

## **Psicoterapia Breve a orientamento individualpsicologico: riflessioni sull'agente terapeutico**

SECONDO FASSINO

*Summary* – THE THERAPEUTIC AGENT IN BRIEF PSYCHOTHERAPY ACCORDING TO INDIVIDUAL PSYCHOLOGY. The problem of the therapeutic agent and process in brief psychotherapy is argued according to Individual Psychology orientation. It is questioned if a specific attitude is required for the therapist who means to work with brief treatments. The particular importance of the aspects linked to the perspective valuations and to the sense of the crisis is underlined. Then, the functions of empathy and creative identification are considered like onset of the therapeutic agent. We propose the issue of the specific training for this kind of therapy because of social-cultural changes, the growing demand for brief treatments by the health care services and also for new areas of application.

*Keywords:* BRIEF PSYCHOTHERAPY, TERAPEUTIC AGENT, INDIVIDUAL PSYCHOLOGY

### *I. La Psicoterapia Breve secondo la Psicologia Individuale*

Il dibattito sull'utilità, funzionamento, indicazione della Psicoterapia Breve e sulle tecniche che accorciano la psicoterapia conosce attualmente una ripresa di interesse. Sembra, infatti, che stiano emergendo un nuovo bisogno e una diversa domanda di psicoterapia a causa dei mutamenti culturali nella società e nelle istituzioni di cura, ma soprattutto in relazione a nuove aree di applicabilità. Queste, per esempio, si riscontrano negli interventi di prevenzione nei soggetti a rischio e in quelli riguardanti le condizioni somatopsichiche e la psichiatria di *liaison* più in generale, ma soprattutto negli emergenti disturbi borderline e negli *eating disorders*. Nel 1972 il *Journal of Individual Psychology* dedicava un volume alla Psicoterapia Breve e nel 1988 i primi due volumi della rivista della *North American Society, Individual Psychology*, riuniti in uno *Special Issue*, sono stati interamente riservati alle varietà delle Psicoterapie Brevi.

Nel presente contributo sarà approfondito il problema inerente al processo e all'agente terapeutico nelle Psicoterapie Brevi di orientamento individualpsicologico. Com'è noto, le ricerche sul processo psicoterapeutico sono rivolte a precisare le diverse fasi e modalità con cui si attua una psicoterapia, sia in rapporto ad una metapsicologia che ad una teoria della tecnica. Gli studi sul processo

psicoterapeutico sono sovente focalizzati sul problema dell'agente terapeutico, che costituisce la condizione necessaria e spesso sufficiente per la quale il processo di cura riattiva lo sviluppo cognitivo-affettivo intrapsichico e relazionale del soggetto, del cui arresto è segnale la situazione di crisi. L'agente terapeutico è, a sua volta, correlato a fattori aspecifici e specifici. La Psicologia Individuale ha una lunga tradizione nel campo della Psicoterapia Breve che, ricorda Sperry [31], risale ad Adler stesso, che, usualmente, vedeva i pazienti per venti o più sedute. Questa tradizione è stata seguita da non pochi clinici adleriani come Shlien, Mosak, Dreikurs, Kern, Yeakle, Sperry etc.

Il *setting* della Psicoterapia Breve fa riferimento allo scopo del terapeuta di aiutare il paziente in un periodo breve di tempo [29] mediante specifiche tecniche per accorciare la durata del trattamento [7]. Non per questo, tuttavia, le mètte e le procedure sono eccessivamente limitate ed elusive il nucleo profondo della personalità. Vengono focalizzati alcuni problemi, ma, rileva ancora Shulman, non si tratta di un *focus* limitato (sintomo o difficoltà delimitata su cui terapeuta e paziente concordano di lavorare), «è piuttosto una strada maestra al cuore-nucleo della personalità». La Psicoterapia Breve, inoltre, è individuata come scelta elettiva e non come surrogato.

Lo Psicologo Individuale progetta l'intervento terapeutico “sulla misura originale e irripetibile” del suo paziente, rispettandone e valutandone la situazione psicopatologica, la struttura di personalità, le condizioni storiche, socioculturali ed economiche, le potenzialità evolutive etc. La Psicoterapia Breve rappresenta uno degli interventi di primo livello, da individuare e proporre al paziente come la migliore terapia per lui, in *quel momento* e in *quelle condizioni*: la miglior terapia è, infatti, quella che egli si può realisticamente permettere, in riferimento a motivazioni, resistenze, difficoltà organizzative di diverso tipo. L'intervento di Psicoterapia Breve, naturalmente, viene concordato con il paziente al termine dell'*assessment*, diagnostico e di valutazione complessiva. Il piano dell'intervento viene esposto e illustrato negli aspetti peculiari, con riferimenti tecnici tanto quanto lo richiede la necessità di ottenere dal paziente la più favorevole collaborazione.

Rispetto ad altre scuole di psicologia del profondo, l'approccio individualpsicologico alla Psicoterapia Breve [31] è caratterizzato da indicazioni per una più ampia tipologia psicopatologica: meno severi sono i criteri di selezione; il numero di sedute varia da dieci a venti, gli scopi e i risultati del trattamento riguardano il sollievo dai sintomi, la crescita del sentimento sociale nell'affrontare i compiti esistenziali. La strategia e il processo del trattamento sono fondati sulla valutazione di uno o più tratti focali, i più rilevanti dello stile di vita. Vi è, poi, l'incoraggiamento all'*insight* della linea direttrice negli aspetti contingenti alla situazione di crisi e l'attivazione del Sé creativo in aree di progettualità au-

tentica, alternative, almeno parzialmente, rispetto ai sintomi. L'attitudine del terapeuta riguarda la capacità di ascoltare, di riformulare quanto ascoltato e la partecipazione creativa col paziente alla ricerca di soluzioni alternative. Gli è richiesta anche una particolare propensione all'ottimismo [9]. Serve, soprattutto, una specifica attitudine all'individuazione, in pochi incontri, della linea direttrice del paziente che dà senso ai sintomi. È indispensabile, inoltre, una affinata inclinazione alla comunicazione empatica e all'impiego flessibile, seppure in un contesto analitico, di sottotecniche diverse: cognitive, behavioristiche, farmacoterapeutiche, inerenti alla pragmatica della comunicazione.

## II. *Agente terapeutico e senso della crisi*

L'agente terapeutico della Psicoterapia Breve è correlato a procedimenti propri del terapeuta, sia a situazioni presenti e/o attivabili nel paziente. Al proposito Kurt Adler osserva che il paziente deve essere informato del fatto che il terapeuta senza il suo aiuto è impotente; «anche l'insight non basta [...] ci deve essere una sorta di penetrazione artistica [...] non tutti potranno fruire di una Psicoterapia Breve» (7). Essa si propone di curare pazienti con disturbi acuti, come pure di "prendersi cura" di pazienti con disturbi cronici. Sono proposti cicli di sedute strutturati e strutturanti, il cui scopo primario è quello di costituire di per sé un'esperienza, seppur breve, di identità, di delimitazione del Sé rispetto alle minacce esterne o interne.

Il problema della selezione dei pazienti è connesso sia con le valutazioni diagnostiche che con quelle prognostiche secondo la prospettiva dei cambiamenti possibili. La diagnosi è riferibile a codici nosografici di psicopatologia (DSM-IV), il cui scopo essenziale è di consentire una comunicazione tra operatori e di utilizzare le acquisizioni della comunità scientifica a fini prognostici. Una corretta valutazione prognostica ha la funzione principale di favorire una controattitudine e un controatteggiamento corretti, che permettono un'aspettativa controtransferale, anche non verbale, di miglioramento "ottimale". Occorre evitare, inoltre, scoraggiamenti iatrogeni, insiti nel chiedere troppo o troppo poco. Soprattutto la diagnosi è rivolta a cogliere, mediante l'osservazione partecipante, la struttura di personalità e dei meccanismi di salvaguardia, la *linea direttrice* rispetto agli stadi di sviluppo, fissazione o regressione.

Al terapeuta impegnato in una Psicoterapia Breve è richiesta una speciale attitudine a evidenziare in una o due sedute il senso prospettico (direzione e significato) della crisi e a preventivare la possibilità, la qualità e i tempi della ripresa maturativa del *Sé creativo*. Particolare importanza assume il problema concernente la stretta connessione tra: a) modello teorico di personalità, processo psicopatologico, sviluppo, a cui il terapeuta si riferisce; b) uso di strumenti dia-

gnostici che integrino la “tecnica dei primi ricordi” (test proiettivi, scale di valutazione etc.); c) modo di elaborare intrapsichicamente le informazioni anamnestiche (cfr. il concetto di *anamnesi terapeutica* di Rovera, [25]). Questa è rivolta a sottolineare, tramite confronti più che interpretazioni, il significato di certe tappe dello sviluppo e il modo con cui l’ambiente ha accolto e risposto ai bisogni specifici di quelle fasi evolutive. Il terapeuta deve capire rapidamente, per restituire attivamente al paziente, ipotesi e proposte da lui direttamente fruibili (cfr. “le tre sedute introduttive” secondo Gilliéron [17]). Tenuto conto della strategia del *curare*, ma anche del *prendersi cura*, sembra, pertanto, che la prognosi sia una variabile della diagnosi (intesa specificatamente per la Psicoterapia Breve) e della motivazione/attitudine del terapeuta a individuare nel paziente nuclei di creatività disponibile per costruire alternative, anche parziali, ai sintomi.

### III. *Empatia e identificazione creativa: precursori dell’agente terapeutico*

Si è fin qui discusso come l’agente terapeutico (nei suoi fattori specifici) sia connesso preliminarmente con una corretta indicazione-selezione che, rivolta ad evitare effetti iatrogeni, si fonda su adeguate valutazioni diagnostiche e prognostiche. Un altro requisito fondamentale risiede in una spiccata e specifica attitudine alla comunicazione empatica, che è radicata nella personalità, nell’*iter* formativo, nel continuo aggiornamento e nell’incessante ricerca dell’analista. Quello di *empatia* costituisce un concetto centrale del rapporto psicoterapeuta-paziente: sono noti gli studi di Adler [3], Ansbacher [8], Kohut [19], Wallon [33], Berger [10] etc. Per Adler [9] essa consisteva nel *vedere con gli occhi del paziente, ascoltare con le sue orecchie e sentire col suo cuore*.

Il processo empatico viene valutato come una complessa capacità percettiva ed introspettiva caratterizzata: a) dalla “comprensione empatica”, intesa come il risultato finale di un ampio processo di conoscenza, non un “lampo istantaneo di luce”; b) dall’abilità di tollerare uno stato di “non conoscenza”, di confusione e di incertezza; c) da fattori quali proiezione, identificazione e ottimale distacco intellettuale, che possono interagire nella relazione al di là delle migliori intenzioni del terapeuta; d) dalla presenza di una funzione integrante, consistente nell’abilità, nella potenzialità di cambiare, insieme, le molte modalità di comunicazione [10]. Questa potenzialità empatica è influenzata dall’attitudine a tollerare stati di tensione accompagnati da sentimenti arcaici e penosi.

La comprensione empatica è, quindi, un processo attivo, contrassegnato dall’intento di ricevere la comunicazione di un’altra persona, decodificando le sue emozioni, le sue parole e i suoi simboli negli aspetti significativi “suoi propri” appartenitivi. Essa rappresenta uno degli aspetti più raffinati e sofisticati del *sen-*

*timento sociale* [4] e implica, quindi, lo sperimentare il processo e il contenuto della coscienza dell'altro nelle sue molteplici forme: in particolare la percezione "affettiva" immediata della qualità e dell'intensità delle esperienze altrui, così come il riconoscimento del contesto specifico [10]. La comprensione dei sentimenti e delle percezioni comunicati in forma simbolica è ciò che viene definito *riconoscimento empatico*, mentre l'intuizione dei contenuti implicati o indirettamente espressi è quanto intendiamo per *inferenza empatica*.

*Riconoscimento e inferenza empatica* nella Psicoterapia Breve sono rivolti a slatentizzare le "autentiche" potenzialità progettuali del paziente. Tramite un processo di "identificazione creativa" [15] il terapeuta percepisce le possibilità del paziente di accordare *sentimento sociale* e *volontà di potenza* in un progetto alternativo ai sintomi attraverso un processo che Abraham [1] definisce di "produzione e manipolazione energetica", che consente di cercare le energie latenti e non utilizzate dell'individuo. Questa "via d'accesso" [1] appare la più utile e la più fruibile in Psicoterapia Breve. La richiesta empatica rivolta al paziente di impegnarsi creativamente, fondata su identificazioni dell'analista al servizio dello sviluppo del Sé, riguarderà *solo quanto egli può essere, sentire, fare*. Occorre evitare, infatti, messaggi, anche impliciti e inconsapevoli, esigenti ed esosi, che rischiano di innescare iatrogenicamente ulteriori processi di scoraggiamento [14, 25]. Lo scoraggiamento, come demotivazione e depressione, di per sé, incombe in occasione dello smascheramento troppo rapido delle mètte fittizie e nelle frustrazioni, quantunque "ottimali", prodotte dal processo trasformativo di rinuncia ai sintomi. I vissuti di perdita e svuotamento anche in Psicoterapia Breve possono essere, tuttavia, fertili terreni per gli interventi di transmotivazione [25]: si tratta di un processo prospettico e progettuale, che consente all'individuo di riprendere lo sviluppo del Sé sia mediante un passaggio da un livello motivazionale a quello successivo, sia tramite l'integrazione degli stessi.

L'accordo collaborante tra i diversi componenti del Sé [28], anche inconsci, e tra il Sé e il mondo del "tu plurale" consente l'esperienza, pur instabile anche nel breve percorso terapeutico, dell'unità del Sé e del sentimento di appagamento. L'esperienza creativa esprime un'autoaffermazione utile per "il senso comune" [8], una nuova sintesi partecipante e rappresenta il più avanzato tentativo di coesione armonica del Sé e della sua "appartenenza cosmica" [4]. Nel processo terapeutico breve è, pertanto, ricercato e favorito il momento prospettico, che rappresenta l'insieme delle occasioni favorevoli per alcuni collaudi creativi del Sé indicati dal *focus*. Esso costituisce l'esperienza di stati soggettivi di ricerca di ulteriori somiglianze tra le esperienze ed è il risultato di una composizione precaria, ma ottimale, delle conflittualità tra le istanze del sentimento sociale ("fare per/con gli altri") e della volontà di autoaffermazione ("con crescita dell'autostima"). L'oggetto "creato" non è necessariamente artistico o scientifico: più spesso è "piccolo", inerente alle trasformazioni di abitudini quoti-

diane, relazionali o lavorative o del tempo libero. L'oggetto creato, scopo dell'intervento breve, accresce l'autostima del soggetto attraverso una compensazione positiva e socialmente utile del sentimento di inferiorità: queste piccole iniziative sono spesso propedeutiche all'attivazione di "circoli virtuosi" che, a loro volta, esitano in trasformazioni esistenziali assai più significative per il *senso della vita* [5].

#### IV. Aspetti specifici dell'agente terapeutico

Si è detto che l'agente terapeutico è costituito da fattori aspecifici e specifici. Tra i primi si considerano le aspettative del paziente e del terapeuta, le caratteristiche personologiche, la struttura del *setting* in cui il paziente si sente co-protagonista, gli aspetti generali della relazione interpersonale etc. Le componenti specifiche, invece, dell'agente terapeutico della Psicoterapia Breve, delimitata, da un lato dalla Psicoterapia analitica propriamente detta e, dall'altro, dall'intervento di crisi, presentano i seguenti aspetti: a) uso consapevole della relazione interpersonale; b) tempo definito; c) scopi definiti; d) indicazioni relativamente delimitate; e) motivazioni ottimali e attitudine specifica del terapeuta.

a) Il terapeuta, pur riferendosi a un codice metapsicologico, lo modula con flessibile creatività. L'intervento, quantunque breve, si costituisce come esperienza talvolta prototipale di "partecipazione" e i bisogni di "appartenenza" vengono, di solito, meno approfonditi e considerati, nel senso che gli aspetti transferali sono interpretati soltanto nel caso in cui intralcino il lavoro terapeutico e quando siano inerenti al *focus*. Viene interpretato più spesso il *transfert* negativo.

b) La durata dell'intervento è flessibile e, comunque, non supera le venti sedute. Il messaggio non verbale veicolato dal tempo limitato può costituire, di per sé, un incoraggiamento a superare le resistenze per cambiare "ora" piuttosto che "dopo", mentre, altre volte, può attivare meccanismi controcostrittivi. Il tempo prestabilito, spesso, può portare a discutere i problemi inerenti ai vissuti di separazione: il terapeuta dovrà correttamente dosare e orientare il proprio tipo di coinvolgimento emotivo e, ancor più, quello del paziente scegliendo accuratamente le interpretazioni di *transfert*.

c) Lo scopo dell'intervento è limitato, in quanto si tratta di incrementare, comunque, una più favorevole, seppur parziale, modulazione tra *sentimento sociale* e *volontà di potenza*, che si esprime, si è detto, in una precisa, seppur apparentemente "piccola", ripresa creativa. Lo scopo è configurabile più agevolmente, quando è circoscrivibile un *focus* inerente a un conflitto, un bisogno, un progetto, un programma. Spesso lo scopo consiste nel preparare e motivare un intervento psicoterapeutico protratto più strutturante e ricostruttivo.

d) Una corretta *indicazione* è indispensabile all'attivazione dell'agente terapeutico. I diversi autori di derivazione psicoanalitica "indicano" la Psicoterapia Breve per una gamma più o meno ampia di pazienti. Così Sifneos [30] e Malan [21] propongono una selezione dei pazienti più ristretta, per cui i candidati alla Psicoterapia Breve devono avere una più elevata sanità mentale, mentre Mann [22] e Davanloo [13] sono per una selezione più allargata. Per questi ultimi la scarsa sanità del soggetto e la complessità del *focus* determinano la lunghezza del trattamento e non la sua scelta. Per la Psicologia Individuale le indicazioni e le controindicazioni sono più relative che assolute e riguardano soprattutto la possibilità di enucleare un *focus* che può anche consistere nel programmare e motivare un successivo, più protratto intervento. Le indicazioni relative riguardano, pertanto, una scelta elettiva in pazienti che presentano resistenze, di tipo diverso, troppo radicate, difficoltà sul piano di realtà di natura organizzativa, economica. Si avvantaggiano di trattamenti brevi soggetti con reazioni psicotiche, iniziate da poco: in questi casi viene arginata la regressione e l'approfondimento cognitivo è fruibile per una ripresa dello sviluppo. Cicli ripetuti di Psicoterapia Breve, in un tipico procedimento a "fasi", si è rivelato utile in pazienti con *eating disorders* [27] e in pazienti borderline [16, 20, 18]. Anche in situazioni di nevrosi noogene, disadattamenti adolescenziali o inerenti a cambiamenti esistenziali, la Psicoterapia Breve può prevenire ulteriori sviluppi patologici. Soprattutto nell'area delle reazioni somatopsichiche delle "malattie del corpo", oltre alle affezioni psicosomatiche, la Psicoterapia Breve costituisce uno strumento di psichiatria di *liaison* prezioso per aiutare il malato a cogliere non solo il "linguaggio degli organi" [5], ma anche i significati utili dell'esperienza della malattia [2].

e) L'intervento psicoterapeutico breve richiede motivazioni ottimali anche per il terapeuta, fino al punto, forse, di comportare una specifica attitudine.

#### V. Esiste un'attitudine specifica alla Psicoterapia Breve?

L'adeguata selezione del paziente è indispensabile al fine di evitare effetti iatrogeni e, inoltre, unitamente a una corretta diagnosi e a una prospezione evolutiva, consente al terapeuta motivato di esprimere una specifica attitudine ad abbreviare i tempi dell'intervento. Questa peculiare propensione, che può dipendere da particolari motivazioni e tratti di personalità [23], ma anche da specifici addestramenti formativi e clinici, consente un uso più sollecito del "riconoscimento empatico", finalizzato ad avviare la comunicazione empatica *col e nel* paziente. È in questo clima relazionale che il terapeuta, anche in poche sedute, può avviare il processo dell'identificazione creativa [15, 26], attraverso cui è possibile individuare e trasmettere al paziente il grado ottimale di ripresa del *Sé creativo*, mediante le modalità del processo di incoraggiamento e di transmotivazione [25]. Le interpretazioni di *transfert* in genere non sono utili in Psicoterapia

Breve al fine di costruire una precoce alleanza di lavoro e un clima empatico [24]. Un primo risultato dell'attivazione del Sé creativo in Psicoterapia Breve è costituito, per esempio, dalla possibilità di impiegare strutture simboliche, segniche e anche rituali che si colleghino al *focus* e al problema di fondo. Appaiono, al proposito, originali e interessanti le acquisizioni di Cox [11] circa il funzionamento simbolico della Psicoterapia Breve. L'uso di simboli e rituali permetterebbe una reificazione, trasformazione di sentimenti in cose concrete, persone, avvenimenti: così si sposta la carica emozionale su un nuovo *focus*, che ha una carica negativa più controllabile. La specifica e ulteriormente solerte attitudine all'empatia, all'identificazione creativa, all'uso di simboli, rituali e altre sottotecniche, consente, anche nel breve periodo disponibile, un'esperienza emotiva correttiva, limitata, ma non superficiale, come sottolinea Shulman [29].

All'interno delle strategie del *curare* o del *prendersi cura*, l'esperienza partecipativa è correttiva ed è fruibile per un primo, o talora definitivo, cambiamento. Essa è, tuttavia, possibile solo in presenza di un'intensa motivazione, del terapeuta e del paziente, ad accrescere, nel poco tempo disponibile, il proprio *sentimento di appartenenza* (anche se spesso queste dinamiche non vengono interpretate) che concorre col *sentimento di partecipazione* alla formazione del *sentimento sociale* [4]. Per molti pazienti una breve relazione terapeutica strutturata, anche all'interno delle diverse istituzioni, è meglio che niente soprattutto se incontrano terapeuti che sanno condurre la Psicoterapia Breve meglio di ogni altro programma di cura. In molti casi, nei risultati, essa equivale ad altri interventi psicoterapeutici [32, 12].

Ma come si apprende la Psicoterapia Breve? Talvolta si crede che questo sia un intervento aspecifico di seconda scelta per giovani terapeuti in corso di formazione, mentre risulta, spesso, difficile, complesso e più agevolmente praticabile solo dopo ripetute esperienze di psicoterapie analitiche tradizionali. Soprattutto l'acquisizione della capacità di riconoscere empaticamente, di modulare e dosare il proprio coinvolgimento richiede una lunga consuetudine clinica. Per questi motivi dovrà essere affrontato il problema di come si possa inserire, come strumento elettivo di cura, un addestramento specifico alle modalità brevi della psicoterapia, all'interno dei *training* formativi e di aggiornamento tradizionalmente collaudati. I motivi riguardano sia il fatto che essa richiede la maturazione di peculiari attitudini, sia il fatto che questo tipo di intervento sarà sempre più frequentemente richiesto per sviluppi socio-culturali dalle istituzioni, anche in nuove aree di applicazione.

### Bibliografia

1. ABRAHAM, G., ANDREOLI, A. (1987), *La psicoterapia è una scienza*, SEI, Torino.
2. ABRAHAM, G., PEREGRINI, C. (1989), *Ammalarsi fa bene*, Feltrinelli, Milano.
3. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *Conoscenza dell'uomo*, Mondadori, Milano 1954.
4. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
5. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
6. ADLER, A. (1935), The Fundamental View of Individual Psychology, *Int. J. Ind. Psychol.*, 1: 5-8.
7. ADLER, K. (1989), Techniques that Shorten Psychotherapy, *Ind. Psychol.*, 45: 62-74.
8. ANSBACHER, H. L. (1989), The Tradition of Brief Psychotherapy, *Ind. Psychol.*, 45: 26-33.
9. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, Basic Books, New York.
10. BERGER, M. D. (1984), The Way to Empathic Understanding, *Am. J. Psychiat.*, 1: 45-56.
11. COX, R. H. (1989), Symbols and Rituals in Brief Psychotherapy, *Ind. Psychol.*, 45: 238-243.
12. CRITS-CHRISTOPH, P. (1992), The Efficacy of Brief Dynamics Psychotherapy: A Meta-Analysis, *Am. J. Psychiatry*, 149: 151-158.
13. DAVANLOO, H. (1980), *Short-Term Dynamic Psychotherapy*, Aronson, New York.
14. DINKMEYER, D., DREIKURS, R. (1974), *Encouraging Children to Learn: the Encouragement Process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti-Barbèra, Firenze.
15. FASSINO, S. (1990), Le due istanze fondamentali nel processo analitico, *Ind. Psychol.*, Doss. 2: 45-60.
16. FASSINO, S., FERRERO, A., ROVERA, G. (1995), Approccio a rete nella terapia dei pazienti borderline, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Il paziente borderline*, CSE, Torino.
17. GILLIERON, E. (1983), *Les psychothérapies brèves*, PUF, Paris.
18. GUNDERSON, J., SABO, A. N. (1993), Il trattamento del disturbo borderline di personalità: una rassegna critica, in PARIS, J. (a cura di), *Il disturbo borderline di personalità*, Cortina, Milano 1995.
19. KOHUT, H. (1978), *The Search for the Self*, tr. it. *La ricerca del Sé*, Boringhieri, Torino 1982.
20. LEIBOVICH, M. (1983), Why Short-Term Psychotherapy for Borderline?, *Psychother. Psychosom.*, 39: 1-9.
21. MALAN, D. H. (1976), *The Frontier of Brief Psychotherapy*, Plenum, New York.
22. MANN, J. (1973), *Time-Limited Psychotherapy*, Harvard University, Cambridge.
23. MORRISSETTE, M., RENAUD, A. (1987), Les motivations à devenir psychothérapeute, *Psychothérapies*, 1: 7-18.
24. PIPER, W., AZIM, H., JOYCE, A., McCALLUM, M. (1991), Transference Interpretation, Therapeutic Alliance, and Outcome in Short-Term Individual Psychotherapy, *Arch. Gen. Psychiatry*, 48: 946-953.
25. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incorag-

giamento, *Riv. Psicol. Ind.*, 17-18: 28-47.

26. ROVERA, G. G. (1990), Analytic Aspects of Regression, *Indiv. Psychol.*, Doss. 2: 61-76.

27. ROVERA, G. G., BALZOLA, F. (in press), In tema di anoressia e bulimia: contributi psicopatologico-clinici, *Arch. Psicol. Neurol. Psichiat.*, 3.

28. SHULMAN, B. H. (1981), Life Style, in *Contribution to Individual Psychology. Selected Papers*, Alfred Adler Institute, Chicago.

29. SHULMAN, B. H. (1989), Some Remarks on Brief Psychotherapy, *Indiv. Psychol.*, 45: 33-38.

30. SIFNEOS, P. E. (1972), *Psicoterapia breve e crisi emotiva*, Martinelli, Firenze 1982.

31. SPERRY, L. (1989), Contemporary Approaches to Brief Psychotherapy: a Comparative Analysis, *Indiv. Psychol.*, 45: 3-25.

32. SVARTBERG, M., STILES, T. (1991), Comparative Effects of Short-Term of Psycho-Dynamic Psychotherapy: a Meta-Analysis, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 59: 704-714.

33. WALLON, P. (1983), L'empathie. Essai d'approche d'une méthodologie, *Evolution Psychiatrique*, 48, 3.

Secondo Fassino  
Via Milazzo, 2  
I-10133 Torino