescindere dalla prassi terapeutica: la mutua e costante interazione fra *teoria* e *prassi* consente un reciproco e complementare influenzamento accompagnato dal nascere di più approfondite *ipotesi finzionali* che richiedono, a loro volta, una successiva verifica. Dal modello dottrinario adleriano derivano, perciò, sia uno specifico “procedimento di indagine” dei dinamismi psichici ai quali, altrimenti, sarebbe impossibile accedere sia un inconfondibile “metodo terapeutico” per il trattamento dei pazienti, che si basa proprio sull’*indagine* preliminare della *costellazione familiare*, dei *primi ricordi*, dell’*attività onirica* e su alcuni peculiari “fattori” di spazio, di tempo, di metodologia caratterizzanti il *setting individualpsicologico*, fondato essenzialmente sul *processo d’incoraggiamento empatico*.

Come la “lingua italiana” è lo strumento linguistico di cui ci serviamo per descrivere la “lingua italiana”, la “metapsicologia adleriana” costituisce un’utile miniera da cui possiamo ricavare i principi che potrebbero guidarci nelle riflessioni che ci accingiamo a elaborare sulla “terapia adleriana”.

II. Il tempo

«Ognuna delle manifestazioni vitali – scrive Adler nella *Prefazione a Il temperamento nervoso* – va considerata come il luogo di convergenza del passato, del presente e dell’avvenire, governati da un’idea superiore, direttrice» (3, p. 8). L’unità psicofisica uomo diventa, quindi, un fenomeno prettamente *temporale* nell’ambito di un orientamento dottrinario di tipo fenomenologico, unitario, finalistico che soppianta definitivamente il concetto di “pulsione”: *la pulsione*, assestandosi sul versante oggettivo, deterministico e dualista, rappresenta, secondo Freud, la principale forza motivazionale della vita psichica.

Se riflettiamo sulle caratteristiche del *setting*, anche l’incontro terapeuta-paziente è scandito dalla *dimensione temporale*: il primo paradigma differenziante l’*analisi* dalla *psicoterapia* potrebbe, perciò, essere costituito proprio dalla variabile statistica “tempo”, “prospettiva temporale”, “limiti di tempo”: “Per quanto tempo?”. I limiti temporali, secondo il principio adleriano del *finalismo causale*, in quanto *mèta* e insieme *causa*, potrebbero attivare, infatti, un corrispondente “stile analitico” o un corrispondente “stile psicoterapeutico”.

Per consuetudine *siamo soliti* affermare che un *percorso analitico* è “lungo e faticoso”, perché l’individuazione, l’approfondimento dei dinamismi inconsci e dei loro contenuti, lo smantellamento delle finzioni rafforzate, l’elaborazione di nuovi finalismi sul lato utile, la costruzione, la gestione, il riconoscimento e l’interpretazione del sottile “legame emotivo” che unisce analista e analizzato

e, infine, la tenuta di un rinnovato stile di vita richiedono “molti” anni di “alleanza e di lavoro” da parte della cosiddetta *coppia terapeutica*. Sosteniamo comunemente, invece, che una *psicoterapia*, concentrandosi su singoli aspetti focali dello stile di vita e non approfondendo i suoi dinamismi inconsci, “non” richiede tempi “lungi”.

Nella pratica clinica, però, ci capita di incontrare pazienti che, pur essendo in analisi da diversi anni, non riescono a produrre *libere associazioni*, non portano *sogni*, non “reggono” sul piano emotivo eventuali *interpretazioni di profondità*, per cui, a volte, all’interno del *setting* si finisce col prendere in esame sempre i medesimi nuclei tematici con la netta sensazione “scoraggiante”, soprattutto per il terapeuta, che finisce quindi per assumere valenze iatrogene, di uno *stallo* che, lasciando “i problemi” in *superficie*, nonostante “vari” anni di terapia, non consente di penetrare nelle radici più *nascoste* del *piano di vita inconscio*.

Al contrario, alcuni soggetti sono soliti arricchire le sedute con abbondante materiale immaginifico, con sogni su cui intrecciano con estrema facilità libere associazioni che, nonostante il “breve” percorso temporale del tragitto concordato, offrono al terapeuta interessanti opportunità “analitiche” per interventi interpretativi di *profondità* che, smantellando le finzioni rafforzate, ristrutturano conseguentemente lo stile di vita del paziente. Comprendiamo, così, che la variabile “Per quanto tempo” non offre sufficienti elementi che consentano di definire i confini della “due categorie” terapeutiche.

III. *Psicoterapia di superficie e analisi di profondità: dinamiche conscie/inconscie*

La metapsicologia adleriana prevede come obiettivo comune, sia dell'*analisi* che della *psicoterapia*, la comprensione dello *stile di vita* di un *individuo*: è indispensabile, in entrambi i contesti, perciò, l'individuazione degli *schemi finzionali, inconsci, di appercezione del Sé, dell'altro da Sé, dei rapporti fra Sé e altro da Sé*, di cui il soggetto si è “servito” *creativamente* per elaborare il *piano di vita, la méta inconscia*.

«Il compito principale del pensiero consiste nel prevedere atti e avvenimenti, nel concepire i fini e i mezzi [...]. Grazie a questa anticipazione, la nostra struttura psichica si presenta in primo luogo come un apparecchio di difesa e di attacco [...]. Il bambino ha finito per trovare, fuori di sé, un punto fisso ed unico verso il quale egli tende con tutte le energie della sua crescita psichica. Il bambino ha dunque dovuto tracciarsi una linea d'orientamento, proporsi *un'immagine come guida* [corsivo nostro, N. d. R.] nel labirinto della vita [...]. La sua impotenza e la sua incertezza l'obbligano a vagliare un gran numero di possibilità [...] per gettare un ponte, al di là dell'abisso che lo separa dall'avvenire

pieno di splendore, di potenza, di soddisfazioni di tutti i generi. La costruzione di questo ponte rappresenta il compito più importante del bambino [...]. Come l'idolo formato con l'argilla, [... la mèta finzionale riceve] forza e vita dall'immaginazione umana, e [... influisce a sua volta] sull'anima che li ha creati» (*Ibid.*, pp. 50-51).

Se il fattore "tempo", come si è detto, connota solo in modo *parziale* e in senso certamente *statistico* la differenza fra un rapporto analitico e un rapporto psicoterapeutico, la seconda variabile ipotizzabile, "dinamiche conscie/inconscie", non rappresenta un *forte* indicatore di processo, che permetta alla teoria della tecnica di individuare per entrambi i percorsi terapeutici sufficienti fattori che ne consentano una definizione e, soprattutto, una riproducibilità.

Se partiamo proprio dai fondamenti teorici enunciati dallo stesso Alfred Adler, diventa, come si è già visto, impossibile ricostruire lo *stile di vita* di un paziente, sia che si tratti di analisi sia che si tratti di psicoterapia, senza aver compreso, in linea prioritaria, i suoi *schemi di appercezione fittizi* e, conseguentemente, il suo *piano di vita* che sono entrambi "inconsci". Si commetterebbe, quindi, una scorrettezza epistemologica se soltanto si asserisse che una "psicoterapia adleriana", a differenza di un'"analisi adleriana", approfondisce solo tematiche di "superficie", perché si entrerebbe in contraddizione con i principi dottrinari fondanti su cui si costruisce l'intero sistema adleriano e, di conseguenza, il suo metodo d'indagine e il suo stile terapeutico.

Il modello adleriano è una *psicologia del profondo*, per cui la denominazione "psicoterapia psicodinamica" ci sembra la più corretta e inequivocabile per definire un *percorso psicoterapeutico* di linea individualpsicologica, che non può assolutamente essere di *superficie*.

IV. La "psicoterapia psicodinamica adleriana"

Il termine "dinamico" era comunemente usato fra il 1880 e il 1900, sebbene assumesse una quantità di sfumature e di tonalità semantiche tale da comportare spesso confusione. Il dizionario della *Società francese di filosofia* suggeriva di non servirsene: «La parola dinamico è seducente per il suo aspetto scientifico, ma (specialmente come aggettivo) è una delle monete false che circolano maggiormente nel linguaggio filosofico degli studenti e degli scrittori pseudo-filosofici» (31, p. 246). Il merito di aver introdotto il termine "dinamico" [9] va a Leibniz, che lo coniò in contrapposizione a "statico". Successivamente Herbart lo introdusse in campo psicologico distinguendo gli stati di coscienza in *statici* e *dinamici*. Comte lo utilizzò in sociologia e Fechner, a sostegno del concetto di *energia psichica*, fece riferimento a forze "psicodinamiche". I fi-

siologi francesi si servivano del termine “dinamico” per esprimere il significato di “funzionale” in opposizione a “organico”. Charcot insisteva nel distinguere le paralisi in “organiche” e in “dinamiche”: il secondo gruppo comprendeva le paralisi dovute a isteria, a ipnosi e a traumi psichici. Nel 1897 Aimè elaborò una teoria basata sui principi di Brown-Séguard e della *Scuola di Nancy*, differenziando i disturbi nervosi in “puramente organici”, “puramente dinamici” senza lesioni e in “organodinamici”, le cui condizioni comprendono fattori sia organici che dinamici. Il neurologo Jackson si servì del termine “dinamico” per indicare il “fisiologico” in contrapposizione all’“anatomico”, il “funzionale” in contrapposizione all’“organico”.

Freud, infine, usò abitualmente il termine “psicodinamico” con lo scopo di sottolineare come la sua rivoluzionaria tecnica terapeutica si occupasse soprattutto dei “dinamismi inconsci”. I terapeuti di linea individualpsicologica, ponendosi come obiettivo primario la comprensione dello *stile di vita* e, quindi, degli *schemi di appercezione* e del *piano di vita* del paziente attraverso l’analisi della *costellazione familiare*, dei *primi ricordi* e dei *sogni*, ritengono che proprio la denominazione *psicoterapia psicodinamica adleriana* sia la più adatta a connotare il carattere di *psicologia del profondo* tipico del trattamento.

V. La relazione e il processo d’incoraggiamento empatico

Dopo aver constatato che le variabili “Tempo” e “Dinamiche conscie/inconscie” rappresentano argomentazioni “deboli” a sostegno di una differenza “fra processo analitico” e “processo psicoterapeutico” di linea adleriana, proseguiamo nelle nostre riflessioni e, facendoci sempre guidare dal principio inconfutabile di una costante e mutua influenza interattiva fra “teoria” e “pratica clinica”, prendiamo in considerazione, di conseguenza, un terzo importante tassello da aggiungere alla nostra riflessione: la *relazione*.

Il modello freudiano, in linea con l’*establishment* accademico del XIX secolo, è stato costruito intorno al concetto di *pulsione* [19, 20, 21, 22, 23, 40]. L’*altro da Sé* o, come siamo soliti dire comunemente oggi, le *relazioni oggettuali* hanno, così, l’unica funzione d’inibire, di facilitare la scarica o possono servire da bersaglio: sono *secondari* rispetto alla *primaria* spinta energetica pulsionale.

Il modello pulsionale, in obbedienza ai suoi principi teorici, si basa essenzialmente su una psicologia del *conflitto* e, quindi, dell’*interpretazione*, per cui l’analista freudiano è costretto a mantenere costantemente un freddo atteggiamento di neutrale passività e astinenza, offrendosi come specchio riflettente mai compartecipe sul quale il paziente possa proiettare i suoi *transfert nevrosi*.

tici: il *transfert* assume colorazioni solipsistiche e l'analista si limita a scarni commenti *interpretativi*, che finalizzati all'*insight* risolutorio del conflitto, non si inseriscono mai in una sfera empatica [7, 19, 38, 40]. Ci troviamo di fronte a una psicologia centrata sulla *singola persona*.

Alfred Adler, già nel 1906, negli incontri del mercoledì, con una relazione *Sulle basi organiche delle nevrosi*, e successivamente nel 1912 con *Il temperamento nervoso*, si discosta significativamente dal modello energetico-deterministico-pulsionale. Egli, proponendo concetti apparentemente innocui come *sentimento d'inferiorità*, *aspirazione alla superiorità e aggressività*, introduce in realtà nella sua dottrina forti elementi di natura *relazionale*, ergendosi ad antesignano del modello socioculturale, *bipersonale* della psicologia del profondo.

Il termine "inferiore" trae origine dal latino *inferior*, derivato di *infērus* già provvisto di un sostanziale valore "comparativo", che viene così rinforzato. L'inferiorità è, infatti, relativa alla *com-presenza* dell'altro, alle richieste e alle offerte dell'ambiente, all'interazione di più forze. *Superiore*, allo stesso modo, deriva dal latino *superior*, comparativo "rideterminato" di *supērus*, forma aggettivale di *super*, che già conteneva elementi di opposizione comparativa rispetto alla "base di partenza", *sup*, *sub*, *so(b)*, che indica oltre che *stasi* su una superficie, il *movimento verticale dal basso in alto*, e quindi "più in alto", mentre la forma comparativa, data da *-ter* in *subter*, è composta dal suffisso comparativo *-ter*, in cui *-er* indica *oppositività* di tipo relazionale. *Aggredire*, dal latino *aggrēdi*, composto di *gradi*, "camminare", col prefisso *a(d)* -, connota la direzione per gradi verso qualcosa o qualcuno.

I termini *inferiorità*, *superiorità*, *aggressività*, se analizzati nel loro etimo latino, indicano, rispettivamente, *comparazione* i primi due e *avvicinamento verso, lo star l'uno di fronte all'altro*, il terzo. Passando dai principi epistemici tipici del modello adleriano, di natura esplicitamente *relazionale*, alla pratica clinica e, in particolare, alle problematiche relative alla costruzione del *setting*, verificiamo come un trattamento adleriano non possa essere inteso come una semplice esperienza intellettuale, asetticamente assimilabile a un intervento di tipo chirurgico. Esso costituisce nella sua essenza un evento "ontologico", che coinvolge necessariamente "due persone" in un percorso *comune* che incide sul vissuto esistenziale sia del terapeuta che del paziente.

La *coppia terapeuta-paziente* «costruisce gradatamente un "sovracodice" comunicativo-interattivo, verbale e non verbale, che comprende una *simbologia finzionale*, progressivamente negoziata da entrambe le parti e condivisa/costruita all'interno dell'area d'incontro» (19, p. 78). Si sviluppa, così, un rapporto *duale* di natura creativa e non endopsichica, in cui si soddisfa il bisogno

di abbracciare e di essere abbracciati [7], attraverso il racconto che il paziente fa del proprio mito personale e attraverso la costruzione fittizia, in tempi rallentati e distesi, di una nuova storia, di un nuovo *mito a due*, quello della *coppia creativa* terapeuta-paziente, edificato appunto proprio dalla *relazione* e *sulla relazione* che si è progressivamente sviluppata all'interno del *setting*.

VI. Esperienza emotiva correttiva e interpretazione empatica

Il terapeuta adleriano, attraverso il processo d'incoraggiamento empatico basato sul *contenimento*, prova a condividere l'impenetrabile *logica privata* del paziente, che a sua volta corrompe, in un gioco reciproco di "penetranza", di "contaminazione", di *seduzione* (dal latino *seducere*= portare con sé nei propri territori), la *logica privata* del terapeuta: si origina una "logica comune" condivisa dalla *coppia creativa*.

Il terapeuta può *capire* (dal latino *capere*= capire, comprendere, contenere) il disagio e la disperazione del paziente, «se accetta, in quanto *contenitore*, di assolvere alla funzione di delicato *recettore*: il paziente attraverso il gioco interattivo dei "come se", infatti, insegna al terapeuta a "comprenderlo" empaticamente così come è, obbligandolo a soffrire, almeno temporaneamente, del suo stesso *deficit del Sé* e delle sue stesse ferite» (40, pp. 37-38). Mentre il *controtransfer* per Freud è un evento sempre indesiderabile da controllare o meglio da eliminare, per i terapeuti adleriani diventa uno strumento diagnostico che funge da contrappunto indispensabile per il "contenimento" dei vissuti emotivi che si sviluppano nel caotico mondo affettivo dei pazienti.

La Psicologia Individuale, centrata sulla relazione, sulle inevitabili dinamiche transferali/controtransferali e sul processo d'incoraggiamento, non può concepire il rapporto terapeuta-paziente come un'asettica esperienza cognitivo-razionale. L'*empatia*, che è la capacità di interagire con l'*altro da Sé* «guardando con i suoi occhi, ascoltando con le sue orecchie e vibrando con il suo cuore sotto la spinta del sentimento sociale», rappresenta lo *strumento di lavoro* indispensabile di cui si servono i terapeuti adleriani.

La diade terapeuta-paziente nel *setting* «richiama facilmente la diade originaria madre-bambino: l'attività interpretativa e l'offerta emotiva compartecipe all'interno dell'ambiente di sostegno sono confrontabili, infatti, con l'esperienza nutritiva infantile i cui massimi benefici si traggono a condizione che essa si svolga in un ambiente calmo, amorevole, tranquillizzante» (19, p. 77): gli sguardi, i silenzi, le frasi, le parole, in sintesi gli interventi d'*interpretazione*, se dosati in modo ottimale, diventano *cibo*, *abbraccio avvolgente*, *esperienza emotiva* "nuova", incoraggiante, correttiva del *deficit* originario. In questo sen-

so, riteniamo che in un *setting adleriano* ogni *interpretazione debba, anche, essere empatica*.

In ogni caso, l'*esperienza emotiva nuova*, compartecipe offerta proprio dal *controtransfert* incoraggiante “primario” del terapeuta adleriano, va considerata la *precondizione* che rende possibile, ma solo in un momento successivo, l'*interpretazione empatica delle finzioni rafforzate*, la *comprensione*, l'*insight* e, quindi, il *cambiamento*, il tutto attraverso una circolarità dialettica, flessibile e individualizzata oscillante fra “esperienza emotiva materna correttiva” delle ferite primitive, da un lato, e “sostegno paterno interpretativo” in grado di smantellare le finzioni rafforzate, dall'altro: la *sintesi esperienza emotiva correttiva e interpretazione empatica* agevola nel paziente la conseguente costruzione creativa di nuovi *schemi finzionali affettivo-emotivo-cognitivi* sul lato utile della vita e, quindi, il cambiamento.

VII. *Il caso di Luca e l'analisi*

Un paziente in cura di nome Luca un giorno mi dice: «Venire da lei è come andare in palestra, dove ci sono vari attrezzi di cui mi servo per rinforzare i muscoli delle gambe, delle braccia, delle spalle, per cui mi muovo continuamente, scelgo quali esercizi fare, avendo la possibilità di avvicinarmi e di allontanarmi da uno o dall'altro attrezzo».

Se Luca, perfezionista, ordinatissimo, affetto da gravi sintomi ossessivo-compulsivi con coazione a lavarsi le mani e a compiere complessi rituali di decontaminazione dal “diverso da Sé”, ha bisogno di rinforzare i muscoli dell’“accettazione” da parte di se stesso e da parte degli altri della propria imperfezione, negativizzata da un padre eccessivamente ipercritico, ecco che durante una seduta mi descrive provocatoriamente il “disordine” che regna nella sua stanza, io sorrido spontaneamente, quasi divertito: lui, stupito e “contagiato” dalla mia inaspettata risata, mi accompagna nella risata e si sente autorizzato a continuare a fare il “buffone” accentuando la descrizione del “disordine”, come se volesse cristallizzare il mio sorriso, la mia “ammirazione” che lo libera da intollerabili vissuti di colpa.

Se, invece, Luca ha bisogno di rinforzare i muscoli del sentirsi “contenuti” e protetti da una figura positiva, forte, potente e buona da poter “idealizzare”, in un'altra seduta, indaga con interesse e adorazione sul mio lavoro, sulle mie ricerche, su un convegno a cui eventualmente devo partecipare. È proprio all'interno dell'area d'incontro che può essere attivato quel cambiamento strutturale del Sé fondato sulla restituzione al *Sé creativo* del paziente della possibilità di elaborare nuove e più feconde attribuzioni di significato, sul lato utile della vita, agli *schemi finzionali* costruiti nel corso dell'esperienza passata.

Luca sta effettuando un percorso già quadriennale; i primi due anni prevedevano incontri bisettimanali. I movimenti reciproci di avvicinamento o di allontanamento sono estremamente intensi, ma lenti, distesi, orientati in qualsiasi tipo di direzione, oggetto di continue discussioni e di costanti interpretazioni "selettive". Se è vero che «incoraggiare significa saper "danzare" in perfetta sintonia col paziente senza pestargli i piedi» (16, p. 104), nel caso di Luca è l'intensità del *legame affettivo* a consentirgli un percorso terapeutico così lungo e impegnativo.

La metodologia di lavoro si fonda essenzialmente sulla relazione, sulla comunicazione, sui silenzi creativi, ma soprattutto sull'*esperienza emotiva correttiva* del deficit di base e dei confini di un Sé non sufficientemente coeso, la quale assume, come si è descritto precedentemente, una funzione *primaria* rispetto all'*interpretazione empatica*, sicuramente "selettiva" delle finzioni rafforzate e dei giochi "come se" transferali/controltransferali. Arrivati a questo punto, ci chiediamo se il trattamento di Luca segua i canoni di un intervento "analitico" o "psicoterapeutico".

Se riteniamo che Luca stia effettuando un *trattamento di tipo analitico*, dobbiamo, conseguentemente, dedurre che in una *psicoterapia psicodinamica adleriana* debba, al contrario, prevalere l'*interpretazione* che rappresenta un passaggio irrinunciabile per lo smantellamento delle *finzioni rafforzate* che sostengono il piano di vita.

VIII. La metodologia di lavoro e il cambiamento

Dopo aver verificato la debolezza delle variabili "Per quanto tempo?", "Dinamiche conscie/inconscie", ci domandiamo, infine, in che misura la "metodologia di lavoro" collocabile lungo l'asse *esperienza emotiva correttiva/interpretazione empatica* possa differenziare un percorso analitico da una psicoterapia psicodinamica.

In un trattamento di *psicoterapia psicodinamica adleriana*, siamo soliti dire che i limiti di *tempo*, relativi alla durata complessiva del trattamento, sono statisticamente più angusti (difficilmente sono superati i due anni), che gli incontri sono generalmente più diluiti nel tempo, per cui i dinamismi *transferali-controltransferali* relativi alla *relazione* terapeuta/paziente si sviluppano con un'intensità emotiva non sufficientemente vigorosa e tale da consentire interpretazioni di profondità. Il *cambiamento*, infine, riguarda solo qualche *focus* e non l'intera struttura dello stile di vita.

In alcune psicoterapie di *breve* durata il paziente, però, conclude il trattamento riconoscendo che i progressi, il cambiamento e la scomparsa del *sintomo* sono

da attribuire proprio alla *relazione terapeutica*, che egli stesso definisce intensa, salvifica, significativa, incoraggiante, “correttiva” diremmo noi. Il terapeuta sa perfettamente che non sono state approfondite le dinamiche transferali-controtransferali di idealizzazione/svalutazione, né sono stati compresi pienamente dal paziente le *finzioni rafforzate* inconscie che sostengono il suo *stile di vita*, sebbene, essendo scomparsa la sintomatologia, egli “stia bene”.

In questi casi, l'*esperienza emotiva nuova*, offerta dal rapporto terapeutico, seppure breve e non suscettibile d'interpretazioni di profondità, ha avuto un peso maggiore rispetto all'*interpretazione*, generando un “cambiamento”, sul piano degli *schemi affettivo-emotivi inconsci*, molto più radicale rispetto a quello riscontrabile in alcuni “percorsi analitici interminabili”.

Anche l'esame delle variabili “Dinamiche conscie/inconscie” e “Cambiamento” ha dimostrato come il nostro tentativo di trovare comodi criteri classificatori differenzianti l'*analisi* dalla *psicoterapia psicodinamica* ci costringa a ricorrere a forzature teoriche, a *finzioni d'uso*, che se si rivelano utili in un primo momento, in quanto ci permettono di sviluppare la nostra ipotesi di ricerca, non risultano, in realtà, suscettibili di verificabilità nella pratica clinica, in cui non possiamo non constatare, invece, come ogni percorso terapeutico sia difficilmente catalogabile attraverso *schemi fittizi* rigidamente precostituiti: come tutte le *finzioni*, le variabili da noi prese in considerazioni rappresentano, infatti, semplici *costrutti ausiliari, impalcature* che possiamo demolire e abbandonare quando non risultano più utili [3, 6].

IX. La terapia adleriana come processo artistico

“Per quanto tempo?”, “Dinamiche conscie/inconscie”, “Esperienza emotiva correttiva/interpretazione”, “Cambiamento”, in quanto *finzioni d'uso* possono sicuramente aiutarci a *pre-definire* i contorni di un viaggio terapeutico, ma come tutte le *finzioni* debbono, al momento opportuno, esser abbandonate e sostituite da altre più “utili”.

In ogni caso, l'incontro terapeutico costituisce sempre *un evento* che si sviluppa nel *tempo* con la costruzione di una *storia a due* che segue un itinerario unico, irripetibile, creativamente e finalisticamente orientato, nel corso del quale la *coppia creativa* si evolve, tessendo come nell'“arte del ricamo”, con vari livelli di profondità, una trama narrativa più o meno fitta e intricata, caratterizzata da nodi, da intrecci, a maglie larghe e strette, da disegni e da decorazioni, effettuati con punti che possono creare, grazie a sottilissimi fili, quasi invisibili, elegantissimi giochi di chiaroscuro, che costituiscono autentiche opere d'arte la cui fattura, che implica esperienza e maestria, richiede anni di faticosissima applicazione.

Pur nell'ambito di un medesimo modello dottrinario, la *psicoterapia psicodinamica adleriana*, per rimanere nella metafora, è un ricamo semplice, monocromatico, ma elegante; l'*analisi adleriana*, invece, è quasi una pittura ad ago e a filo, che riesce a creare un arabesco impreziosito da mille decorazioni, da magici effetti chiaroscurali, da intagli e da infiniti motivi resi in un delicato gioco d'ombre cinesi. La strada analitica e la strada psicoterapeutica, solo in questo senso, sembrano imboccare percorsi differenziati, pur nell'ambito di uno stesso sistema dottrinario.

In ogni caso, sia che si tratti di *analisi* sia che si tratti di *psicoterapia psicodinamica*, la Psicologia Individuale è sempre, come scrive Adler ne *Il temperamento nervoso*, «un'arte e lo psicologo vero è soprattutto un artista» (3, p. 288).

Bibliografia

1. ACCOMAZZO, R., RECROSIO, L. (1990), Il concetto di setting in psicoterapia analitica, *Indiv. Psychol. Doss. II*, SAIGA, Torino.
2. ADLER, A. (1908), Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose, tr. it. La pulsione aggressiva nella vita e nella nevrosi, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 5-14.
3. ADLER, A. (1912), *Über der nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
4. ADLER, A. (1913), Individualpsychologische Behandlung der Neurosen, in SARASON, D. (a cura di), *Jahreskurse für ärztliche Fortbildung*, Lehmann, München.
5. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
6. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
7. COPPI, P. (1998), Finzioni e controfinzioni della relazione individualpsicologica: osservazioni su un caso clinico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 43: 31-40.
8. CREMERIUS, J. (1979), Gibt es zwei psychoanalytische Techniken?, *Psyche*, 32: 577-599.
9. ELLENBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino 1976.
10. FASSINO, S. (1984), Per una teoria individualpsicologica delle relazioni endopsichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 38-58.
11. FASSINO, S. (1988), Sentimento sociale e sé creativo: il gruppo e l'individuo, *Indiv. Psychol. Doss. I*, SAIGA, Torino.
12. FERRERO, A. (1988), Riflessioni per una teoria del conflitto nell'ambito della Psicologia Individuale, in PETRELLA, F. (a cura di), *Modelli e tecniche in psicoterapia*, CSE, Torino.
13. FERRERO, A. (1995), *Insula dulcamara. Studi di psicologia e psichiatria dinamica*, CSE, Torino.

14. FERRERO, A. (1999), Regole tecniche ed esperienza del Sé nella formazione di analisti e psicoterapeuti, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Tradizione e cambiamento*, CSE, Torino.
15. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
16. FERRIGNO, G. (1985), Tecniche comunicative verbali e non verbali per una conversazione analitica incoraggiante, *Riv. Psicol. Indiv.*, 28-29: 99-111.
17. FERRIGNO, G. (1994), Interdisciplinarietà, linguaggi alternativi e comunicazione come incoraggiamento nella Scuola Media dell'obbligo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 36: 17-36.
18. FERRIGNO, G. (1996), Riflessioni interdisciplinari sul sogno, *Riv. Psicol. Indiv.*, 39: 15-41.
19. FERRIGNO, G. (2000), Il "controtransfert" fra impotenza e onnipotenza, *Atti 7° Congr. Naz. SIPI, «Il complesso di inferiorità della psicoterapia»*, Torino 23-24 ottobre 1998.
20. FERRIGNO, G., CANZANO, C., MANZOTTI, G., MARASCO, E. (1998), Alfred Adler il mercoledì sera in casa Freud (parte prima), *Riv. Psicol. Indiv.*, 44: 7-22.
21. FERRIGNO, G., CANZANO, C., MANZOTTI, G., MARASCO, E. (1998), Alfred Adler il mercoledì sera in casa Freud (parte seconda), *Riv. Psicol. Indiv.*, 45: 7-19.
22. FERRIGNO, G., CANZANO, C., COPPI, P., MANZOTTI, G., MARASCO, E. (1999), Alfred Adler il mercoledì sera in casa Freud (parte terza), *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 5-26.
23. FERRIGNO, G., CANZANO, C., MANZOTTI, G., MARASCO, E., VOLPI, C. (1999), Alfred Adler il mercoledì sera in casa Freud (parte quarta), *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 5-20.
24. FREUD, S. (1912), *Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung*, tr. it. *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, in *Opere*, vol. VI, Boringhieri, Torino 1974.
25. FREUD, S. (1913), *Weitere Ratschlä zur Technik der Psychoanalyse. Zur Einleitung der Behandlung*, tr. it. *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi*, in *Opere*, Vol. VII, Boringhieri, Torino 1974.
26. GABBARD, G. O. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-IV Edition*, tr. it. *Psichiatria psicodinamica. Nuova edizione basata sul DSM-IV*, Cortina, Milano 1995.
27. GIOVACCHINI, P. L. (1989), *Countertransference. Triumphs and Catastrophes*, tr. it. *Trionfi e catastrofi del controtransfert*, Armando, Roma 1997.
28. JACOBS, T. J. (1990), The Corrective Emotional Experience - Its Place in Current Technique, *Psychoanalytic Inquiry*, 10: 433-454.
29. KERNBERG, O. (1975), *Borderline Condition and Patological Narcissism*, tr. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Bollati Boringhieri, Torino 1978.
30. KRUTTKE RÜPING, M. (1986), Transfert, controtransfert e resistenza, *Indiv. Psychol. Doss. II*, SAIGA, Torino 1990.
31. LALANDE, A. (a cura di, 1947), *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, PUF, Parigi.
32. LAVAGETTO, M. (a cura di, 1998), *Palinsesti freudiani. Arte, letteratura e linguaggio nei Verbali della Società psicoanalitica di Vienna, 1906-1918*, Bollati Boringhieri, Torino.

33. LOUIS HOFFMAN, L. (1982), L'incontro del terapeuta con se stesso, *Indiv. Psychol. Doss. II*, SAIGA, Torino 1990.
34. NUNBERG, H., FEDERN, E. (a cura di, 1962), *Dibattiti della società psicoanalitica di Vienna, 1906-1908*, Boringhieri, Torino 1973.
35. OGDEN, T. (1982), *Projective Identification: Psychotherapeutic Technique*, Jason Aronson, New York.
36. PAGANI, P. L. (1993), Subdole resistenze. Interpretazione esemplificativa d'un sogno, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9.
37. PAGANI, P. L. (1997), *Il caso della signora B. Dialoghi adleriani*, Quad. Riv. Psicol. Indiv., Milano.
38. PAGANI, P. L., COPPI, P. (1997), Memorie e oblio: funzioni e finzioni del pensiero antitetico, *Atti VI Congr. Naz. SIPI, «Il tempo e la memoria»*, Massa 1995.
39. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1997), L'immaginario fra presente, passato e futuro e la costanza dello stile di vita, *Atti VI Congr. Naz. SIPI, «Il tempo e la memoria»*, Massa 1995.
40. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel setting adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-42.
41. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
42. RACKER, H. (1968), *Transference and Countertransference*, International Universities, New York.
43. ROVERA, G. G. (1964), *Considerazioni logico-formali sugli aspetti prescrittivi in psicoterapia*, Silvestrelli e Cappelletto, Torino.
44. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
45. ROVERA, G. G., FASSINO, S., ANGELINI, G. (1977), Prospettive interdisciplinari e interanalitiche in psicoterapia, *Min. Psych.*, 18, 4: 167-174.
46. ROVERA, G. G., FERRERO, A. (1983), A proposito di interpretazione e comunicazione in psicoterapia, in ROSSI, R. (a cura di), *Linguaggio e comunicazione in psicoterapia*, M. S., Torino.
47. SEARLES, H. F. (1979), *Countertransference and Related Subjects*, tr. it. *Il controtransfert*, Bollati Boringhieri, Torino 1994.
48. WINNICOTT, D. W. (1949), Hate in the Countertransference, *Intern. Journal of Psychoanal.*, 30: 61-74.

Ferrigno Giuseppe
Via della Marna, 3
I-20161 Milano