

L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione

ANDREA FERRERO

Summary – ANALYSIS AND PSYCHODINAMIC PSYCHOTHERAPY ACCORDING TO INDIVIDUAL PSYCHOLOGY: WAYS FOR A DISCUSSION. The reconstruction tries to define the borders among analytical process and psychodynamic psychotherapies according to the Individual Psychology, analyzing some dichotomies in the theory of the analytical and psychotherapeutic technique. Some proposals are finally made to define the analytical and psychotherapeutic trial in the Individual Psychology.

Keywords: ANALYSIS, PSYCHODINAMIC PSYCHOTHERAPY, INDIVIDUAL PSYCHOLOGY

I. Premessa

Cercare di definire, se esiste, una qualità particolare del processo analitico e delle psicoterapie psicodinamiche secondo la Psicologia Individuale riveste una crescente importanza nei confronti di chi si sottopone al trattamento e per l'identità stessa dei terapeuti. Si tratta di comprendere se un certo numero di fattori può essere correlato ai risultati ottenuti, in termini di sintomatologia clinica, di funzionamento di personalità o di abilità sociali.

All'interno delle associazioni adleriane, come delle altre scuole psicodinamiche, si è sviluppato da sempre un ampio dibattito sull'argomento, ma non esiste una vasta e consolidata tradizione di studi controllati sui trattamenti psicoterapeutici. Vi sono, infatti, rilevanti problemi metodologici ed epistemologici legati a molti concetti psicodinamici, primo tra tutti, il significato dell'inconscio.

Tuttavia i pazienti, le organizzazioni della sanità e la comunità scientifica richiedono sempre più consapevolmente che le psicoterapie seguano criteri comprovati di efficacia e di competenza tecnica, che permettano di evidenziare anche alcuni fattori predittivi di successo che orientino le indicazioni al trattamento. Probabilmente, in un prossimo futuro, saranno riconosciute solo le psicoterapie che potranno fare riferimento a *trials* che utilizzano una corretta me-

toologia di ricerca. Il tentativo di evidenziare degli indicatori di processo, che permetta alla teoria della tecnica di indicare un percorso psicoterapeutico sufficientemente definito e riproducibile, è intimamente connesso con la definizione coerente di altri livelli della teoria.

In termini di inquadramento generale, partirò dal presupposto (che non è per niente scontato all'interno dell'*International Association of Individual Psychology*, specie negli USA) che la Psicologia Individuale faccia parte delle cosiddette "psicologie del profondo" (Psicoanalisi, Psicologia Analitica, Psicologia dell'Io e del Sé e altre), in particolare secondo le prospettive analitiche che sottolineano gli aspetti interpersonali, intersoggettivi e transculturali del trattamento. Per questo aspetto sposterò, dunque, la tesi espressa da Ringel, citato da Schmidt [45, 46], secondo cui la *Psicologia Individuale di Alfred Adler apparteneva alla tradizione, faceva parte della "tempesta della Psicoanalisi", le sue radici erano lì*, anche se bisogna considerare che la metapsicologia adleriana si fonda su basi autonome e differenti da quella di Freud. Piuttosto, l'impostazione della Psicologia Individuale sembra aver percorso alcuni degli sviluppi psicoanalitici odierni.

Rispetto alla teoria generale, accennerò solo a un punto, riprendendo la distinzione sottolineata a suo tempo da Ansbacher [5] tra "metodo analitico" e "teorie analitiche": il primo si riferisce a cosa si osserva nel *setting* e alle modalità dell'osservazione; le seconde a come vengono ordinati i dati raccolti. Questa distinzione servirà da traccia per ripercorrere la storia delle definizioni che sono state proposte per capire in cosa consista lo "specifico analitico" e per definire dei margini non equivoci di confronto tra quelle elaborate dagli psicologi individuali e quelle che provengono dagli analisti di altre scuole.

Se vengono, infatti, definite alcune basi coerenti del "metodo analitico", è possibile che ogni teoria possa mutuare dall'altra quei contributi innovativi che riporterà coerenti con il proprio impianto teorico o rimettersi proficuamente in discussione. Come aveva scritto Kausen [27], ciò che non vogliamo, infatti, è una visione unilaterale, pietrificata dall'ortodossia.

II. Alcune dicotomie nella teoria della tecnica analitica e psicoterapeutica

Adler dà una definizione del "metodo analitico" nel 1910 nella sua relazione introduttiva alla riunione della Società Psicoanalitica Viennese [5]. Egli sostiene riassuntivamente che:

1. vi è un significato nel meccanismo inconscio (*simbolico-finzionale*) che sottende i fenomeni psichici nei sani e nei malati, rispetto a cui:
2. è importante rintracciare la fonte del materiale psichico e seguirne le fasi dell'evoluzione (*continuità della vita psichica – punto di vista genetico*);
3. i rapporti intrapsichici tra i vari bisogni e le istanze della psiche e, inoltre, i rapporti tra mondo interno e mondo esterno determinano la dinamica delle *manifestazioni compensatorie* che strutturano la psiche (*punto di vista dinamico*);

4. il riconoscimento del materiale avviene attraverso le *comunicazioni* del paziente (significato inconscio semplice e ipercomplessa *rielaborazione* cosciente), anche attraverso l'arte di annullare i corsi personali del proprio pensiero (*controtransfert*), di farsi guidare dalla vita psicoaffettiva (*organizzazione di personalità*) del paziente attraverso la raffinatezza e la sensibilità psicologica (*empatia*).

Il "metodo psicoanalitico", per come viene definito da Adler, permette di ri-considerare alcune dicotomie presenti nelle varie teorie della tecnica che si sono contrapposte in ambito psicoanalitico. La prima si riferisce alla contrapposizione, per come l'ha definita Migone [32], tra *comprensione* e *attaccamento* come fattore curativo specifico, oppure tra *terapia conoscitiva* e *terapia dell'esperienza emotiva correttiva*, per come l'ha definita Cremerius [9]. Questa contrapposizione è stata significativa per lo sviluppo della teoria della tecnica sia per quanto riguarda la Psicoanalisi che la Psicologia Individuale [29].

Secondo i fautori della comprensione, sono soprattutto i fattori cognitivi (spiegazione, istruzione, educazione) che promuovono l'*insight* rispetto al mondo simbolico, la cui ricerca Adler pose al primo punto di ciò che definì come metodo specifico dell'analisi e delle psicoterapie orientate in senso psicodinamico.

L'elemento tecnico caratterizzante la relazione è dunque l'*interpretazione*, classicamente intesa come un intervento che comunica un'informazione, ovvero rivela un contenuto nascosto, solleva le barriere della rimozione, spostando, conseguentemente, l'equilibrio interno delle dinamiche psichiche e riavviando un processo evolutivo bloccato, il che comporta [18]:

1. una visione riduttiva del simbolico, visto in chiave quasi esclusivamente intrapsichica nella Psicoanalisi classica, visto in una chiave quasi esclusivamente relazionale della *volontà di potenza* e del *sentimento sociale* in Psicologia Individuale;
2. una visione subordinata del simbolo/inconscio rispetto al segno/coscienza per cui, secondo Freud [21], dove era l'Es dovrà esserci l'Io oppure, secondo Adler [3], lo *schema appercettivo* dovrà essere individuato e smascherato perché è immaturo;
3. dunque, una visione del simbolico come inadeguata/immaturo/patologica rispetto alla verità del segno.

Ne deriva una concezione dell'agente terapeutico come correlato a eventi di natura eminentemente esplicativa.

Per i fautori dell'*attaccamento*, l'illusione, secondo cui acquisire una maggiore conoscenza verbalizzabile costituisca l'essenza della guarigione psicoanalitica, è più ingenua delle concezioni sulla guarigione attraverso l'amore e la buona disposizione [28]. Ne deriva che l'interpretazione fa sentire qualcosa di nuovo attraverso l'interesse e la comprensione. L'elemento tecnico caratterizzante è dunque l'*incoraggiamento empatico*, per cui l'*insight* del significato sarebbe facilitato da un'empatia artistica e intuitiva [3].

Nella storia della Psicoanalisi si annoverano, come fautori della comprensione, gli analisti che più difesero l'*interpretazione* come fattore discriminante tra l'esplicitazione e la manipolazione della relazione e del *transfert*: tra i più significativi per i loro contributi teorici, ricordiamo Eissler, Segal, Glover, Fenichel, Greenson e, più di recente, Kernberg. In quella della Psicologia Individuale, all'opposto, le sottolineature degli aspetti cognitivi ebbero la tendenza a coniugarsi con le tecniche di modificazione del comportamento in ossequio alla "vocazione psicopedagogica" della psicologia adleriana: pensiamo, per esempio, all'opera di Dreikurs e dei suoi seguaci, che hanno profondamente influenzato la Psicologia Individuale oltre oceano, e, in Europa, a Louis e a Canziani. Proprio sul terreno dell'*interpretazione* e del *transfert* si allargò dunque il solco, per un certo periodo di tempo che va dal 1940 al 1970 circa, tra gli psicoanalisti e gli psicologi individuali. Per contro, la posizione di Ringel all'interno della tradizione adleriana si può collocare, invece, come sostanzialmente vicina alla psicoanalisi classica come terapia conoscitiva, quando sostiene che senza *regressione* non vi è *transfert*, senza *transfert* non vi è *nevrosi di transfert*, senza *analisi della nevrosi di transfert* non vi è *guarigione* [36].

Altri psicologi individuali, specie di lingua tedesca, possono essere annoverati tra i fautori delle teorie dell'attaccamento: ricordiamo Antoch, Porep e Heisterkamp. Sotto questo aspetto, in Psicoanalisi, fondamentale è l'opera, tra gli altri, di Alexander, a cui si deve, per l'appunto il concetto di *esperienza emotiva correttiva*, e di Bowlby, che descrisse le dinamiche di costruzione e rottura dei legami affettivi, a partire dalle prime "rivoluzionarie" considerazioni di Ferenczi, di Strachey e di Bibring e fino ai contributi più recenti di Gunderson, Luborsky e del già citato Kohut.

Proprio gli studi clinici di quest'ultimo, che hanno posto in evidenza le carenze delle relazioni significative primarie, specie nei futuri pazienti affetti da gravi disturbi di personalità, ci permettono di evidenziare una seconda grande dicotomia all'interno delle "teorie analitiche": essa si riferisce al secondo e al terzo punto del "metodo analitico", secondo la definizione che ne diede Adler, e ha come oggetto la teoria della clinica.

In chiave di psicologia evolutiva e di psicopatologia si contrappongono, infatti, alle tradizionali *teorie del conflitto*, secondo cui i sintomi vengono fatti risalire a caratteristiche configurazioni e regolazioni di bisogni o tendenze, specie istintuali, le *teorie del difetto*, per cui il futuro paziente non ha potuto sperimentare, fin dalle fasi più precoci della vita, adeguate capacità di cura, *holding* o *rêverie* da parte delle figure parentali. Per quanto riguarda l'importanza del *sentimento sociale* in rapporto allo sviluppo dell'autostima e all'identità ricordiamo, in Psicologia Individuale, i contributi molto significativi di Schmidt sulla regressione creativa [46], di Shulman [48] e di Fassino [12,13] sulla costruzione del Sé.

Una terza e più recente dicotomia delle "teorie analitiche" si riferisce, infine, al quarto punto dell'enunciato di Adler sul "metodo analitico" e riguarda le

polarità espressive o supportive a cui possono fare riferimento gli elementi di teoria della tecnica di una psicoterapia a indirizzo psicodinamico o di un'analisi. Lo schema concettuale e terminologico fa riferimento al noto *Menninger Clinic Treatment Intervention Project*. Secondo questo protocollo di ricerca, gli interventi del terapeuta possono essere divisi in sette categorie lungo un continuum. All'estremo *espressivo* si trova l'*interpretazione* e, via via verso il polo *supportivo*, vengono considerati la *confrontazione* (o *confronto*), la *chiarificazione*, l'*incoraggiamento a elaborare*, la *convalidazione empatica*, i *consigli* e gli *elogi*, la *conferma*.

Il presupposto di fondo è che ogni *psicoterapia psicodinamica* contenga tutti questi elementi dentro di sé [23], ma che si possano distinguere interventi prevalentemente *espressivi* o *supportivi* a seconda della tecnica utilizzata, secondo il principio «Sii espressivo quanto puoi e supportivo quanto devi» (51, p. 688), che tende a stabilire una precisa gerarchia preferenziale in favore dei primi. Per la verità, si ritiene che, tanto più la patologia in oggetto possa avere radici difettali, tanto più supportivo dovrà presumibilmente essere l'intervento e viceversa.

Questa dicotomia teorica, per quanto stemperata lungo l'asse di un *continuum*, sembra, quindi, strettamente collegata, per certi aspetti, alle diverse concezioni psicopatologiche che, di volta in volta, guidano la comprensione della situazione clinica.

III. *Proposte per una definizione del processo analitico e psicoterapeutico in Psicologia Individuale*

Riprenderò ora i punti controversi che ho ricordato, con un duplice intento. Il primo è quello di mostrare come le distinzioni dicotomiche che hanno caratterizzato la teoria della clinica e la teoria della tecnica in Psicoanalisi e in Psicologia Individuale non abbiano reale fondamento e non servano, perciò, in qualunque di queste prospettive ci si voglia riconoscere, a caratterizzare lo specifico del trattamento orientato in senso psicodinamico. Il secondo è il tentativo di proporre alcuni enunciati definitivi che traducano in termini teorici aggiornati l'enunciato adleriano originario del "metodo analitico".

Per quanto riguarda l'approccio al simbolico, che viene definito all'interno della Psicologia Individuale all'interno della teoria generale delle finzioni, e al significato dell'interpretazione, propongo di considerare come quest'ultima possa promuovere, in quanto evento espressivo, «un'interazione sia cognitiva che emotiva tra 1) vari aspetti separati (rimossi/scissi) della psiche del soggetto adombrati da simboli; 2) contestualmente, la posizione relazionale dell'analista e dell'analizzando» (21, p. 215).

Il simbolismo inconscio, per la Psicologia Individuale, contiene sia l'*autoinganno* del soggetto che accoglie in modo unilaterale ciò che si armonizza con

il proprio *stile di vita*, sia il correttivo delle tendenze sclerotizzate della coscienza. Adler sostiene che esso è espressione dello stile di vita in quanto esprime i collegamenti soggettivi più profondi che ognuno vuole assegnare alle proprie esperienze passate in funzione dello stato d'animo del presente e di ciò che si aspetta dal futuro.

Le espressioni simboliche hanno, inoltre, un significato relazionale e sono anche riferite a un insieme di valori sociali, perché il mondo intrapsichico dell'individuo si situa all'interno di un ambiente dotato di preesistenti riferimenti culturali e normativi [39].

Non vi è, inoltre, una rigida contrapposizione tra coscienza e inconscio dal momento che sono entrambi parte dello stile di vita dell'individuo: le espressioni simboliche dell'individuo sono, per l'appunto, considerate come parte del vincolo o dell'impossibilità a esprimere diversamente alcuni vissuti, anche in relazione ai precoci "moduli di legame" [40] interiorizzati.

Al mondo delle *finzioni* si connettono gli elementi progettuali e creativi dell'individuo, secondo le teorizzazioni adleriane del *Sé creativo*. Si tratta, direbbe Jung [21], di fornire all'analizzando la "funzione trascendente" per eliminare le barriere tra conscio e inconscio.

Se, dunque, il simbolo può essere inteso come fantasia creativa, l'interpretazione rappresenta un processo creativo duale secondo cui ciò che l'analista legge e propone dietro il contenuto espresso dal paziente viene, poi, da questi reinterpretato. Abbiamo, a suo tempo, definito questo evento come circolare, al contempo intrapsichico e relazionale, di disconnessione e riconnessione di significati, con il termine di "manuale di traduzione" [42].

L'interpretazione, se si connota, dunque, come attività di ricerca svolta insieme al paziente e se deve essere considerata un evento comunicativo complesso, non può risultare antitetica all'incoraggiamento: la comprensione non esclude l'attaccamento, anzi lo prevede. Lo *spazio relazionale* è correlato allo *spazio interiore*, perché vi possa essere un *insight* [10].

Ha scritto la Louis Hoffmann che «la pratica richiede di continuo al terapeuta non solo di fornire interpretazioni al paziente, ma anche di affinare le sensazioni circa il proprio personale atteggiamento più utile per aiutare il paziente in quel dato momento» (30, p. 153).

Come possiamo dunque intendere un *processo di incoraggiamento* che non sia riferito solo a determinati schemi cognitivi e non discenda da un atteggiamento genericamente amorevole o prescrittivo? Come può l'incoraggiamento essere funzione dell'accesso al mondo simbolico?

Alcune indicazioni sono presenti in uno dei primi lavori di Adler [3], quando asserisce che la scoperta dello stile di vita nevrotico è, per il paziente, il fattore

più importante della terapia. La ragione di questa considerazione risiede nel fatto che, nella sua interezza, esso può essere mantenuto intatto solo se il paziente riesce a sottrarlo alla critica e alla comprensione. Secondo Adler [4], ciò renderebbe ragione di come l'efficacia mutativa dell'interpretazione sia correlata all'aver ripercorso il mondo simbolico seguendo la stessa strada utilizzata dal paziente. In questo atto di accompagnamento e di fiducia del terapeuta a ripercorrere le esperienze, spesso le più dolorose, del paziente sta una delle funzioni analitiche dell'incoraggiamento verso il mondo intrapsichico del soggetto: è l'invito a un nuovo e creativo incontro con il *deficit* [47], con l'inferiorità.

Si tratta, come ha rimarcato Fassino [12], di un processo attivo, contrassegnato dall'intento di ricevere la comunicazione di un'altra persona, decodificando le sue emozioni e le sue espressioni simboliche più significative.

Prosegue Adler [3] dicendo che, mentre ciò accade, il rapporto tra il terapeuta e il paziente impedisce che si sviluppi un sentimento di sconfitta, che promuoverebbe nuove resistenze all'*insight*. Ma il terapeuta, come il paziente, è anch'egli sotto l'impressione di un "come se": tutti noi siamo guidati dalle finzioni, annotano Bruder e Bruder Bezzel [7] e la terapia non è la distruzione delle finzioni, ma l'apertura delle sue pieghe. Il paziente è indotto, quindi, ad adottare nuove "immagini-guida" [2] che potranno sostituire o anche solo, proficuamente, affiancare le precedenti, trasformando in potenzialità progressive la regressione.

Rovera [38] ha sostenuto che il coraggio costituisce una spinta creativa al di là di una data condizione psichica e non può essere disgiunto da un buon assetto difensivo del soggetto. Questo sguardo al-di-là, all'altro da sé è, dunque, funzione anche del sentimento sociale in quanto istanza anti-omeostatica, laddove la temerarietà sembra afferire solamente alla volontà di potenza. Il processo di incoraggiamento in terapia non va dunque disgiunto dalla comprensione di quello che Racamier [35] ha definito l'equilibrio narcisistico del paziente: non va intaccato da un lato se non viene sostenuto dall'altro.

Queste ultime considerazioni ci introducono, dunque, alla seconda controversia teorica che abbiamo considerato. È in gioco, infatti, la natura degli eventi che hanno prodotto e continuano a mantenere la fragilità o la patologia del paziente. In Psicologia Individuale non vi è però necessità di un'opzione psicopatologica disgiuntiva tra le ipotesi psicodinamiche del conflitto e quelle del difetto. Coerentemente con il secondo enunciato del "metodo analitico", Adler [4] sostiene che paragonare il quadro della patologia attuale a una condizione psicologica della prima infanzia vuol dire che i fondamenti psicologici della sintomatologia sono presi in prestito dalla prima infanzia, ma che su certi fenomeni si è sovrapposta per anni una sovrastruttura complessa, precisamente la patologia specifica, inaccessibile fintantoché non se ne modificano le basi. Sui reciproci rapporti tra psicologia del conflitto e psicologia del Sé secondo la Psicologia Individuale, rimando ad alcuni miei precedenti lavori [14, 15, 16] che recepiscono, tra gli altri, gli importanti contributi di Tenbrink [49, 50] sul

conflitto intrapsichico e sulla distinzione tra i disturbi da disfunzione della struttura primaria del sé e quelli da disregolazione delle funzioni compensatorie del sé.

In accordo con il terzo enunciato del “metodo analitico” di Adler, nella psicopatologia della Psicologia Individuale ha, per l'appunto, un grande risalto il concetto di compensazione (o *coping* in senso psicodinamico). Esso permette di comprendere, tra il resto, come l'individuo risponda non solo alle minacce inferiorizzanti che provengono dall'ambiente, ma anche alle difficoltà a mentalizzare il vissuto corporeo in condizioni di alterazioni biologiche predisponenti a un determinato disturbo psichiatrico (si pensi ad esempio alle psicosi).

Le considerevoli differenze tecniche di conduzione dell'intervento in Psicoanalisi, in accordo con una teoria della clinica che poggia maggiormente sulle ipotesi del difetto anziché del conflitto (una per tutte la querelle tra seguaci di Kernberg e di Kohut nel trattamento delle personalità borderline), lasciano il passo, in Psicologia Individuale, a un'attenta valutazione dell'insostituibilità dei meccanismi di difesa già esistenti ai fini dell'equilibrio psichico del soggetto, sia che l'organizzazione di personalità risulti immatura, sia che movimenti conflittuali regressivi ne consentano il mantenimento, sia che si tratti di adattamenti intrapsichici e relazionali a una vulnerabilità biologica di base.

Giungiamo a riconsiderare, per questa via, l'ultima delle dispute teoriche a cui abbiamo fatto riferimento, per tentare di comprendere e definire l'essenza dell'analisi o della psicoterapia psicodinamica. Abbiamo visto come l'elemento che dovrebbe più d'ogni altro caratterizzare la polarità espressiva della psicoterapia psicodinamica, l'interpretazione, contenga in realtà molti elementi di tipo supportivo. In talune condizioni patologiche (ad esempio laddove la scissione e l'identificazione proiettiva non sono oggetto specifico dell'intervento interpretativo) essa può svolgere una generica funzione di riconoscimento, denominazione e convalida dell'assetto psicologico del paziente; sotto l'aspetto relazionale può contenere aspetti prescrittivi [33, 37, 44], che invece di un effetto disorganizzante possono avere un effetto di tipo contenitivo.

D'altro canto un processo di incoraggiamento, così come è stato delineato al di là di una funzione di mero precetto etico, può favorire l'accesso a una nuova espressione del mondo interiore del paziente.

Anche studi più recenti [8, 25, 34] hanno riconosciuto come gli elementi espressivi e supportivi si intreccino variamente all'interno dei vari parametri della tecnica psicoterapeutica. Se questa distinzione risulta, per certi versi, anch'essa fallace, decisivo è, invece, comprendere che il superamento del sentimento di inferiorità ha un significato radicalmente differente se si tratta della fallimentare autoframmentazione dello schizofrenico, della minaccia di diffusione dell'identità del paziente borderline o del senso di fallimento esistenziale del nevrotico.

Psicoterapia psicodinamica vuol dire, quindi, innanzitutto, 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.

A 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 viene 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.

Potremmo, allora, pensare la terapia, nel suo svolgimento complessivo, come articolata su tre dimensioni: un momento esplorativo, uno trasformativo e uno prospettico, secondo quanto proposto da Rovera [41]. Questa strutturazione descrittiva mi pare, infatti, preferibile a quella adleriana, ripresa dagli Ansbacher [6] e anch'essa tripartita tra comprensione dello stile di vita, spiegazione del medesimo e incremento del sentimento sociale. Ho cercato di mostrare, invece, in un precedente lavoro [15], come ognuno dei momenti sopra considerati all'interno del processo terapeutico sia correlato al sentimento sociale come fattore curativo.

IV. *Psicoterapia o analisi?*

Non ho, finora, operato nel mio discorso alcuna intenzionale e sostanziale distinzione tra *analisi* e *psicoterapia*. Non esiste, allora, davvero alcuna differenza tra la "cura-tipo" e applicazioni magari parziali o, in parte modificate, dell'approccio psicodinamico alla sofferenza del paziente? Ancora di più: deve esistere una "cura-tipo" o piuttosto, a partire dalle ultime considerazioni espresse, dobbiamo immaginare che a ogni condizione clinica differente si debba dare indicazione per trattamenti specifici e differenziati, come avviene per la psicofarmacologia e ogni altra terapia in medicina? Che significato può avere affermare che l'obiettivo della psicoterapia è la risoluzione dei sintomi, mentre quello dell'analisi è un complessivo riorientamento della personalità?

Mi pare che si possa sostenere che se nessun psicoterapeuta orientato analiticamente può accontentarsi della risoluzione dei sintomi, se ciò non rappresenta il segnale di una risoluzione più duratura delle problematiche profonde di cui hanno costituito l'epifenomeno, è peraltro assolutamente condivisibile l'opinione espressa da Sandler e Dreher [43] secondo cui la posizione di chi si disinteressa dell'esito della cura non è corretta.

Questa considerazione è, peraltro, molto in sintonia con la pragmaticità di im-

postazione della Psicologia Individuale che non ha mai svilito il piombo della psicoterapia rispetto all'oro dell'analisi.

La dimensione analitica e quella della cura parrebbero piuttosto porsi lungo variabili dimensionali di spettro, che la ricerca psicoanalitica ha cercato di descrivere. Molta attenzione è stata posta sulla configurazione del *setting*. Nelle formulazioni originarie di Freud [19, 20], peraltro, definite non tanto come precetti quanto come “consigli sulla tecnica della psicoanalisi”, l'opzione di fondo che definisce l'organizzazione formale delle sedute deriva dagli stessi presupposti di fondo dell'analisi. In particolare, si devono favorire le *libere associazioni* e si deve poter trattare l'emergenza del *transfert*. Quest'ultimo viene inteso, all'interno della teoria pulsionale, come fenomeno relativamente indipendente dalla relazione; corrispondentemente, la posizione dell'analista è neutrale e astinente, teso a favorire l'emergenza del mondo intrapsichico del paziente.

Adler, per contro, sottolineando come l'individuo debba essere considerato e compreso attraverso le proprie connessioni significative con l'ambiente, tendeva a non limitare troppo lo scambio relazionale e a favorire il fatto che il comportamento del paziente riproducesse il più possibile quello abitualmente assunto nella vita quotidiana. Se poi il trattamento, seguendo l'impostazione di Dreikurs, attiene sostanzialmente a un ambito rieducativo, è evidente che il *setting* deve sostanzialmente favorire un rapporto di confidenza amichevole [1].

Abbiamo, peraltro, visto che una dissezione tra il mondo intrapsichico e il mondo relazionale sia del paziente che del terapeuta comporta un sostanziale travisamento della comunicazione analitica. Questa considerazione vale, evidentemente, senza distinzione di sorta per ogni tipo di situazione clinica o esistenziale. Per parte del terapeuta, non solo è finzionale la presunzione di neutralità, ma anche quella di un rapporto pregiudizialmente amichevole. È necessario, invece, che, nell'ambito di una consolidata alleanza terapeutica (che equivale al perdurante desiderio della coppia sia di proseguire che di terminare il lavoro che si è proposto), ci si faccia carico responsabile della libera variazione degli assetti emotivi e dei convincimenti esistenziali.

Il *setting*, di per sé, non solo non discrimina l'analisi dalla psicoterapia, ma nemmeno interventi conservativi o di supporto rispetto a interventi che si ripropongono modificazioni più ristrette della struttura di personalità. Come puntualizza Fürstenau [22], il terapeuta si trova di fronte a uno spazio decisionale clinico multidimensionale, nei confronti del quale è determinante che sia consapevole di ciò che fa o non fa e riconosca le implicazioni dei propri interventi.

Funzione, quindi, dell'organizzazione formale del trattamento è la possibilità di fare emergere le espressioni simboliche dell'inconscio e di poter, contestualmente, modulare in modo corretto la distanza relazionale. È necessario, quindi, che le modalità degli incontri vengano definite secondo parametri di spazio e di tempo.

In particolare, la non commistione della vita dell'analizzando con quella dell'analista è il fondamento basilare di una possibilità di intimità da cui non debbano derivare conseguenze esistenziali coattive o che possano invalidare qualunque obiettivo terapeutico. L'astinenza dagli agiti e l'asimmetricità del rapporto (il paziente espone direttamente il proprio vissuto, l'analista esplicita raramente se stesso, se non in via indiretta) costituiscono dei limiti alla relazione ma, come tutti i limiti, prospettano delle potenzialità a quel rapporto molto speciale (anche perché un po' innaturale) che si sviluppa durante il trattamento. All'interno di questa cornice si modula, dunque, il grado di attività del terapeuta.

Accomazzo e Recrosio hanno considerato che «il setting analitico può essere inteso metaforicamente come lo scenario di un'opera non ancora realizzata: l'incontro tra analista e paziente ne permette l'avvio e ne costituisce la traccia, ma la sua realizzazione, se si ammette che il testo non sia noto, non potrà che avvenire come nella recita a soggetto» (1, pp. 140-141).

È una recita che non è, però, priva di linee di indirizzo. All'interno del *setting* ogni progetto clinico o esistenziale si articolerà secondo determinati parametri, alcuni dei quali abbiamo cercato di evidenziare, senza che si possa operare una distinzione pregiudiziale tra l'analisi e una psicoterapia psicodinamica strutturata.

Distinzioni maggiori si imposero piuttosto quando, a partire dagli anni '50, si definirono meglio le condizioni tecniche delle psicoterapie brevi e delle psicoterapie di gruppo orientate in senso psicodinamico. La ricerca dei tratti distintivi dell'analisi si rivolse ovviamente anche agli elementi che caratterizzano la conduzione del trattamento. Eissler [11], ad esempio, aveva definito alcune varianti della tecnica di base dell'analisi come "parametri di tecnica" della psicoterapia, in funzione della debolezza dell'Io di alcuni pazienti. I parametri dovevano essere introdotti se si constatava che la tecnica di base non era sufficiente e per il minor tempo possibile. È evidente che simili considerazioni difendono maggiormente l'identità professionale dell'analista di quanto non pongano al centro della pratica analitica il mondo delle esperienze del paziente.

Gill [24] analizzò successivamente in dettaglio molti aspetti differenziali dell'analisi rispetto alla psicoterapia, seguendo le formulazioni classiche della psicoanalisi e giungendo alla conclusione che l'unico vero fattore intrinseco che differenzia psicoanalisi e psicoterapia è l'analisi sistematica del *transfert*. Analogamente Mc Glashan e Keats [31], in un'interessante rassegna sulle possibili variazioni dei livelli del processo psicoterapeutico, definirono l'"alleanza di lavoro analitica" come l'unica orientata ad affrontare, nell'ambito dei problemi del paziente, anche quelli che si creano verso il terapeuta.

Questa distinzione di *focus*, da intendersi, peraltro, non come un'alternativa radicale ma come una diversa polarizzazione di accenti all'interno del percorso con l'analizzando, mi pare più utile e meno aleatoria di altre basate su parametri differenti. Rispetta, innanzitutto, la centralità del paziente e non vi sostituisce quella dell'analista; non pone questioni di *setting*, laddove psicoterapie lar-

gamente conservative o di supporto con pazienti portati all'*acting-out* richiedono un rigore non meno utile che in analisi. Prospetta, inoltre, specie alla luce delle norme legislative italiane sulle scuole di specializzazione pubbliche o private in psicoterapia, l'utilità di percorsi formativi differenziati [17] per coloro che non solo devono essere addestrati a non farsi deviare troppo dalle proprie attitudini e dai bisogni personali nella comprensione dei pazienti, ma devono essere anche disponibili a esporsi nel gioco transferale e controtransferale della relazione durante le sedute.

L'analisi, anche intesa nei suoi aspetti relazionali ed intersoggettivi, prospetta, infatti, un cambiamento profondo all'analista non meno che all'analizzando.

Bibliografia

1. ACCOMAZZO, R., RECROSIO, L. (1990), Il concetto di setting in psicoterapia analitica, *Indiv. Psychol. Doss.* II, SAIGA, Torino.
2. ADLER, A. (1912), *Über der nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
3. ADLER, A. (1913), Individualpsychologische Behandlung der Neurosen, in SARASON, D. (a cura di), *Jahreskurse für ärztliche Fortbildung*, Lehmann, München.
4. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
5. ANSBACHER, H. L. (1987), Alfred Adlers Unterscheidung zwischen psychoanalytischer Methode Freudscher Theorie, *Zeit. für Individualpsychol.*, 12: 233-243.
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. BRUDER, K. J., BRUDER BEZZEL, A. (1998), Ist die Individualpsychologie in die Selbstpsychologie aufzulösen?, *Zeit. für Individualpsychol.*, 23.
8. COOPER, A. M. (1992), Psychic Change: Development in the Theory of Psychoanalytic Techniques, *Int. J. Psycho-Anal.*, 73: 245-250.
9. CREMERIUS, J. (1979), Gibt es zwei psychoanalytische Techniken?, *Psyche*, 32: 577-599.
10. DATLER, W. (1988), Über den Wunsch nach Veränderung und die Angst vor dem Neuen, *Zeit. für Individualpsychol.*, 23: 128-141.
11. EISSLER, K. R. (1953), L'effetto della struttura dell'Io sulla tecnica psico-analitica, in GENOVESE, C. (a cura di), *Setting e processo psicoanalitico*, Cortina, Milano 1988.
12. FASSINO, S. (1984), Per una teoria individualpsicologica delle relazioni en-dopsichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 38-58.
13. FASSINO, S. (1988), Sentimento sociale e sé creativo: il gruppo e l'individuo, *Indiv. Psychol. Dossier I*, SAIGA, Torino.
14. 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.

15. FERRERO, A. (1995), *Insula dulcamara. Studi di psicologia e psichiatria dinamica*, CSE, Torino.
16. FERRERO, A. (1998), Ermafroditismo psichico, in SANFILIPPO, B. (a cura di), *Itinerari adleriani*, Angeli, Milano.
17. 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.
18. FERRERO, A. (2000), Le alternative alla depressione: ruolo dell'insight nelle trasformazioni psicoterapeutiche, in FERRERO, A. (a cura di), *Clinica psicodinamica delle depressioni. Le scuole analitiche si incontrano*, CSE, Torino.
19. 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.
20. FREUD, S. (1913), *Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse. Zur Einleitung der Behandlung*, tr. it. *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi*, in *Opere*, Vol. VII, Boringhieri, Torino 1974.
21. FREUD, S. (1922), *Das Ich und das Es*, tr. it. *L'Io e l'Es*, in *Opere*, Vol. IX, Boringhieri, Torino 1977.
22. FÜRSTENAU, P. (1977), Praxeologische Grundlagen der Psychoanalyse, *Handbuch der Psychologie*, 8: 847-888.
23. GABBARD, G. O. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, tr. it. *Psichiatria psicodinamica*, Cortina, Milano 1995.
24. GILL, M. M. (1984), Psicoanalisi e psicoterapia: una revisione, in DEL CORNO, F., LANG, M. (a cura di), *Psicologia clinica. Trattamenti in setting individuale*, Angeli, Milano 1989.
25. JACOBS, T. J. (1990), The Corrective Emotional Experience – Its Place in Current Technique, *Psychoanalytic Inquiry*, 10: 433-454.
26. JUNG, C. G. (1957-58), *Die transzendente Funktion*, tr. it. *La funzione trascendente*, in *Opere*, Vol. VIII, Boringhieri, Torino 1976.
27. KAUSEN, R. (1977), Zur Therapie der Individualpsychologie, in PONGRATZ, L. J. (a cura di), *Handbuch der Psychologie. Klinische Psychologie*, I, Halbband, Hogrefe, Göttingen.
28. KOHUT, H. (1984), *How does Analysis Cure?*, tr. it. *La cura psicoanalitica*, Boringhieri, Torino 1986.
29. KRUTTKKE RÜPING (1986), Transfert, controtransfert e resistenza, *Indiv. Psychol. Dossier II*, SAIGA, Torino 1990.
30. LOUIS HOFFMAN, L. (1982), L'incontro del terapeuta con se stesso, *Indiv. Psychol. Dossier II*, SAIGA, Torino 1990.
31. MC GLASHAN, T. H., KEATS, C. J. (1989), *Schizophrenia. Treatment Process and Outcome*, tr. it. *Schizofrenia: trattamento ed esito terapeutico*, Cortina, Milano 1993.
32. MIGONE, P. (1995), *Terapia psicoanalitica. Seminari*, Angeli, Milano.
33. MITCHELL, S. A. (1988), *Relational Concepts in psychoanalysis: an Integration*, tr. it. *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi*. Per un modello integrato, Bollati Boringhieri, Torino 1993.
34. PULVER, S. E. (1992), Psychic Change: Insight or Relationship?, *Int. J. Psycho-Anal.*, 73: 199-208.
35. RACAMIER, P. C., CARRETIER, L. (1973), Organisation dynamique d'un foyer

- de cure, *Rev. Prat. de Psychol. de Vie Sociale et d'Hyg. Ment.*, 4: 411-428.
36. RINGEL, E. (1978), Die Übertragung in der Individualpsychologie, in KEHRER, A., SCHEER, P., *Das weite Land der Individualpsychologie*, Wien 1983.
37. ROVERA, G. G. (1964), *Considerazioni logico-formali sugli aspetti prescrittivi in psicoterapia*, Silvestrelli e Cappelletto, Torino.
38. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
39. ROVERA, G. G. (1988), La Psicologia Individuale: concetti fondamentali, *Indiv. Psychol. Dossier I*, SAIGA, Torino.
40. ROVERA, G. G. (1998), La Psicologia Individuale come modello di rete e rete di modelli, *Seminario S.A.I.G.A.*, Torino, 11/11/1998.
41. ROVERA, G. G., FASSINO, S., ANGELINI, G. (1977), Prospettive interdisciplinari e interanalitiche in psicoterapia, *Min. Psych.*, 18, 4: 167-174.
42. 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.
43. SANDLER, J., DREHER, A. U. (1996), *Che cosa vogliono gli psicoanalisti?*, Cortina, Milano 1997.
44. SCHAFER, R. (1983), *The Analytic Attitude*, tr. it. *L'atteggiamento analitico*, Feltrinelli, Milano 1985.
45. SCHMIDT, R., SHULMAN, B. H. (1999), Erwin Ringel e Rudolf Dreikurs: cosa è rimasto del loro lavoro, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Tradizione e cambiamento*, CSE, Torino.
46. SCHMIDT, R. (1985), Neuere Entwicklungen der Individualpsychologie im deutschsprachigen Raum, *Zeit. für Individualpsychol.*, 10: 226-236.
47. SEIDEL, V. (1985), Regression als therapeutisches Agens in der individualpsychologische Therapie. *Beitr. z. Individualpsychol.*, 6: 90-99.
48. SHULMAN, B. H. (1981), Life style, in *Contribution to Individual Psychology - Selected Papers*, Alfred Adler Institute, Chicago.
49. TENBRINK, D. (1985), Persönlichkeit als zielgerichtete Einheit und das Konzept vom intrapsychischen Konflikt, *Zeit für Individualpsychol.*, 10: 44-56.
50. TENBRINK, D. (1997), Zur Theorie und Praxis der psychodynamischen Kurzpsychotherapie, *Zeit. für Individualpsychol.*, 1: 3-31.
51. WALLERSTEIN, R. S. (1986), *Fortytwo Lives in Treatment: a Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*, Guilford, New York.

Andrea Ferrero
Via Sommacampagna, 6
I-10131Torino