

PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Anno XLV

Luglio-Dicembre 2017

Numero 82

| | | |
|----------------------------|---|----|
| Editoriale | di Andrea Ferrero e Secondo Fassino | 3 |
| S. Fassina B. Simonelli | <i>La ricerca in psicoterapia. La psicoterapia come ricerca</i> | 9 |
| S. Fassino | <i>Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica</i> | 29 |
| A. Ferrero | <i>Processi ed esiti in psicoterapia: il ruolo della relazione terapeutica</i> | 55 |
| G. S. Lerda | <i>I "nuovi bambini" in psicoterapia: dalle dinamiche impotenza-onnipotenza al processo inferiorità-superiorità. Riflessioni e strategie terapeutiche</i> | 69 |
| Report | | 77 |
| Notiziario | | 85 |



RIVISTA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Fondata da Francesco Parenti e Pier Luigi Pagani

Norme redazionali

1. La *Rivista di Psicologia Individuale* è l'organo ufficiale della SIPI e pubblica articoli originali. Le ricerche, oggetto degli articoli, devono attenersi alle disposizioni di legge vigenti in materia.
2. Gli articoli devono essere inviati alla Segreteria di Redazione in 3 copie dattiloscritte accompagnate da CD-ROM con programma Word e registrato in Ascii; non devono essere stati accettati né in corso di accettazione presso altre Riviste italiane o estere.
3. L'accettazione dei lavori è di competenza della Direzione che ne darà tempestiva comunicazione agli Autori. In nessun caso sarà restituito il materiale inviato. Gli Autori non possono ritirare per nessun motivo, né offrire ad altri Editori l'articolo già accolto per la pubblicazione sulla Rivista.
4. Gli autori degli articoli pubblicati nella Rivista hanno diritto a 5 copie gratuite; gli Autori di testi di vario genere (recensioni, etc.) hanno diritto a 2 copie gratuite.
5. Il testo deve essere così redatto: titolo; nome e cognome degli Autori; riassunto in italiano e in inglese, contenuto in 150-200 parole, con il titolo tradotto all'inizio; testo completo in lingua italiana; 3 keywords.

In allegato indicare: la qualifica professionale degli Autori, il recapito postale e telefonico, il numero di codice fiscale.

6. Gli articoli pubblicati sono di proprietà letteraria dell'Editore, che può autorizzarne la riproduzione parziale o totale.

7. La bibliografia a fine articolo deve essere redatta secondo norme standard, di cui indichiamo alcuni esempi:

7. 1. Riviste:

ADLER, A. (1908), *Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose*, *Fortschr. Med.*, 26: 577-584.

7. 2. Comunicazioni a Congressi:

PAGANI, P. L. (1988), "Finalità palesi e occulte dell'aggressività xenofoba", *IV Congr. Naz. SIPI*, Abano Terme.

7. 3. Libri citati in edizione originale:

PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.

7. 4. Libri tradotti (dell'edizione originale indicare sempre l'anno e il titolo):

ELLENBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino 1976

7. 5. Capitolo di un libro (specificare sempre le date se diverse tra la prima pubblicazione del capitolo-articolo e la prima pubblicazione del libro):

ROSENHAN, D. L. (1973), *Essere sani in posti insani*, in WATZLAWICK, P. (a cura di, 1981), *Die erfundene Wirklichkeit*, tr. it. *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milano 1988: 105-127.

7. 6. La bibliografia va numerata, messa in ordine alfabetico per Autore e in ordine cronologico in caso di più pubblicazioni dello stesso Autore. Nel testo i riferimenti bibliografici "generici" vanno indicati in parentesi quadra con il numero di bibliografia, mentre le citazioni specifiche vanno indicate in parentesi tonda con il numero di bibliografia e la pagina.

8. La Redazione si riserva di apportare al testo tutte le modifiche ritenute necessarie.

Copyright © 2014 by SIPI

La proprietà dei testi è della *Rivista*: è vietata la riproduzione anche parziale senza il consenso della Direzione.

Autorizzazione del Tribunale di Milano n. 378 dell'11/10/1972

Direttore Onorario

GIAN GIACOMO ROVERA

Direttore Responsabile

SECONDO FASSINO

Vice Direttore

ANDREA FERRERO

Caporedattori

CHIARA BERSELLI

SILVANA LERDA

Redattori

FRANCESCO BOCCI

ANDREA BOVERO

LUCA BURDISSO

SABRINA GAROLFI

GIUSEPPINA ZULLO

Referenti di area

Psicopatologia e clinica:

GIOVANNI ABBATE DAGA

Interventi psicologici in età evolutiva:

ANNA MARIA BASTIANINI

Psicologia sociale e counselling:

GIAN SECONDO MAZZOLI

Cultura e Scienze Umane:

EGIDIO ERNESTO MARASCO

Direzione

Via Milazzo, 2 - 10133 Torino

Tel. 011.6601644

E-mail: secondo.fassino@unito.it

Sede legale

c/o Società Italiana di Psicologia Individuale

Via Milazzo, 2

10133 Torino

Casella Postale

rivistasipi@libero.it

Impaginazione: adrianochiappa@gmail.com

Stampa: ale.for15@libero.it

PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Year XLV

July-December 2017

Number 82

| | | |
|----------------------------|---|----|
| Editorial | by Andrea Ferrero and Secondo Fassino | 3 |
| S. Fassina B. Simonelli | <i>Psychotherapy Research, Psychotherapy as Research</i> | 9 |
| S. Fassino | <i>Neuroscience and Deep Dynamics of Change in the Therapeutic Relationship</i> | 29 |
| A. Ferrero | <i>Psychotherapy Processes and Outcomes: the Role of Therapeutic Relationship</i> | 55 |
| G. S. Lerda | <i>New Children in Psychotherapy: from Omnipotence-Impotence Dynamics to Inferiority-Superiority Process. Reflections and Therapeutic Strategies</i> | 69 |
| Report | | 77 |
| Announcements | | 85 |



Editoriale

ANDREA FERRERO, SECONDO FASSINO

Il numero 82 della Rivista di Psicologia Individuale è dedicato ad una riflessione critica su fattori e modalità del cambiamento in salute mentale.

Per quanto rivesta una grande importanza, si tratta di un tema potenzialmente scomodo, perché comporta la necessità di una costante riflessione critica sull'efficacia dei progetti, delle prassi e delle tecniche.

Come sappiamo, i criteri per correlare gli interventi terapeutici, riabilitativi e psicoeducativi con gli esiti sulla qualità della vita degli utenti, sono molto complessi e bisogna considerare, inoltre, che un insieme di fattori aspecifici (individuali, relazionali e sociali) possono costituirsi come fattori di confondimento per la valutazione dell'operato dei professionisti.

Fare il punto su alcuni aspetti dell'argomento è sembrato pertanto utile, con l'obiettivo che i contributi scientifici che vengono presentati possano aiutare una riflessione più informata e consapevole.

In questo senso, le proposte della Rivista sono anche il riflesso degli stimoli prodotti dal 27° Congresso della Società Internazionale di Psicologia Individuale che si è svolto a Minneapolis nel luglio 2017, incentrato proprio sul tema di come cambiano le manifestazioni del sentimento di inferiorità e, di conseguenza, gli approcci per affrontarle.

Più specificatamente, a tal proposito, il terzo e il quarto articolo hanno una stretta attinenza con i contenuti discussi dagli Autori in quell'occasione e un esauriente sommario dei lavori congressuali è contenuto in questo numero della Rivista nel puntuale *Report* redatto da Barbara Simonelli, con un'attenzione particolare ai numerosi contributi dei colleghi italiani e al ruolo crescente che i soci della Società Italiana di Psicologia Individuale avranno nel coordinamento dell'attività scientifica della Società Internazionale per i prossimi anni.

Il primo lavoro, dal titolo: *“La ricerca in psicoterapia. La psicoterapia come ricerca”* di Simona Fassina e Barbara Simonelli, svolge idealmente la funzione di cornice concettuale delle tematiche svolte negli articoli successivi.

In modo aggiornato e sistematico le Autrici forniscono una serie di informazioni e riflessioni critiche sui controversi temi della ricerca in psicoterapia. La prospettiva è nel contempo storica, a partire dagli ultimi decenni del secolo scorso fino ad oggi, e aperta alle prospettive future, secondo cui anche la SIPI e le altre Associazioni Adleriane italiane potranno contribuire ai progressi della comunità scientifica.

La ricerca, in sintesi, come contributo, per fornire trattamenti, per quanto possibile, sempre più giustificati e adatti ad affrontare vecchie e nuove manifestazioni dei disturbi psichici. La ricerca su come avviare il cambiamento per accompagnare i pazienti nella loro ricerca per uscire dalla sofferenza.

I contenuti prendono le mosse da diversi interrogativi che si susseguono, articolati e interconnessi tra loro. La psicoterapia è davvero efficace? Quali psicoterapie possiamo considerare efficaci? Quali sono i fattori per cui sono efficaci quando lo sono?

Viene sottolineato che, per provare a fornire indicazioni e risposte, bisogna chiarire preliminarmente alcuni altri aspetti.

Il primo riguarda il tipo di disturbi che la psicoterapia intende curare: negli studi randomizzati e controllati si devono considerare come omogenei campioni di pazienti con la medesima diagnosi categoriale oppure è più congruo fare riferimento ad un approccio dimensionale? Quest’ultimo riflette forse meglio la sfaccettata varietà della realtà clinica?

Il secondo deriva dal fatto che protocolli di ricerca sulla psicoterapia che utilizzino gli stessi parametri utilizzati per la ricerca farmacologica possano rivelarsi poco adeguati.

In terzo luogo, bisogna definire bene quali parametri specifici di esito si possono assumere come indicatori utili dell’efficacia della psicoterapia, che non rimangano circoscritti ad un mero aspetto sintomatologico e comprendano anche valutazioni a medio-lungo termine, se è vero, come alcuni dati suggeriscono, che i benefici della psicoterapia dovrebbero mantenersi nel tempo o potrebbero continuare a crescere anche dopo il termine del trattamento.

Senza indulgere ad un certo “spirito del tempo” che tutto vuole capire e semplificare, la ricerca può rappresentare un valido stimolo di confronto e di riflessione come antidoto all’autoreferenzialità, in nome di un rinnovato sentimento sociale verso i pazienti.

I due articoli successivi sono redatti dagli estensori di questo editoriale.

Il primo è di Secondo Fassino e ha per titolo: *“Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica”*.

Si sottolinea innanzitutto come un consistente numero di recenti studi nell’ambito delle neuroscienze confermano la reale efficacia delle psicoterapie, ed in particolare delle psicoterapie psicodinamiche.

Queste ricerche cercano anche di identificare quali sono i fattori reali che promuovono il cambiamento, affinché possano essere attivati quanto più rapidamente possibile durante i trattamenti.

Interesse cruciale rivestono, tra gli altri aspetti rilevanti, i processi neuropsicologici inconsci che riguardano la memoria procedurale, i meccanismi di difesa e le produzioni oniriche.

Aree di analogo interesse coinvolgono i processi biopsicologici dell’attaccamento ed il ruolo che svolgono i neuroni a specchio nelle esperienze relazionali connotate da empatia e compassione, nonché gli aspetti impliciti dei processi interpersonali che si svolgono durante le sedute, anche in termini di “embodied simulation” e “intentional attunement”.

Questi studi, esplicitando alcuni processi che riguardano gli aspetti inconsapevoli della relazione psicoterapeutica, rendono conto in concreto delle potenzialità che la psicoterapia ha di promuovere cambiamenti significativi e fruttuosi per il paziente. Forniscono, inoltre, indicazioni aggiuntive rispetto ai dati clinici, utili per comprendere che cosa possa risultare veramente importante di tutto quello che accade durante i trattamenti e cosa, di conseguenza, debba essere massimamente considerato degno di attenzione e di valutazione.

Gli studi sulle funzioni cerebrali suggeriscono in sintesi, con sempre maggiore evidenza, che un profondo contatto emotivo, anche implicito e non-verbale, tra il paziente e il terapeuta costituisca l’elemento decisivo dei processi di cambiamento in psicoterapia. Si promuove infatti, in questo modo, una profonda ri-organizzazione di antiche memorie patogene, attraverso sequenze di reciproche contaminazioni e trasformazioni.

Nuove memorie si costruiscono, dunque, attraverso il coinvolgimento empatico ottimale del terapeuta nella relazione col paziente.

Questi stessi temi possono essere utilmente confrontati con quelli proposti nell’articolo successivo di Andrea Ferrero, dal titolo: *“Processi ed esiti in psicoterapia: il*

ruolo della relazione terapeutica”, dove il tema del cambiamento è invece affrontato a partire da una revisione dei risultati che emergono da studi effettuati in ambito clinico.

È interessante notare come la ricerca odierna sui fattori efficaci di cambiamento in psicoterapia tenda a produrre risultati compatibili e coerenti anche a partire da prospettive metodologiche differenti.

Le dinamiche tra paziente e terapeuta che connotano le sedute sono descritte in termini di attitudini e contro-attitudini, nell’accezione proposta da Rovera in una serie di studi recenti, anche pubblicati su questa Rivista. Il punto di partenza di queste dinamiche si pone tra l’obiettivo del terapeuta di fornire presenza e incoraggiamento e la richiesta-speranza del paziente di ritrovare fiducia e sollievo rispetto ai vissuti maggiormente sofferenti.

Le dinamiche dell’alleanza terapeutica sono considerate, a tutt’oggi, come il più robusto predittore di esito della psicoterapia.

In base ad una revisione degli studi in proposito, e tenendo in conto in particolar modo di quelli specificatamente proposti nell’ambito della Psicologia Individuale secondo diversi approcci teorico-metodologici, le dinamiche dell’alleanza terapeutica vengono considerate a tre livelli: le qualità del paziente e del terapeuta in quanto persone reali, i significati simbolici inconsci che la relazione riveste per entrambi (specificatamente identificati come transferali e contro-transferali) e le componenti implicite della comunicazione.

In particolare, la personalità del terapeuta è importante per come si manifesta e viene percepita dal paziente durante le sedute.

Per quanto riguarda, invece, l’influenza della personalità del paziente sull’andamento della relazione, è interessante notare come più dei sintomi sia rilevante la qualità delle dinamiche, anche inconscie, che li sottendono; i dati della ricerca sperimentale confermerebbero, dunque, quanto le osservazioni originarie in ambito psicodinamico, a partire da Freud e da Adler, hanno sempre rimarcato.

Il fatto che, inoltre, i terapeuti tendano a presentare risposte emotive diverse in ragione della personalità dei pazienti sottolinea ancora una volta come il tirocinio emotivo del terapeuta non sia meno importante di quello clinico e tecnico. Una conveniente confidenza con le proprie emozioni permette infatti al terapeuta di non essere troppo contagiato in modo confusivo da quelle del paziente.

In questo modo, attraverso un ideale filo di continuità si arriva al quarto lavoro, quello di Gian Sandro Lerda, dal titolo: *“I “nuovi bambini” in psicoterapia: dalle dinamiche impotenza-onnipotenza al processo inferiorità-superiorità. Riflessioni e strategie*

terapeutiche”, di impronta strettamente clinica in tema di psicoterapia dell’età evolutiva.

Il tema del cambiamento è qui declinato nell’intreccio tra la condizione dell’onnipotenza infantile e nuovi aspetti culturali. Questi si concretizzano in tendenze educative omissive rispetto alla proposizione di una conveniente esperienza del limite al bambino, che è invece necessaria perché si strutturi precocemente l’immagine di sé ed il riconoscimento dell’altro.

Senza contenimento non si ha differenziazione di un mondo interno caotico e se le relazioni sono caratterizzate da istantaneità, superficialità, occasionalità ed inconsistenza, l’alternativa all’onnipotenza è l’impotenza e la frammentarietà è la forma prevalente del cambiamento.

L’Autore sottolinea come per questi “nuovi bambini” sia necessario orientare in modo differente la psicoterapia, favorendo la costruzione del processo identitario.

L’attenzione tradizionalmente posta sulla relazione e sull’armonizzazione del sistema delle compensazioni rispetto al sentimento sociale andrà quindi riservata a situazioni in cui la dinamica inferiorità-superiorità si articola a livelli di funzionamento più maturi.

In conclusione, si può sostenere che il cambiamento del paziente si rende possibile quando per primi i terapeuti sono in grado di cambiare, modulando il registro relazionale ed emotivo in considerazione della diversità di ogni soggetto e le tecniche in funzione delle diverse patologie.

La ricerca in psicoterapia. La psicoterapia come ricerca

SIMONA FASSINA, BARBARA SIMONELLI

Summary – PSYCHOTHERAPY RESEARCH. PSYCHOTHERAPY AS RESEARCH. The paper offers a brief historical review and a current overview of the acquisitions, problems, lines of development about outcomes and processes research in psychodynamic psychotherapy. It proposes some reflections on the importance of the attitude to research in the training courses of Adlerian psychotherapists.

Keywords: OUTCOME, RICERCA, PSICOTERAPIA PSICODINAMICA

I. Le “fasi” storiche della ricerca in psicoterapia, con particolare attenzione alle psicoterapie psicodinamiche

Una riflessione sul complesso tema della ricerca in psicoterapia può essere introdotta a partire dai grandi quesiti attorno ai quali si articola il lavoro dei ricercatori:

1. La psicoterapia è efficace?

L'esigenza di rispondere a tale domanda, provocatoriamente lanciata da Eysenck nel 1952 [16], diede impulso a quella che Paolo Migone, in un ormai notissimo lavoro del 1996 [45], definisce una “prima fase” nella storia della ricerca in psicoterapia, tesa al “giustificazionalismo scientifico” della psicoterapia. Furono infatti avviati, a partire dagli anni '50 del secolo scorso, numerosi studi tesi a misurare gli esiti delle psicoterapie, applicando le metodologie della ricerca empirica utilizzata in ambito medico.

Ben presto si evidenziarono alcune criticità rispetto alla necessità di isolare delle variabili da poter utilizzare in uno studio empirico: mentre appare relativamente semplice “misurare” l'efficacia di un farmaco confrontandone gli effetti con una molecola inerte, risultò ben più complesso individuare una condizione di trattamento placebo da confrontare con una psicoterapia; la prassi di considerare come “placebo” interventi psicologici meno strutturati (colloqui condotti da altre figure professionali, ad es.) sollevò ben presto numerose obiezioni, in quanto la dimensione relazionale, quelli che successivamente saranno individuati come “fattori aspecifici” della cura, erano

considerati di primaria importanza nella maggior parte degli orientamenti teorici; ciò che alcune scuole consideravano come secondario rispetto alla cura, era prioritario per altre; i ricercatori evidenziarono che per poter definire un placebo, in riferimento ad un trattamento che si basa sulla relazione e sulla parola, era infatti necessario individuare con chiarezza quale fosse “la molecola attiva” della psicoterapia, ovvero definirne l’agente terapeutico.

L’attenzione dei ricercatori fu quindi rivolta allo studio dei processi, ovvero ad un secondo quesito:

2. Quali fattori determinano l’esito?

Questa “seconda fase” [45] della storia della ricerca vede spostarsi l’interesse dallo studio del risultato allo studio del rapporto tra processo e risultato, a partire dalle conferenze del National Institute of Mental Health (NIMH) statunitense (dal 1957 al 1966); nasce in questo periodo la Society for Psychotherapy Research (SPR), e nel 1970, viene portato a termine l’imponente studio della Menninger Foundation, i cui risultati furono pubblicati da Kernberg e collaboratori nel 1972 [35].

Il Menninger Project si può considerare il primo studio di esito-processo sulla psicoterapia psicodinamica a lungo termine [62].

3. Quale psicoterapia è più efficace?

Negli stessi anni, iniziarono ad essere realizzati studi comparativi, tesi a mettere a confronto due o più trattamenti psicoterapeutici afferenti a modelli teorico-clinici differenti. Tra i primi e più noti vanno menzionati: il Temple Study di Sloane e collaboratori, del 1975, [57] che metteva a confronto la psicoterapia breve comportamentale con quella psicodinamica; il Vanderbilt Psychotherapy Research Project di Strupp e Hadley [58], nel 1979, in cui furono messe a confronto psicoterapie dinamiche ed esperienziali (di max 25 sedute) con gruppi di controllo costituiti da trattamenti erogati da terapeuti non professionali (professori universitari).

Nel corso degli anni ’80 del secolo scorso, gli studi comparativi sono ampiamente utilizzati; ad esempio Elkin, Parloff e collaboratori [15] tra il 1985 e il 1989 misero a confronto il trattamento con antidepressivo, la terapia cognitiva, la Psicoterapia Interpersonale (IPT) e due condizioni di “placebo” (costituita da un farmaco placebo e «colloqui informali»), per un campione di 260 pazienti affetti da depressione, distribuiti nei 4 gruppi; un’altra “pietra miliare” è rappresentata, in questi anni, dalla ricerca di Piper e collaboratori [51], in cui fu paragonata una terapia analitica individuale e di gruppo a breve (6 mesi) e medio termine (24 mesi) in 106 pazienti.

Gli studi comparativi e gli studi di esito-processo condotti tra gli anni ’50 e gli anni ’90 del secolo scorso produssero alcune “risposte” che oggi costituiscono un patrimonio consolidato per i ricercatori e per i clinici.

Nonostante le difficoltà e i risultati spesso contrastanti che emergevano dai vari studi, fu possibile rispondere alla provocazione di Eysenck [16], soprattutto grazie allo sviluppo di metodologie statistiche quali le meta-analisi¹ e l'effect-size².

È dunque oggi possibile affermare inequivocabilmente che la psicoterapia è efficace nel trattamento della maggior parte dei disturbi psichici. Alcuni dati attuali ed esemplificativi saranno presentati nei paragrafi successivi.

Ciò che non emerge con chiarezza dagli studi comparativi è invece la netta prevalenza dell'efficacia di un modello di psicoterapia rispetto agli altri. Questa situazione fu definita il "verdetto del dodo"³ o "paradosso dell'equivalenza"^[42], il quale rappresenta una condizione di scacco che tiene ancora oggi in competizione tra loro le scuole di psicoterapia. Ma il suo evidenziarsi alimentò (e alimenta tuttora) l'interesse per gli studi di processo.

Il rapporto del Menninger Project di Kernberg, Horwitz e collaboratori, in cui erano stati analizzati i trascritti delle sedute di 42 pazienti adulti, trattati con psicoterapia a lungo termine, distinguendo tra «psicoterapia supportiva» e «psicoterapia analitica», evidenziò la distribuzione di 7 tipologie di interventi tecnici utilizzati dai terapeuti lungo un continuum intensivo-supportivo⁴. Lo studio mise in evidenza che i terapeuti più esperti modulavano gli interventi, a prescindere dal gruppo di appartenenza (terapia supportiva v/s analitica); che non vi erano differenze significative di esito nel confronto tra le due psicoterapie, ma piuttosto l'efficacia del trattamento correleva maggiormente con l'esperienza del terapeuta; che i pazienti con una "bassa forza dell'Io" (quelli che oggi definiremmo con organizzazione borderline di personalità) conseguivano un maggiore beneficio se la psicoterapia risultava essere "supportivo-intensiva" e focalizzata sul transfert⁵.

Le successive elaborazioni di Wallerstein [60], proprio a partire dal Menninger Project, evidenziarono come, a prescindere dagli intenti dichiarati (e manualizzati) nei diversi orientamenti, tutte le forme di psicoterapia contengano un misto di elementi supportivi ed espressivi, ed i cambiamenti ottenuti tramite gli elementi supportivi non sono inferiori rispetto a quelli ottenuti mediante gli elementi espressivi.

¹la tecnica della meta-analisi rappresenta un metodo statistico sofisticato che riduce le misurazioni dei risultati di studi differenti all'interno di un unico calcolo; il vantaggio di tale tecnica consente di poter prendere in considerazione anche i risultati di ricerche basate su campioni non troppo ampi, ovvero che singolarmente non avrebbero una forza statistica sufficiente per risultare significativi. Smith, Glass & Miller (1980) e Shapiro & Shapiro (1982) utilizzarono tra i primi tale tecnica, con la quale analizzarono globalmente 597 studi controllati.

²Tecnica statistica che consente di misurare la forza della relazione tra due variabili (ad es. un parametro pre/post trattamento).

³Espressione utilizzata da Luborsky (1975), riferendosi alla "corsa dei dodo" nel racconto di Lewis Carroll: *Alice nel paese delle meraviglie*, in cui "tutti vincono e tutti devono ricevere un premio".

⁴Dal polo intensivo a quello supportivo: Interpretazione, Confrontazione, Chiarificazione, Incoraggiamento a elaborare, Convalidazione empatica, Consigli ed elogi, Prescrizioni.

⁵Da questo studio prenderà le mosse l'elaborazione di Kernberg della Transference Focused Psychotherapy.

Fu proprio Wallerstein a coniare lo “slogan”: “sii espressivo quanto puoi e supportivo quanto devi”, ad indicare la necessità (e l’efficacia) di modulare gli interventi tecnici tra i due poli in relazione ai bisogni del paziente in un dato momento del processo terapeutico.

L’interesse per lo studio dei processi divenne trasversale a tutti modelli di psicoterapia e, da vertici osservativi differenti, gli studiosi giunsero a considerazioni fortemente sovrapponibili. In ambito psicodinamico, Jones [3] elaborò una concettualizzazione dei processi terapeutici come strutture interattive, in cui sia il ruolo dell’insight che gli aspetti inerenti la relazione concorrono al cambiamento. Da una prospettiva cognitivista, Karasu [34] individuò tre mediatori universali di cambiamento presenti in grado variabile nei diversi approcci terapeutici, che possono risultare insufficienti se usati singolarmente: l’esperienza affettiva (che contribuisce a preparare lo scenario della recettività al cambiamento); la padronanza cognitiva (gli aspetti della terapia che usano ragione e significato come strumenti terapeutici e tentano di ottenere il loro effetto attraverso l’integrazione di nuovi schemi mentali e/o di nuove conoscenze); la prescrizione comportamentale (attraverso cui il paziente mette in atto nuovi comportamenti che stabilizzano le modificazioni affettive e cognitive e che arricchiscono il suo patrimonio di esperienze).

Siamo quindi nel cuore del dibattito sui fattori specifici (ovvero legati ad un determinato modello teorico ed a corrispondenti specifiche tecniche) ed aspecifici della terapia (ovvero i fattori comuni, che si osservano in tutte le psicoterapie, e che attengono prevalentemente alla qualità della relazione terapeutica e ad alcune caratteristiche del setting⁶), che ha dominato il panorama della ricerca fino alla fine del secolo scorso.

Sono ormai indiscutibili i risultati che attestano la qualità dell’alleanza terapeutica come fattore predittivo di esito ampiamente superiore rispetto alle tecniche utilizzate ed al modello teorico di riferimento [6, 4, 61].

La forte ed evidente correlazione globale tra alleanza ed esiti è stata confermata nel 2011 attraverso una meta-analisi di circa 200 studi, basati su circa 1400 pazienti [31]. Tuttavia, presupporre che una “buona qualità” della relazione sia una condizione sufficiente per determinare l’esito di un trattamento, appare parimenti ingenuo dell’affidarsi esclusivamente alla mera applicazione di una tecnica. Inoltre, lo stesso costrutto di “alleanza terapeutica” è definito e si declina in modi differenti nei diversi orientamenti teorici⁷.

⁶Su questo punto non vi è univocità tra i vari Autori, in quanto alcuni aspetti del setting sono fortemente condizionati dal modello teorico di riferimento e pertanto considerati “specifici”, mentre alcune sue caratteristiche più generali sono universalmente condivise dalle principali scuole, ovvero “aspecifici”.

⁷L’alleanza terapeutica è variamente intesa dai diversi Autori e nei diversi orientamenti teorici come accordo sugli obiettivi esplicitato tra paziente e terapeuta, come relazione reale, come attivazione dei processi simbolici transferali e contro-transferali, come attivazione di meccanismi neurobiologici impliciti di riconoscimento reciproco tra paziente e terapeuta (attivazione dei neuroni specchio, embodied simulation, intentional attunement), etc...

Se oggi possiamo quindi considerare l'alleanza terapeutica come fattore terapeutico aspecifico che maggiormente correla con gli esiti delle psicoterapie [40, 32], non possiamo trattare tale costrutto come un "abito buono per tutte le occasioni", né una "panacea": piuttosto una (pre)condizione ed al tempo stesso un obiettivo del cambiamento [12, 8]; non un concetto singolo, ma un mezzo attraverso il quale differenti aspetti del processo psicoterapeutico operano in differenti momenti della terapia [52, 28].

In ogni caso, la supremazia dell'alleanza terapeutica come fattore terapeutico non ha concluso l'era degli studi comparativi e non ha risolto il paradosso dell'equivalenza, ma ha piuttosto evidenziato la necessità di approfondire lo studio dei processi, complessificando il campo di osservazione.

Nel corso di questi ampi studi comparativi e degli studi di esito-processo, si rese infatti evidente non solo che terapeuti di orientamenti e scuole diverse utilizzavano tipologie di interventi tecnici spesso sovrapponibili, sebbene concettualizzati in modo differente, ma anche che i terapeuti che pure afferivano allo stesso modello teorico non sempre utilizzavano gli stessi strumenti e non sempre condividevano in modo inequivocabile i costrutti teorici di riferimento, ovvero che non sempre ad una psicoterapia chiamata in un certo modo (ad esempio, "psicoterapia psicoanalitica") corrispondeva effettivamente la stessa cosa (lo stesso "processo"). Ciò diede impulso alla necessità di manualizzare le psicoterapie⁸: condizione imprescindibile in un protocollo di ricerca è che siano chiaramente e dettagliatamente definiti processi e procedure che i terapeuti mettono in atto, affinché la terapia "x" sia confrontabile con la terapia "y".

Ciò che gli studi di processo metteranno in evidenza, però, è che i terapeuti esperti non sempre si attengono scrupolosamente alle "istruzioni" manualizzate, ma più spesso si affidano all'esperienza clinica nella conduzione della terapia. In ambito psicodinamico, inoltre, il dibattito fu (e in alcuni contesti rimane tuttora) molto acceso circa l'impossibilità di codificare un processo, quale è quello analitico, che per sua natura rivendica una qualità ermeneutica, si fonda e intende agire ed attivare dei meccanismi inconsci iscritti in una dinamica relazionale profonda e con una valenza simbolica.

⁸Tra le terapie manualizzate, a titolo esemplificativo, ne elenchiamo alcune in ambito psicodinamico: LUBORSKY, L. (1984), *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual For Supportive-expressive Treatment*, tr. it. *Principi di psicoterapia psicoanalitica. Manuale per il trattamento supportivo-espressivo*, Boringhieri, Torino 1989; CRITS-CHRISTOPH, P., BARBER, J. (eds, 1991), *Handbook of short-term dynamic psychotherapy*, Basic Books, New York; STRUPP, H.H., BINDER, J. (1984), *Psychotherapy in a New Key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapie dinamiche brevi*, Il Mulino, Bologna 1994; MCCULLOUGH, L., KUHN, N., ANDREWS, S., KAPLAN, A., WOLF, J., HURLEY, C.L. (2003), *Treating affect phobia: a manual for short term psychotherapy*, Guildford, New York; LEMMA, A., TARGET, M., FONAGY, P. (2011), *Dynamic interpersonal therapy*, Guildford, New York; BATEMAN, A., FONAGY, P. (2006), *Mentalization Based treatment for Borderline Personality Disorder*, Oxford Univ. Press, New York; YEOMANS, F.E., CLARKIN, J.F., KERNBERG, O.F. (2006), *Transference Focused Psychotherapy for borderline personality disorder. A clinical Guide*, APA Publishing, Washington. Una distinzione può essere fatta rispetto ai manuali che nascono non per finalità di ricerca, ma piuttosto ad uso clinico. Tali terapie sono definite "semi-manualizzate"; tra queste: la Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei Dipartimenti di Salute Mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria Edit., Torino.

Semplificando i termini del dibattito, l'obiezione più frequentemente mossa dai teorici della psicoanalisi ai ricercatori è: non si può misurare l'inconscio, quindi non si può osservare il processo psicoanalitico con metodi empirici.

Oltre a ciò, l'evidenziarsi del ruolo della "alleanza terapeutica" come fattore maggiormente predittivo dell'esito delle psicoterapie, rispetto all'utilizzo di tecniche peculiari, diede ulteriore impulso a studi di processo tesi a cogliere e descrivere in modo più dettagliato e raffinato i vari elementi in gioco nel processo terapeutico.

È quella che Migone [45] definisce la "terza fase" della ricerca in psicoterapia, in cui l'attenzione dei ricercatori si dedica ad approfondire i "microprocessi" della psicoterapia che definiscono ciò che a livello clinico è percepito come macroprocesso, ovvero al quesito:

4. Cosa accade durante una psicoterapia?

Tra i più imponenti e dettagliati studi sui microprocessi della psicoterapia psicodinamica va menzionato: il lavoro di Luborsky e Crits-Christoph [44], i quali, dopo aver partecipato al progetto della Menninger Foundation, avviarono a Filadelfia il Penn Psychotherapy Project, pubblicato nel 1988, in cui vennero analizzati i trascritti di 63 psicoterapie dinamiche interamente registrate su nastro, della durata da 8 a 264 sedute.

Il lavoro di Luborsky e collaboratori esitò nella concettualizzazione del CCRT (Core Conflictual Relationship Theme: "Tema Relazionale Conflittuale Centrale") come fattore psicopatologico nucleare su cui agirebbe la psicoterapia psicodinamica. Luborsky [43] individuò alcuni fattori terapeutici variamente correlati con gli esiti: la alleanza terapeutica (therapeutic alliance), fin dalle prime sedute ad alto valore prognostico (la sua correlazione col risultato è la più alta tra tutte le variabili considerate); la comprensione e formulazione del CCRT da parte del terapeuta; la "accuratezza" delle interpretazioni rispetto al CCRT; la "comprensione di sé" (self-understanding) o insight da parte del paziente; la elaborazione della interiorizzazione dei risultati raggiunti, affinché questi permangano dopo la fine della terapia.

Da segnalare come gli stessi autori [41] rilevassero che sebbene l'accuratezza delle interpretazioni basate sul CCRT dovrebbe correlare con gli esiti, non necessariamente però essa correlava con la qualità dell'alleanza terapeutica, che si evidenziava comunque come il principale indicatore prognostico di esito.

Un ulteriore merito di questo lavoro fu l'elaborazione della "scala salute-malattia" Health-Sickness Rating Scale (HSRS) che, con alcune modifiche, diventerà la Global Assessment Scale (GAS) utilizzata per l'asse V del DSM-III. Punteggi più elevati a questa scala a inizio terapia costituivano un fattore prognostico di esito positivo (pre-terapeutico), indicando come pazienti "più sani" traessero un maggiore vantaggio della terapia. Nasceva così un'altra ormai celebre espressione di Luborsky: "i ricchi diventano più ricchi". Questi dati, tuttavia, ebbero l'effetto di rinsaldare il pregiudizio che solo pazienti "ad alto funzionamento" potessero trarre giovamento dalla

psicoterapia, e in particolare dalla psicoterapia psicodinamica. Gli studi più recenti sull'efficacia delle psicoterapie nel trattamento di pazienti con gravi disturbi della personalità correggono tale pregiudizio (in una recente rassegna, Fonagy [24] considera 26 studi con evidenze di efficacia per la psicoterapia psicodinamica nel trattamento di tali disturbi).

Questa tipologia di studi sui microprocessi ha avuto il merito di sviluppare numerosi e sempre più raffinati strumenti per la rilevazione dei processi, alcuni "specifici" (come il CCRT di Luborsky), altri "trasversali", ovvero formulati in modo tale da poter essere utilizzati anche da terapeuti di diverso orientamento.

A partire dagli '70 del secolo scorso, numerosi strumenti vengono infatti sviluppati per rilevare elementi processuali considerati rilevanti e specificatamente individuati dalle varie scuole: gli interventi tecnici utilizzati dal terapeuta, la qualità della relazione terapeutica e le sue oscillazioni durante la terapia, aspetti di funzionamento strutturale del paziente e l'emergere di resistenze durante il trattamento, le capacità di funzione riflessiva del paziente. Alcuni di questi strumenti prevedono la rilevazione del processo parallelamente dal punto di vista del terapeuta, del paziente e di un osservatore esterno.

A titolo esemplificativo ne citiamo alcuni tra i più recenti (e validati in italiano): il PQS (Psychotherapy Process Q-set) di Jones [33]; il CPPS (Comparative Psychotherapy Process Scale) proposto da Hinselroth [27]; il WAI (Working Alliance Inventory) di Horvath [30].

Tali strumenti, rispetto a quelli elaborati negli anni '80, hanno il vantaggio di una maggiore usability, ovvero coniugano la necessità di cogliere aspetti salienti del processo terapeutico con l'esigenza di poter essere compilati in un tempo contenuto e senza richiedere un training prolungato.

Se certamente non possiamo quindi "misurare l'inconscio" o "catturare l'essenza" del processo psicoterapeutico, o scomporre la psicoterapia in elementi che possano essere isolati e studiati singolarmente perché il suo significato è diverso dalla semplice somma delle sue parti, lo sforzo compiuto dai ricercatori in questi ultimi settant'anni ci consente e ci stimola ad analizzare e tentare di descrivere nel modo più articolato possibile cosa avviene e quali fattori maggiormente influiscono in quella "costellazione di processi" che si attivano durante la cura psicoterapeutica [21, 25].

È un nostro obbligo etico, sostenuto dalla necessità di proporre ai nostri pazienti trattamenti di cui conosciamo le indicazioni, le potenzialità terapeutiche e i rischi.

"(...) analisti e psicoterapeuti di tutte le scuole psicodinamiche (...) devono rispondere in modo responsabile di ciò che propongono, non solo in termini di strategie di intervento ma del dialogo intimo di ogni singola seduta, e devono continuare a segnalare ai pazienti in che modo essi stessi sono compartecipi e corresponsabili della conduzione del trattamento e dei risultati della cura" (10, p. 107).

II. *Attualità e linee di sviluppo per la ricerca in psicoterapia (psicodinamica)*

Le linee attuali di sviluppo della ricerca in psicoterapia hanno aperto la strada ad un'area di studi interdisciplinari tra le neuroscienze ed i modelli psicoterapeutici, ed in particolare psicodinamici.

5. *Cosa accade nel cervello del paziente durante una psicoterapia?*

Lo studio della biologia del processo psicoterapeutico sta evidenziando come gli aspetti verbali e non verbali del processo psicoterapeutico siano mediatori di un effetto terapeutico attraverso cambiamenti biologici e sta producendo un sempre più ampio consenso nei confronti di un approccio bio-psico-sociale [47, 26, 9, 46].

Tali ricerche richiedono la rilevazione di misure psicofisiologiche pre/post e talvolta persino durante il trattamento, il che complica ulteriormente la questione inerente i dispositivi di rilevazione che potenzialmente alterano il processo.

Tale questione fu già affrontata, a partire dagli anni '50, dai critici della ricerca, i quali segnalavano come la audio o videoregistrazione delle sedute introduceva un elemento estraneo, di disturbo, nel setting, un "intruso" nella sacralità del segreto professionale e nella relazione fiduciaria ed esclusiva tra paziente e terapeuta.

Tale obiezione deve essere tenuta in grande considerazione dal ricercatore, sia da un punto di vista epistemologico (l'osservazione altera necessariamente il fenomeno osservato) che metodologico (di tali possibili alterazioni il ricercatore deve tenere conto nell'analizzare i risultati della propria ricerca), ma soprattutto da un punto di vista etico e deontologico. Proporre ad un paziente di partecipare ad uno studio rappresenta un'operazione delicata, che può impattare non solo sul setting, introducendo strumenti di rilevazione (test da compilare) o dispositivi di registrazione del colloquio, ma sulla stessa relazione terapeutica, attivando nel paziente, e nel terapeuta, aspettative, fantasie, possibili resistenze, o peculiari dinamiche transferali/contro-transferali.

Tenere conto di ciò non implica il dover rinunciare alla ricerca, ovviamente, ma certo rende necessaria una attenta valutazione ed una scelta consapevole delle metodologie di ricerca, che sia compatibile con le esigenze cliniche e coerente con le finalità dello studio, ponendo l'attenzione su quali aspetti di esito si intende indagare.

Un'ulteriore questione che è stata evidenziata dalla lettura critica delle ricerche di esito riguarda proprio il quesito:

6. *Quali risultati, quali cambiamenti ci attendiamo nel paziente durante e al termine di una psicoterapia?*

Se i primi studi si ponevano semplicemente il compito di misurare le variazioni dell'espressività sintomatologica pre/post trattamento, ben presto divennero evidenti alcune criticità.

Da un lato, questa necessità si conciliava con le esigenze della ricerca farmacologica e in tal senso le due aree di ricerca hanno contribuito allo sviluppo di strumenti auto/etero somministrati di rilevazione e misurazione della sintomatologia - si pensi ad esempio a scale sintomatologiche quali la Symptom Check List (SCL-90-R), la Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRSA) e la Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), il Beck Depression Inventory (BDI-II), lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y), etc... - che potessero completare la valutazione diagnostica effettuata dal clinico, fornendo misurazioni con caratteristiche di oggettività e consentissero di confrontare l'auto-percezione del paziente con l'osservazione del clinico.

Ciononostante, una delle critiche più frequenti (e pertinenti) mosse dai clinici ai ricercatori riguarda il fatto che, mentre nelle ricerche vengono considerati pazienti con diagnosi "pure", per ridurre il numero di variabili da considerare e potenziare la generalizzabilità dei risultati, nella realtà clinica, così come è affrontata dai professionisti nei loro ambulatori, la maggior parte dei pazienti presenta condizioni di comorbidità. Questa "ricerca di purezza" renderebbe quindi meno fruibili i risultati degli studi per le finalità cliniche "reali".

Proprio il dialogo tra il mondo "accademico" della ricerca e il mondo della clinica ha dato impulso alla realizzazione di sempre più numerosi studi in condizioni di "osservazione naturalistica", mettendo in discussione il principio che solo gli studi randomizzati in cui le condizioni di inclusione dei soggetti fossero altamente controllate e selezionate potessero costituire l'unico gold standard per determinare l'efficacia di un trattamento.

Occorre quindi considerare, quando approcciamo una ricerca sulla psicoterapia, tre tipologie di "effetto" che possono essere indagate:

- la *efficacy*: l'efficacia determinata da un esperimento clinico entro il quale viene controllato un elevato numero di variabili, per dimostrare che la relazione tra trattamento ed esito è relativamente certa; in questa tipologia di studi è enfatizzata la validità interna (il grado in cui è possibile inferire una relazione causale tra le variabili), attraverso: il controllo dei tipi di pazienti da includere nella ricerca, l'uso di manuali per standardizzare l'erogazione dei trattamenti, la formazione preliminare dei terapeuti, il monitoraggio dell'aderenza al manuale, l'assegnazione randomizzata ai gruppi trattamento / controllo;
- la *effectiveness*: l'efficacia relativa all'analisi della psicoterapia in contesti clinici reali, con un'enfasi sulla validità esterna, relativa al contesto, per dimostrare che il trattamento può essere utile in un setting clinico naturale; questa tipologia di studi include studi osservazionali naturalistici e l'analisi di single-cases, che possono essere scelti in maniera randomizzata;
- la *efficiency*: la valutazione del rapporto costi-benefici di un trattamento.

La questione richiede inoltre di considerare ciò che sia i teorici della psicoterapia, in particolare in ambito psicodinamico, che i clinici segnalano: ovvero che la remissione sintomatologica non costituisce necessariamente l'unico criterio di "buon esito" di una psicoterapia. Per poterci avvalere utilmente di un protocollo di ricerca e dei suoi risultati, è quindi necessario considerare quali tipologie di esito esso intenda perseguire e se tali aspetti sono stati indagati con strumenti validi e pertinenti.

Hoagwood e Jensen [29] distinguono differenti livelli di esito che possono essere presi in considerazione in una psicoterapia:

- un livello sintomatico, che si avvale di strumenti di misurazione self-report e/o di valutazione clinica;
- un livello che attiene alle capacità di adattamento o funzionamento del paziente nel suo ambiente, che può essere misurato attraverso scale specifiche;
- un livello che riguarda i processi del funzionamento mentale: meccanismi, capacità cognitive ed emotive che sottendono la sintomatologia, capacità di regolazione degli affetti, comprensione delle emozioni, rappresentazione del Sé, comprensione degli stati mentali propri e altrui, costruzione dei legami emotivi, costruzione dei giudizi morali; si tratta di aspetti che attengono ad una teoria etiopatogenetica e richiedono strumenti di valutazione specifici coerenti con la teoria di riferimento;
- un livello transazionale che riguarda le influenze contestuali (familiari e sociali) che possono intervenire sul risultato della terapia, in senso positivo o negativo;
- un livello che attiene al grado di soddisfazione percepita dal paziente (ed eventualmente dai familiari).

Per interrogarsi sugli esiti di una psicoterapia, è necessario considerarne gli obiettivi, che sono stati individuati nel momento della formulazione del progetto clinico: la remissione, totale o parziale, dei sintomi; la modificazione di alcuni aspetti del funzionamento della personalità; la risoluzione parziale o totale di un eventuale tematica focale; l'acquisizione di migliori strategie di coping; un incremento del ben-essere soggettivo; un eventuale incremento delle abilità sociali; la prevenzione della "crisi" o della riacutizzazione della sintomatologia [22].

Le attuali linee di sviluppo della ricerca in psicoterapia implicano quindi la necessità di riconsiderare il concetto di outcome dei trattamenti.

Senza trascurare l'importanza dei risultati che le ricerche condotte secondo l'approccio evidence based hanno prodotto, si tratta ora di misurarsi con il compito di mettere a punto disegni di ricerca che tengano conto dello stato dell'arte e della complessità evidenziata. Si tratta di colmare il gap fra misura dell'efficacia sperimentale (efficacy) e valutazione dell'efficacia clinica (effectiveness); di fornire dati di ricerca nei quali i clinici possano finalmente riconoscersi e che siano davvero utilizzabili nel lavoro quotidiano con i pazienti [13].

Ciò che appare evidente è che tali considerazioni esitano in una riformulazione del quesito:

7. *Quale psicoterapia per quale paziente?*

Ovvero gli studi attuali tendono a porre attenzione:

- ai requisiti diagnostici, intesi non solo come criteri descrittivi categoriali (rilevare la riduzione di sintomatologia descritta in termini di presenza/assenza di diagnosi codificata su manuali diagnostici), ma anche ai meccanismi psicopatologici che sottendono i sintomi, ovvero a criteri diagnostici dimensionali e strutturali, che attengono al funzionamento personologico degli individui;
- coerentemente a ciò, alla tipologia di esito perseguito
- ed agli elementi processuali che possono favorire tali esiti.

Si tratta quindi di promuovere ricerche in cui alle metodologie ed agli strumenti della ricerca empirica quantitativa possano essere affiancati la metodologia e gli strumenti della ricerca qualitativa⁹, in cui il contributo dei Randomized Controlled Trial (RCT) possa essere arricchito dal contributo degli studi single cases e viceversa, in cui la dimensione nomotetica (finalizzata alla ricerca delle leggi generali) si coniughi con quella idiografica (interessata alla comprensione di un particolare individuo) [59].

Il contributo che la ricerca può dare alla psicoterapia è oggi proprio quello di fornire al clinico strumenti sempre più attenti alla necessità di proporre psicoterapie “tailored”; affinché ciò sia possibile, è necessario che i clinici contribuiscano sempre più attivamente alla ricerca, segnalando le peculiarità del loro lavoro “sul campo” e stimolando i ricercatori ad elaborare metodologie e strumenti che siano pertinenti con ciò che è davvero necessario indagare e misurare.

Dai tempi in cui la proposta di una terapia si basava sulla presentazione di alcuni casi clinici e sulla testimonianza e la teorizzazione di un terapeuta, molte cose sono dunque cambiate [59], e il campo della ricerca in psicoterapia non è più una *cottage industry*, una piccola azienda familiare, come la definiva Parloff nel 1985 [50]. In questi paragrafi abbiamo ripercorso alcuni dei quesiti su cui questo Autore si interrogava, aggiornandone le risposte grazie al lavoro che i ricercatori hanno sviluppato degli ultimi trent'anni.

⁹Per un approfondimento su tale argomento si veda: LO VERSO, G. (1989), La verifica in psicoterapia ovvero la questione della scientificità del qualitativo: una proposta di inquadramento del problema, in: DEL CORNO, F., LANG, M., *Psicologia Clinica*, Vol. 1°, F. Angeli, Milano; ELLIOTT, R., FISCHER, C.T., RENNIE, D.L. (1999), Evolving guide lines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields, *Br. J. Clin. Psychol.*, 38(3): 215-229; TONG, A., SAINSBURY, P., CRAIG, J. (2007), Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups, *Int. J. Qual. Health Care*, 19(6): 349-357; GIANNONE, F., LO VERSO, G. (1998), I presupposti epistemologici, in: DI NUOVO, S., LO VERSO, G., DI BLASI, M., GIANNONE F. (a cura di), *Valutare le psicoterapie*, F. Angeli, Milano; DEL CORNO, F., RIZZI, P. (2013), *La ricerca qualitativa in Psicologia clinica*. R. Cortina, Torino.

Parloff si chiedeva infatti *se la psicoterapia è efficace*. Oggi come allora la risposta è: sì! A patto di definire con maggiore dettaglio i termini del quesito.

Rispetto alla necessità di individuare *quali tipi di psicoterapia siano più efficaci per il trattamento di quali problemi o pazienti*, ogni modello di psicoterapia (di area cognitivo-comportamentale, psicodinamica, sistemica, umanistica, etc...) ha prodotto i propri dati; il superamento del paradosso dell'equivalenza, tuttavia, non corrisponde a determinare "vincitori" e "vinti" nella competizione tra scuole, quanto piuttosto ad utilizzare i risultati degli studi di esito-processo in modo "tailored", ragionando sui diversi fattori che concorrono alla psicopatologia ed alla sua cura, evidenziando quindi quei fattori terapeutici "specifici" per psicopatologia, variamente utilizzati nei diversi modelli. Si spostano così i termini del dibattito sui fattori specifici ed aspecifici, non più in riferimento al modello teorico di riferimento, ma alle caratteristiche psicopatologiche dei pazienti.

Tutto ciò tuttavia non si traduce tuttavia nella ricerca di integrazioni tecniche avulse da una cornice teorica coerente. Rimane infatti determinante la coerenza teorica, la congruenza tra una teoria della mente, un modello etiopatogenetico ed una proposta tecnico-metodologica, poiché tale coerenza veicola al paziente una struttura organizzante [59].

Non solo oggi disponiamo di dati attendibili sull'efficacia delle differenti psicoterapie nel trattamento della maggior parte di disturbi psichici, ma anche sulla *stabilità nel tempo di tali risultati*; è incrementata rispetto agli anni '80 la disponibilità di studi di follow-up a lungo termine, anche in area psicodinamica [56].

Circa la *correlazione tra risultati e durata* della psicoterapia, ovvero il cosiddetto rapporto dose-effetto, gli studi degli anni '80 erano nettamente a favore delle psicoterapie a lungo termine: più era lunga la terapia, maggiori apparivano i risultati e più alta la probabilità che essi si consolidassero [48, 49]. Oggi molti dati sono disponibili sull'efficacia delle psicoterapie brevi e sulla stabilità del cambiamento con esse ottenuto [56, 24]. Pur evidenziandosi dei parametri temporali "necessari" per alcune patologie, appare sempre più consolidato il principio che una psicoterapia sia tanto più efficace quanto più specificatamente orientata ai fattori psicopatologici che sottendono i sintomi [24, 52].

La *potenziale iatrogenia* della psicoterapia, ovvero la possibilità che la psicoterapia possa avere anche effetti negativi, oggi come negli anni '80, rimane una condizione poco indagata. Tra i pochi studi disponibili, segnaliamo quelli condotti da Lambert e Bergin tra gli anni '70 e gli anni '90 [36, 37], che documentano alcune condizioni in cui la psicoterapia può produrre effetti negativi e iatrogeni.

Sono invece stati ampiamente sviluppati gli studi che indagano il rapporto *costi/benefici della psicoterapia* e, particolarmente in Gran Bretagna e negli Stati Uniti, di-

spioniamo oggi di dati indiscutibili che evidenziano come la psicoterapia consenta di ottimizzare gli investimenti economici in area sanitaria, determinando un importante risparmio di risorse finanziarie nella spesa pubblica per la Salute Mentale [1].

L'ultimo quesito che si poneva Parloff, ovvero *se esista una correlazione positiva tra i risultati e l'esperienza del terapeuta*, si va sviluppando e complessificando

III. *Prospettive future per la ricerca in psicoterapia*

Se è quindi assodato che la relazione terapeutica, nelle sue varie declinazioni concettuali, costituisce il più incisivo fattore predittivo di esito, si apre la prospettiva di dover studiare tale fattore non solo dal vertice osservativo del paziente ma anche da quello del terapeuta.

Non solo gli anni di esperienza o le competenze tecniche del terapeuta, ma le sue competenze relazionali, le sue caratteristiche personologiche (il Sapere, il Saper fare, il Saper essere [54]), sono chiamate in gioco nel complesso intreccio relazionale del processo psicoterapeutico.

Uno studio del 2006 [7] ha evidenziato la rilevanza del contributo che il terapeuta fornisce alla costruzione della alleanza terapeutica. I terapeuti maggiormente efficaci sono quelli maggiormente in grado di costituire profonde alleanze con una gamma diversificata di pazienti, a prescindere dalle competenze relazionali e dalla robustezza dei pattern di attaccamento che il paziente possiede all'inizio della terapia [18, 14].

Si apre quindi un nuovo quesito:

8. *Quale psicoterapeuta per quale paziente?*

Con ciò si profilano nuove prospettive di ricerca che necessariamente si intrecciano con lo studio dei percorsi formativi e delle modalità di sviluppo delle competenze psicoterapeutiche.

In tale direzione, sono attualmente in corso programmi di ricerca internazionali tesi ad indagare i processi formativi che promuovono le competenze psicoterapeutiche, quale è ad es. il protocollo SPRISTAD (SPR Interest Section on Therapist Training and Development): uno studio longitudinale internazionale sullo sviluppo professionale degli specializzandi nella formazione alla psicoterapia promosso dalla Society for Psychotherapy Research.

IV. *L'efficacia delle psicoterapie psicodinamiche: alcuni dati attuali*

Gli studi che attestano l'efficacia delle psicoterapie psicodinamiche sono ormai ampi e numerosi. Le review più recenti sono state condotte da Leichsenring nel 2005 [38] e da Fonagy nel 2015 [24].

Fonagy considera nella sua recensione una definizione ampia di trattamento psiodi-

namico come approccio alla soggettività umana che include la comprensione dell'interazione tra gli aspetti del rapporto dell'individuo con il suo ambiente sia esterno che interno. Si riferisce allo straordinario potenziale umano della dinamica di "self-alteration and self-correction". Questa definizione, che riconosciamo come coerente con alcuni principi delle psicoterapie adleriane, comprende una prospettiva evolutiva, e considera gli aspetti consci e inconsci, l'ubiquità dei conflitti, la rappresentazione interna delle relazioni, i meccanismi di difesa e i significati complessi che possono essere attribuiti alle esperienze.

L'Autore prende in considerazione studi (RCT: randomized controlled trials) che riferiscono esiti direttamente rivolti a un disturbo o a variabili intermedie (aspetti psicopatologici caratteristici) di un disturbo.

In estrema sintesi la review raccoglie buone evidenze di efficacia degli approcci terapeutici di orientamento psicodinamico nel trattamento di disturbi depressivi, alcune forme di ansia, disturbi alimentari, problemi somatici, disturbi della personalità¹⁰.

Essa rileva poche prove che suggeriscono che la psicoterapia psicodinamica potrebbe essere superiore ad altri approcci terapeutici. Segnala che sussistono ancora pochi protocolli testati empiricamente per combinare trattamenti farmacologici e psicoterapia, pur essendo questa la prassi clinica più diffusa: la maggior parte dei pazienti ricevono combinazioni non testate empiricamente.

Guardando al futuro, l'Autore segnala come la modularizzazione degli interventi e la loro combinazione per soddisfare le esigenze dei singoli pazienti ed agire in modo mirato su specifici meccanismi psicopatologici costituisca è la priorità più alta.

Leichsenring [38] effettua una meta-analisi di 17 RCT che si riferiscono al trattamento di varie patologie con psicoterapia psicodinamica breve (per una media di 21 sedute) ed ottiene un effect size medio complessivo pari a 1.17 rispetto ai controlli¹¹ ed un effectsize pre/post trattamento pari a 1.39 (che sale a 1.57 al follow-up a 13 mesi).

Levy e coll. [39] propongono un'importante rassegna degli studi di efficacia sperimentale (efficacy) e clinica (effectiveness) del trattamento a orientamento psicodinamico, sia a breve che a lungo termine, per una molteplicità di disturbi. Gli Autori delineano le caratteristiche distintive dei modelli di psicoterapia psicodinamica che vengono considerati ed esplorano le tipologie di intervento che i professionisti (psicodinamisti e non) utilizzano, evidenziandone le convergenze (studi di esito-processo).

¹⁰Tra gli studi considerati in questa rassegna è indicata la SB-APP (Sequential-Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy) tra i trattamenti efficaci nel trattamento dei Disturbi di personalità: AMIANTO, F. FERRERO, A. PIERO*, A., CAIRO, E., ROCCA, G., SIMONELLI, B., FASSINA, S., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (2011), Supervised team management, with or without structured psychotherapy, in heavy users of a mentalhealth service with borderline personality disorder: a two-year follow-up preliminary randomized study, *BMC Psychiatry* 11:181.

¹¹Si tratta di un risultato davvero notevole; come termine di paragone si considerino alcuni valori dell'effect size della farmacoterapia per la depressione: .26 per trattamento con fluoxetina e sertralina; .24 per citalopram; .31 per escitalopram (dati riportati da un'analisi della Food and Drug Administration pubblicata sul New England Journal of Medicine, citati in Shedler 2012).

Un'ampia revisione delle evidenze empiriche che sostiene l'efficacia delle psicoterapie psicodinamiche e la stabilità dei risultati è stata condotta da Abass e coll. nel 2009 [2]: per i 1.431 pazienti considerati, con disturbi depressivi, d'ansia, somatoformi, anche in comorbilità con disturbi di personalità, trattati con psicoterapia psicodinamica breve (meno di 40 sedute) v/s gruppi di controllo (costituiti da pazienti in lista d'attesa o TAU¹²): viene calcolato un effect size globale di .97, che risulta più elevato al follow-up (> 9 mesi).

Più in dettaglio: per i sintomi somatici: e.s. .81 → 2.21 follow-up; per disturbi d'ansia: 1.08 → 1.35 follow-up; per disturbi depressivi: .59 → .98 follow-up.

Questi dati, così come quelli di Leichsenring, non solo confermano l'efficacia della psicoterapia psicodinamica, ma sostengono l'ipotesi che essa attivi processi psicologici che portano a un cambiamento che continua a crescere anche dopo la conclusione della terapia.

Anche Abass et Al., nel 2006 [1], con la loro meta-analisi che includeva 1870 pazienti rilevavano dati di efficacia clinica importanti per pazienti con disturbi somatici (e.s. .69), segnalando inoltre una riduzione significativa dell'accesso di questi pazienti a servizi sanitari; ovvero si tratta di uno di quegli studi che documentano un rapporto costi-benefici che consente un risparmio di risorse economiche ai servizi sanitari.

Per quanto riguarda la Psicoterapia Psicodinamica Adleriana, gli studi condotti evidenziano l'efficacia della SB-APP (Sequential-Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy) nel trattamento dei disturbi borderline di personalità [5] e della B-APP (Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy) nel trattamento: dei disturbi d'ansia [23], anche in comorbilità con disturbi di personalità del cluster C; dei disturbi depressivi nei pazienti oncologici [11]; dei disturbi alimentari [20, 19].

V. Clinica, ricerca e formazione. L'attitudine alla ricerca dello psicoterapeuta (adleriano)

Le acquisizioni e le attuali linee di sviluppo della ricerca in psicoterapia psicodinamica appaiono perfettamente in linea con i principi basilari della Psicologia Individuale; per il ricercatore di formazione adleriana risulterà familiare:

- il porre particolare attenzione agli aspetti della relazione terapeutica;
- il considerare l'individuo come oggetto complesso, immerso nel suo contesto relazionale e socio-culturale, unità bio-psichica “molare”, non meramente riducibile alla somma di unità “molecolari” [53]; organismo intrinsecamente attivo ed in relazione con il mondo;
- il pensare in termini di modello teorico aperto, di interdisciplinarietà, di finzioni che orientano l'azione ed il pensiero secondo un principio che è teleologico (e non causalistico) [17].

¹²TAU: *as usual treatment*. Indica trattamenti che possono includere colloqui psichiatrici o psicologico-clinici o terapie farmacologiche, ma non interventi di psicoterapia strutturata.

L'Individual-Psicologia non si impegna in un assolutismo epistemologico, né in un relativismo assoluto, ma, quale modello aperto, cerca di porre in evidenza le dinamiche di una conoscenza dell'uomo storicizzata e progettuale, bio-psichica, relazionale e culturale [55].

Pur nella necessità di confrontarci con il moltiplicarsi dei modelli epistemologici che caratterizza la scienza in epoca post-moderna e porta con sé il rischio della frammentazione del sapere [55], nel fare ricerca in psicoterapia, in particolare soffermandoci sui processi, siamo impegnati in un'impresa "trasversale"; il tentativo cioè di conciliare le esigenze del nomos e dell'idios; può costituire, proprio a fronte di una tendenza alla frammentazione, un progetto *creativo* che utilizza anche gli strumenti dell'isolare e del separare ma che è complessivamente orientato al comprendere integrativo [17].

A conclusione di questa sintetica esposizione (assolutamente parziale) di alcuni principi e di alcuni dati inerenti il vasto panorama della ricerca in psicoterapia, appare opportuno sottolineare l'importanza di promuovere nei percorsi formativi per gli psicoterapeuti quelle conoscenze e competenze che promuovano un'attitudine alla ricerca.

È infatti necessario che lo psicoterapeuta possa usufruire dei risultati della ricerca per orientare i propri interventi, in un'ottica evidence oriented [62], e quindi possieda le conoscenze per poter leggere e valutare la qualità di uno studio. Egli è tenuto ad interrogarsi costantemente sugli esiti e sui processi dei trattamenti che propone; deve quindi poter individuare e selezionare criteri e strumenti di valutazione e verifica che siano coerenti con le finalità terapeutiche individuate. Ma l'attitudine alla ricerca si esplica, nel mandato dello psicoterapeuta, anche (e forse soprattutto) nella curiosità di intraprendere ogni volta il viaggio della psicoterapia con spirito esplorativo, rappresentando ogni psicoterapia una nuova **ricerca** del senso di un cambiamento, sempre condivisa tra paziente e terapeuta.

Bibliografia

1. ABASS, A. A., HANCOCK, J. T., HENDERSON, J., KISELY, S. (2006), Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Common Mental Disorders, *Cochrane Library*, DOI: 10.1002/14651858.CD004687.pub3
2. ABASS, A. A., KISELY, S., KROENKE, K. (2009), Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Somatic Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials, *Psychother. Psychosom.*, 78: 265-274.
3. ABLON, J. S., JONES, E. E. (2005), On Analytic Process, *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 53, 541-68.
4. AHN, H., WAMPOLD, B.E. (2001), Where Oh Where Are the Specific Ingredients? A Meta-Analysis of Component Studies in Counseling and Psychotherapy, *J. Couns. Psychol.*, 48, 3: 251-257.

5. AMIANTO, F., FERRERO, A., PIERÒ, A., CAIRO, E., ROCCA, G., SIMONELLI, B., FASSINA, S., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (2011), Supervised Team Management, with or without Structured Psychotherapy, in Heavy Users of a Mental Health Service with Borderline Personality Disorder: a Two-Year Follow-up Preliminary Randomized Study, *BMC Psychiatry*, 11: 181-195.
6. ASAY, T.R., LAMBERT, M. J. (1999), The empirical case of the common factors in psychotherapy: quantitative findings, in HUBBLE, M.A., DUNCAN, B.L., MILLER S.D. (eds.), *The heart and soul of change: what works in therapy*, American Psychological Association, Washington, doi:10.1037/11132-001.
7. BALDWIN, S. A., WAMPOLD, B. E., IMEL, Z. E. (2007), Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 75: 842-852.
8. BATEMAN, A., FONAGY, P. (2004), *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization Based Treatment*, tr. it. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*, Raffaello Cortina, Milano 2006.
9. BEUTEL, M. E., STARK, R., PAN, H., SILBERSWEIG, D., AND DIETRICH, S. (2010), Changes of brain activation pre-post short-term psychodynamic in patient psychotherapy: an fMRI study of panic disorder patients, *Psychiatry Res*, 184: 96-104.
10. BONASIA, E., FERRERO, A., ROMANO, A. (2000), Aggiornamento sui contributi più recenti delle scuole analitiche, in: *Clinica psicodinamica delle depressioni. Le scuole analitiche si incontrano*, a cura di Ferrero, A., C.S.E. Torino.
11. BOVERO, A., TORTA, R., FERRERO, A. (2006), A New Approach on Oncological Pain in Depressed patient: Data From a Clinical Study Using Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy, *Psycho-Oncology*. 15 (Supp.2), S182-183.
12. DE BEI, F., (2006), La ricerca sull'alleanza terapeutica, in DAZZI, N., LINGIARDI, V., COLLI, A. (a cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, Raffaello Cortina, Milano.
13. DEL CORNO, F., RIZZI, P. (2013), *La ricerca qualitativa in Psicologia clinica*, Raffaello Cortina, Milano.
14. DEL RE, A.C., FLÜCKIGER, C., HORVATH, A.O. et Al. (2012), Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis, *Clin. Psychol. Rev.*, 32: 642-649.
15. ELKIN, I., SHEA, T., WATKINS, T., IMBER, S. D., SOTSKY, S. M., COLLINS, J. F., GLASS, D. R., PILKONIS, P. A., LEBER, W. R., DOCHERTY, J. P., FEISTER, J., PARLOFF, M. B. (1989), NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatment. *Arch. Gen. Psychiatry*, 46: 971-983.
16. EYSENCK, H. J. (1952), The effects of psychotherapy: an evaluation. *J. Consult. Psychol.*, 16: 319-324.
17. FASSINA, S., PASSERINI, R., MUNNO, A., CAIRO, E., SIMONELLI, B., FERRERO, A. (2013), Ricerche di esito e di processo in Psicoterapia Psicodinamica Adleriana: questioni di setting, *Suppl. Riv. Psicol. Indiv.*, 75, 174-189.
18. FASSINO, S. (2016), Il sentimento sociale del terapeuta ri-attiva quello del paziente, *Riv. Psicol. Indiv.*, 79: 27-43.

19. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., PIERÒ, A., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G. G. (2003), Predictors of dropout from brief psychotherapy for bulimia nervosa, *Psychother. Psychosom.*, 72: 203-210.
20. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., PIERÒ, A., ROVERA, G. G. (2002), Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa, *Psychother. Psychosom.*, 71: 200-206.
21. FERRERO, A. (2004), Standardizzazione dei processi delle psicoterapie psicodinamiche adleriane: una revisione critica in prospettiva adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.* 56: 35-46.
22. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei Dipartimenti di Salute Mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria Edit., Torino.
23. FERRERO, A., PIERÒ, A., FASSINA, S., MASSOLA, T., LANTERI, A., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (2007), A 12 month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalized anxiety disorders in a community setting. *Eur. Psychiatry*, 22 (8): 530-539.
24. FONAGY, P. (2015), The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry* 14: 137-150.
25. GABBARD, G. O., WESTEN, D. (2003), Rethinking Therapeutic Action, in *Int. J. Psychoanal.*, 84: 823-841.
26. GALLESE, V., EAGLE MORRIS, M. N., MIGONE, P. (2007), Intentional Attunement: Mirror Neurons and the Neural Underpinnings of Interpersonal Relations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55: 131-176.
27. HILSENROTH, M. J. et Al. (2005), Measuring Psychodynamic, Interpersonal and Cognitive-Behavioral Techniques: Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale, in *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42: 340-356.
28. HILSENROTH, M. J. et Al (2012), How to Made Practical Use of Therapeutic Alliance Research in Your Clinical Work, in LEVY, R. A., ABLON, J. S., KAECHELE, H. (eds), *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence Based Practice and Practice-Based Evidence*, Humana Press, New York.
29. HOAGWOOD, K. E., JENSEN, P. S. et Al. (1996), Outcome domains in child mental health research since 1996: have they changed and why does it matter? *J. Am Acad Child Adolesc. Psychiatry*, 51 (12): 1241-1260.
30. HORVATH, A. O., GREENBERG, L. S. (1989), Development and validation of the Working Alliance Inventory, *J. Couns. Psychol.*, 36 (2): 223-233.
31. HORVATH, A. O., DEL RE, A. C., FLUCKIGER, C. et AL. (2011), Alliance in individual psychotherapy, *Psychotherapy*; 48: 9-11.
32. HORVATH, A. O., BEDI, R. P. (2002), The alliance, in NORCROSS, J. C. (eds), *Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*, Oxford University Press, New York.
33. JONES, E. E. (2000), *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy*, tr. it. *L'azione terapeutica. Una guida alla terapia psicoanalitica*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
34. KARASU, T. B. (1986), The specificity versus non specificity dilemma: toward

- identifying therapeutic change agents, *Am. J. Psychiatry*, 143: 687-695.
35. KERNBERG, O.F., BURNSTEIN, E., COYNE, L., APPELBAUM, A., HOROWITZ, L., VOTH, H. (1972), Psychotherapy and psychoanalysis: final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Project Research Project. *Bull. Menninger Clinic* 36: 1-275.
36. LAMBERT, M. J., BERGIN, A. E. (1992), Achievement and limitations of psychotherapy research, in FREEDHEIM, D. (ed.), *History of Psychotherapy. A Century of Change*, American Psychological Association, Washington.
37. LAMBERT, M. J., BERGIN, A. E., COLLINS, J. L. (1977), Therapist-induced deterioration in psychotherapy, in GURMAN, A. S., RAZIN, A. M. (eds.), *Effective Psychotherapy: A Handbook of Research*, Pergamon Press, New York.
38. LEICHSENRING, F. (2005), Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data, *Int. J. Psychoanal.* 86 (3): 841-868.
39. LEVY, R. A., ABLON, J. S., KÄCHELE, H. (2012), *Psychodynamic Psychotherapy Research*, tr. it. *La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
40. LINGIARDI, V. (a cura di, 2002), *L'alleanza terapeutica. Teoria, clinica, ricerca*, Raffaello Cortina, Milano
41. LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P. (1990), *Understanding Transference: The CCRT Method*, tr. it. *Capire il transfert*, Raffaello Cortina, Milano 1992.
42. LUBORSKY, L. (1975), Clinicians' judgments of mental health: specimen case descriptions and forms for the Health Sickness Rating Scale, *Bull. Menninger Clinic*, 35: 448-480.
43. LUBORSKY, L. (1992), Tecnica e teoria della psicoterapia dinamica: i fattori terapeutici e la formazione per incrementarli, *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXVI, 3: 43-56.
44. LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P. (1988): Measures of psychoanalytic concepts: the last decade of research from "The Penn Studies", *Int. J. Psychoanal.*, 69: 75-86.
45. MIGONE, P. (1996), La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo, *Riv. Speri. di Freniatr.*, CXX, 2: 182-238.
46. NORTHOFF, G. et Al. (2013), Essentials of Psychoanalytic process and change: how can we investigate the neural effects of psychodynamic psychotherapy in individualized neuro-imaging? *Front. Hum. Neurosci.*, doi: 10.3389/fnhum.2013.00355.
47. ONNIS, L. (2015), *Una nuova alleanza tra psicoterapia e neuroscienze*, F. Angeli, Milano.
48. ORLINSKY, D. E., HOWARD, K. I. (1986), Process and outcome in psychotherapy, in GARFIELD S. L., BERGIN, A. E. (eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Wiley, New York.
49. ORLINSKY, D. E., GRAWE, K., PARKS, B. K. (1994), Process and outcome in psychotherapy - nochEinmal, in BERGIN, A. E., GARFIELD S. L., (eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.)*, Wiley, New York.

50. PARLOFF, M. B. (1985), Psychotherapy outcome research, in: MICHELS, R., CAVENAR, J. O. Jr. (eds.), *Psychiatry*, tr. it. Stato attuale della ricerca sui risultati della psicoterapia, *Psicoterapia e scienze umane*, XXII, 3: 9-39, 1988.
51. PIPER, W. E., DEBBANE, E. G., BIENVENU, J. P., GARANT J. (1984), A comparative study of four forms of psychotherapy. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 52: 268-279.
52. ROTH, A., FONAY P. (2004), *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*, Guilford Press, New York.
53. ROVERA, G. G. (1979), Il sistema aperto della Individual-Psicologia. *Quaderni della Riv. Psicol. Indiv.*, n. 4.
54. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale. *Ind. Psychol. Doss.* I. SAIGA ed., Torino.
55. ROVERA, G. G (2007), "Il Sogno fra Neuroscienze e Psicoterapie: un dibattito post-moderno?", XX Congr. Naz. S.I.P.I, Torino.
56. SHEDLER, J. (2012), The efficacy of Psychodynamic Psychotherapy, in LEVY, R. A., ABOLN, J. S., KAECHHELE, H., *Psychodynamic Psychotherapy Research*, tr. it. *La psicoterapia psicomodinamica basata sulla ricerca*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
57. SLOANE, R. B.; STAPLES, F. R.; CRISTOL, A. H.; YORKSTONE, N. J. e WHIPPLE, K. (1975), *Psychotherapy versus behavior therapy*, Harvard Univ. Press, Cambridge.
58. STRUPP, H. H., HADLEY, S. W. (1979), Specific versus non specific factors in psychotherapy, *Arch.Gen. Psychiatry*, 36: 1125-1136.
59. VIGORELLI, M. (a cura di), Laboratorio didattico per la ricerca in psicoterapia, Raffaello Cortina, Milano.
60. WALLERSTEIN, R. S. (1983), *Forty-Two Lives in Treatment. A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*, Guilford Press, New York.
61. WAMPOLD, B. E. (2015), How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*. Oct; 14 (3): 270-277.
62. WESTEN, D., MORRISON, K. e THOMPSON-BRENNER (2004), The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting controlled clinical trials, *Psychol. Bull.*, 130: 631-663.

Simona Fassina
Via Cavezzale 8
I -10124 Torino
E-mail: simonafassina@hotmail.com

Barbara Simonelli
Via Cavezzale 8
I -10124 Torino
E-mail: barbara.simonelli@tiscalinet.it

Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica

SECONDO FASSINO

Summary – NEUROSCIENCE AND DEEP DYNAMICS OF CHANGE IN THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP. Recently, the brain science techniques, in addition to clinical meta-analyses, confirmed the effectiveness of psychotherapy, mostly psychodynamic. These investigations aim to identify the core of those factors that promote changes in order to activate it as early as possible.

Studies and researches in the field of neuroscience studied crucial problems like the therapeutic alliance, namely both factor and result of change, the brain changes psychotherapy-induced and mostly the unconscious as neuropsychological process. Neurobiological contributions on procedural memory, the function of dream, and defense mechanisms, the biopsychological processes of attachment, and the configurations of mirror neurons of empathy/compassion, intrapsychic/interpersonal processes as embodied simulation and intentional attunement acknowledged the main implicit characteristic, affective rather than cognitive, unconscious rather than conscious, of such a relational dynamic between patient and therapist that has some effects that promote change also in the here and now of the setting. The brain science provides a growing body of evidence on the dynamics that promote the change suggesting a deep contact between patient and therapist as core element of change. The emotions existing between patient and therapist are implicit and non-verbal, rather than explicit and verbal, expressions: right rather than left brain, with sequences of reciprocal contaminations and transformations. The neurobiological essential components of change entail a re-organization - through new behavioral modalities in the setting - of old pathological memories in order to obtain a new memory which is the effect of the therapist's optimal empathic emotive involvement in the patient-therapist relationship. Attitude and counterattitude are the result of the inner re-elaboration of the therapist's transference and countertransference, of the patients' transference, of the reciprocal and continuous exchange of affect, trust, refusal, emotions, expectations...

The future results of the lines of research on the neurobiological dynamics of psychotherapy could lead to the identification of markers of diagnosis and therapy with the aim to clarify what individuals can benefit from each type of psychotherapy and from which focus within the context of the therapeutic relationship.

Keywords: CAMBIAMENTO, NEUROSCIENZE, INCONSCIO, PSICODINAMICA

Introduzione

Psicoterapia e neuroscienze sono state a lungo considerate discipline distanti, se non addirittura antagoniste, all'insegna di vecchie dicotomie. Oggi nuove evidenze scientifiche si impongono: da un lato le ricerche della psicologia dello sviluppo mostrano

l'importanza della intersoggettività e della "relazionalità" come matrice della stessa organizzazione del mondo psichico; dall'altro le scoperte recenti delle neuroscienze, in particolare quella straordinaria della memoria implicita e dei "neuroni specchio", documentano l'esistenza di una predisposizione neurobiologica dell'individuo umano all'intersoggettività. Ecco perché è possibile parlare oggi di recupero dell'unità a lungo perduta tra mente e corpo e di "nuova alleanza" tra psicoterapia e neuroscienze [33].

Da poco oltre a metanalisi cliniche anche metodiche brain imaging hanno convalidato l'efficacia della psicoterapia, specie psicodinamica: tuttavia è stato finora poco descritto e studiato il modo di procedere *nel profondo*, operante fuori della coscienza, della psicoterapia stessa. Queste indagini sono critiche per individuare il nucleo dei *fattori di cambiamento*, specialmente al fine di attivarli precocemente. Studi ed esperienze cliniche, non da oggi, concordano nel ritenere che il prerequisito indispensabile - nucleare - per il cambiamento poggia sul coinvolgimento emotivo ottimale empatico del terapeuta nella relazione con il paziente. Atteggiamento e controatteggiamento appaiono risultante operativa frutto dell'elaborazione interna del transfert del paziente, del transfert e controtransfert del terapeuta, sommatoria di una riverberazione continua e contagante di affetti, emozioni come delusione e rabbia, fiducia, speranze.

I. *Fattori di cambiamento negli interventi psicodinamici*

Lo sviluppo della psicoanalisi freudiana verso la teoria dell'intersoggettività [34] e le acquisizioni neurobiologiche sulla trasmissione involontaria implicita di emozioni hanno favorito rilevanti passi avanti nella ricerca sui fattori di cambiamento delle psicoterapie psicodinamiche.

Il *The Boston change process study group* (BCPSG) [44] ha evidenziato specifici rapporti tra Sistema motivazionale intersoggettivo e Sistema motivazionale dell'attaccamento: separati e complementari, ma entrambi fondamentali. Il Sistema Attaccamento riguarda l'esperienza del sentirsi sicuri nelle situazioni a rischio che richiedono protezione essendo in primo piano il Sé. Il Sistema intersoggettivo regola l'esperienza della condivisione e dell'appartenenza nella famiglia e nel gruppo essendo in primo piano il *noi*. Essere attaccati a qualcuno crea la possibilità di sviluppare una connessione intersoggettiva, con qualcuno: questa può essere il primo passo dell'attaccamento a questa persona. La relazione tra Attaccamento Sicuro e atteggiamento intersoggettivo porta allo sviluppo della mentalizzazione come abilità ad interpretare il proprio e quello degli altri in termini di desideri, sentimenti, ecc. Il gioco di finzione modula nel bambino questi processi [11, 44].

La embodied simulation (ES), la simulazione incarnata - basata su trasmissione mediante mirror neurons [23] - automatica dell'espressione emozionale del paziente da parte del terapeuta (o "identificazione concordante" con il paziente) non è di per sé terapeutica: che il terapeuta *senta* ciò che *sente* il paziente non è in sé di aiuto al pa-

ziente. I circuiti neurali dell'empatia (insula, cingolato anteriore, talamo, amigdala, giunzione temporo parietale) mostrano infatti una reattività neuronale maggiore nei terapeuti rispetto ai controlli [26]. Ciò che aiuta è il fatto che ES fornisce una base importante per la *comprensione empatica* del paziente da parte del terapeuta. Il terapeuta fa esperienza di *qualcosa di simile* a ciò che esperisce il paziente, piuttosto che una *replica* dell'esperienza del paziente.

Se la relazione terapeutica è caratterizzata da continue e reciproche *simulazioni* imitative tra paziente e terapeuta, allora è probabile che la simulazione da parte del paziente dell'espressione *modificata* dal terapeuta dell'esperienza del paziente stesso svolga funzioni terapeutiche regolatrici.

È come se il paziente “vedesse nel terapeuta una versione più gestibile di ciò che il paziente stesso sta sperimentando” [5]. Lo studio delle basi neurali della nostra capacità di essere connessi alle relazioni intenzionali degli altri attraverso la consonanza intenzionale, conferma che l'altro è molto più di un diverso sistema rappresentazionale, diventa un sé corporeo come noi [23].

I contributi di Stern e del BCPSG [44] hanno spostato la psicoanalisi da una psicologia monopersonale a una psicologia bipersonale basata sul riconoscimento che l'aspetto più importante del lavoro clinico è lo scambio di due soggettività, da cui nasce “materiale non prevedibile cocreato”. I *moments of meeting* sono i prodotti per eccellenza del dialogo intersoggettivo paziente-terapeuta e dell'esperienza di condivisione e incontro. Viene così posta una maggior enfasi sul processo relativo al contenuto, su una scala più piccola di analisi, di livello “microtemporale”. Grazie ai contributi delle neuroscienze si considera acquisito il modello per cui le interazioni intersoggettive, sono caratterizzate da sequenze evolutive; ognuna di esse avrebbe una differente area cerebrale: *contagio emotivo*, per cui le emozioni sono traferite da una persona all'altra senza consapevolezza (un bambino che piange sentendo piangere un altro bimbo); empatia, condivisione di emozioni con la consapevolezza della distinzione tra sé e altro; *compassione*, pena per l'altro e desiderio di sollevarlo; teoria della mente o mentalizzazione, con l'inferenza cognitiva sullo stato mentale dell'altro [41].

Viene inoltre confermata la base neurale per l'intersoggettività nucleare, un'intersoggettività primaria [44]: un nucleo sul quale, in ultima analisi, si fondano fenomeni clinici come l'empatia, l'identificazione e l'interiorizzazione. La scoperta dei *mirror neurons* può portarci lontano nella comprensione, a livello neurale, dell'intersoggettività, specie per quanto riguarda la “partecipazione” diretta alla vita mentale, alle azioni e alle emozioni degli altri, avvalorando la successione causativa-finalistica degli accadimenti psichici e interpersonali.

Il cambiamento secondo Stern [44], avverrebbe essenzialmente tramite i *now moments* che talora si trasformano in *moment of meeting*. Il *now moment* è un breve, bre-

vissimo intervallo di tempo in cui i processi psicologici della *conoscenza relazionale implicita* raggruppano unità percettive di durata assai breve nella più piccola unità globale (gestalt) in grado di avere senso o significato nel contesto della relazione. I momenti presenti durano da 1 a 10 secondi. Dal punto di vista soggettivo, essi rappresentano tutto ciò che viviamo come un “ora”, un “adesso” ininterrotto. Il momento presente è strutturato come una microstoria vissuta, con una breve trama e una linea di tensione drammatica costituita dagli affetti vitali, aspetti che gli accordano un profilo temporale dinamico.

È un fenomeno cosciente (benché non in senso riflessivo) che può manifestarsi anche senza essere verbalizzato o narrato. Risulta essere l’elemento fondante di ogni esperienza relazionale. I processi astrattivi (generalizzazioni, spiegazioni e interpretazioni) e narrativi si basano su questo tipo di esperienza psicologica fondamentale. Solo l’esperienza del momento presente accade “ora” ed è vissuta direttamente. Secondo la visione intersoggettiva, il processo di cambiamento che si osserva durante il percorso psicoterapico dipenderebbe dall’esperienza di momenti specifici e significativi dell’interazione tra paziente e terapeuta (quelli che Stern ha chiamato “momenti-ora”), ovvero momenti di coscienza intersoggettiva che consentono l’acquisizione o l’attivazione di nuovi set di memorie implicite che aumentano le strategie dell’individuo nel sentire e nel comportarsi con se stessi e con gli altri. Il cambiamento del paziente avverrebbe prevalentemente nel dominio implicito, il che ridimensiona ciò che avviene a livello del dominio esplicito e che, solitamente, è correlato all’intervento interpretativo e confrontativo.

Le ascendenze teoriche del modello intersoggettivo sono senz’altro riconosciute nell’approccio interpersonale di Sullivan, ma ancor più in modo evidente nella Individual Psicologia (IP) di Adler [7], sia a livello metapsicologico che di teoria della tecnica. Infatti, la seconda istanza fondamentale della IP è il *sentimento/interesse sociale*. Essa nasce da un legame affettivo-sociale primario e determina un “bisogno” di cooperazione e di compartecipazione emotiva con i propri simili. Nella dinamica della vita psichica il sentimento sociale agisce a volte in sinergismo e a volte in contrasto con l’altra istanza fondamentale, la *volontà di autoaffermazione*. Ciò che accade in ogni *qui e ora*, ovvero il momento presente, ad esempio nell’incontro paziente-terapeuta, è il risultato della composizione secondo una *linea direttrice* di sviluppo dal basso all’alto delle due istanze, secondo un sistema di causazione e finalità. La IP è tanto una *psicologia del profondo* come una *psicologia del Sé* [38]. Il *conscio* dovrebbe essere il risultato di una elaborazione intrapsichica dei rapporti interpersonali e sociali che hanno modificato le istanze psichiche di fondo: sarebbe quindi un “prodotto” tra natura e cultura della socializzazione della mente [19].

Da un punto di vista clinico molti psicoterapeuti in formazione e supervisione sono indotti a chiedersi: che ne facciamo in conclusione di ciò che è stato evocato in noi dall'emozione del paziente? Un'implicita partecipazione affettiva virtuosa piuttosto che schermo vuoto.... Anche le *psychodynamic virtues* - per Brenner e Khan [12] empatia, compassione, neutralità, incoraggiamento, accoglimento della complessità, limitazione della gratificazione, incertezza e umiltà, etc. - del terapeuta agiscono per via implicita? La ferita del guaritore [25] come premessa-condizione della propensione compassionevole dell'agire terapeutico rappresenterebbe la preconditione allo sviluppo di queste speciali virtù psicodinamiche [12]. Il cambiamento non è dovuto tanto a interpretazioni smascheranti *le finzioni inconscie*, ma al *vissuto di sentirsi sentito* e trattato come persona meritevole.

Conoscenza implicita e sistema delle finzioni specie nel terapeuta rappresentano un crogiuolo di imitazione empatiche, appartenenza e cooperazione, compassione. La relazione implicita condivisa come fulcro del cambiamento: nell'hic et nunc un incontro intersoggettivo significativo del Sé con l'Altro [20]. Non sarebbe comunque sufficiente, si è detto, un rispecchiamento continuo se non interviene *qualcosa di nuovo* [33]. Ogni rispecchiamento, contagio, per quanto empatico per diventare evolutivo trasformativo, deve aggiungere allo stato precedente un'acquisizione nuova, effetto della presenza significativa del terapeuta. "...in terapia idealmente il terapeuta non rispecchia letteralmente gli stati mentali del paziente, ma dà risposte empatiche congruenti che gli permettono di trovare sé stesso. Il qualcosa di più dell'interpretazione [44] il qualcosa di nuovo è la speciale propensione relazionale, con effetti transmotivanti [37], del terapeuta!

L'atteggiamento - virtù [12] - del terapeuta ad accogliere *quasi* incondizionatamente il paziente, per Adler rappresentava la tardiva assunzione della funzione materna. "*Il trattamento coinvolge e trasforma sia il medico che il paziente*" [...] "*l'atteggiamento empatico è essenzialmente costituito dalla tardiva assunzione della funzione materna da parte dello psicoterapeuta...*" "*vedere con i suoi occhi, ascoltare con le sue orecchie... sentire col suo cuore*" "... *Le difficoltà dei terapeuti possono derivare dal fatto che si resta legati al proprio concetto di vanità, alle proprie fantasie, al proprio metro di concessione della stima...*" "... *La contraddizione con la realtà- cioè le richieste logiche della società - è l'intento parzialmente inconscio della nevrosi...*". "...*si acquisisce un insight del significato di questo piano nevrotico attraverso un'empatia artistica e intuitiva con la natura essenziale del paziente...*" [4].

II. *L'inconscio come ambito di cambiamento: approccio neuropsicologico*

Le dinamiche profonde del processo di cambiamento riguardano principalmente gli aspetti inconsci: il *profondo* è l'inconscio rimosso e non rimosso - oltre che l'implicito in parte comprendente l'inconscio non rimosso - del funzionamento mentale [29]. L'inconscio, principale concetto/struttura/funzione, fondativo per l'approccio diagno-

stico e terapeutico psicodinamico, non è più è considerato soltanto come espressione della mente. Numerose ricerche recenti nell'ambito delle neuroscienze sostengono un modello integrato cervello-mente-corpo di tipo neuropsicologico che vede un continuum tra conscio/inconscio [24, 40, 9]. L'emisfero destro è dominante per l'affiliazione, l'appartenenza, il cervello sinistro è coinvolto nella motivazione al potere, la competizione, l'autonomia. I gangli della base sono fondamentali per l'apprendimento procedurale, mentre il cervelletto è la sede dell'azione inconscia [24] e permette comportamenti rapidi e automatizzati in vari contesti [30].

L'inconscio non rappresenterebbe tanto un luogo statico e oscuro del nostro funzionamento psichico: esso comprende tutti quei processi che partono dal cervello e arrivano al funzionamento mentale e che rappresentano la gran parte di ciò che siamo e come funzioniamo abitualmente. Numerosi studi hanno proposto che il cervello sinistro regoli le funzioni esplicite della coscienza, della consapevolezza, della propria consapevolezza, del linguaggio, dell'attenzione e della memoria dichiarativa. Il cervello destro sarebbe, invece, caratterizzato dal funzionamento implicito, non verbale: substrato biologico profondo dell'inconscio umano dei meccanismi relazionali emisferici destri che sarebbero i principali meccanismi del cambiamento terapeutico [24, 40].

Questo nuovo modello sottolinea la propensione del pattern cervello-funzionamento mentale a rappresentare automaticamente determinati pattern comportamentali. Soprattutto tale modello è fruibile per dare senso anche a quegli ostacoli (resistenze, difese) che si incontrano quando proviamo a cambiare determinati pattern al fine del raggiungimento di un benessere maggiore. L'inconscio inteso come insieme di strutture e reti corticali e sottocorticali contiene le radici dei comportamenti ripetitivi: i sistemi deputati ai propri processi inconsci si ripetono quando l'influenza delle regioni subcorticali supera l'influenza delle aree corticali di livello superiore.

Quando questo accade, i messaggi neurali inibiscono la corteccia prefrontale per interpretare le percezioni in maniera inflessibile e basata su vecchie mappe e modelli: le nuove informazioni pertanto non vengono elaborate [24]. Si potrà quindi meglio comprendere perché i cambiamenti relazionali e una determinazione conscia ad agire in modo diverso spesso conducano a cambiamenti stabili. Le abitudini inconscie superano l'intenzione e la motivazione. Tuttavia, non siamo semplicemente condannati a ripetere vecchi modelli. Le funzioni di ordine superiore della corteccia prefrontale forniscono l'autonomia dai comportamenti veloci e automatici ma per migliorare la capacità di ignorare l'automatismo, abbiamo bisogno di reclutare le capacità consapevoli più riflessive.

Questa capacità può essere particolarmente efficace quando gli aspetti consapevoli si interfacciano con esperienze emotive. Per molti pazienti, a meno che non si esercitino in maniera consapevole in mezzo alla disregolazione emotiva, l'attivazione automatica delle reti subcorticali può superare la corteccia prefrontale più lenta e riflessiva [31].

Comprendere le forze della ripetizione e della resistenza e allo stesso tempo tentare di sensibilizzare i pazienti verso una maggiore consapevolezza, può avere senso decisivo da un punto di vista terapeutico.

Ci sono molte evidenze per le quali l'inconscio sta nelle funzioni del cervello destro. L'elaborazione inconscia delle emozioni avverrebbe per lo più all'interno di una via corticale destra: le memorie emotive inconse sono conservate nell'emisfero destro ritenuto fondamentale per le funzioni inconse associate al mantenimento di un senso di sé coerente e continuo [40, 31]. Questo emisfero è correlato con le comunicazioni di attaccamento all'interno dell'alleanza terapeutica, come pure e specialmente le comunicazioni transfert-controtransfert vi sono qui attivate: gli enactment reciproci di funzionamenti emotivi inconsci sono decisivi per il cambiamento terapeutico [40].

Gli enactments sono una potente espressione del processo interpersonale nel setting, espressione *percepibile agita non impulsiva* di materiale emotivo inconscio di stati emotivi complessi in larga misura inconsci [40, 24]. Nei momenti di *contatto profondo* tra terapeuta e paziente la condivisione delle emozioni tramite una risonanza limbica biopsicologica provoca una crescita di intensità e di durata nel tempo [40].

III. Evidenze scientifiche dell'alleanza terapeutica: cambiamento e brain science

La dinamica profonda della relazione terapeutica ha a che fare con il tipo di intervento psicoterapeutico *tailored* sulle specifiche attuali dimensioni di personalità che il paziente esprime in questa fase critica della sua esistenza, in considerazione della dinamica appunto tra motivazioni e resistenze, fragilità e difese, residuali o inesplorate risorse creative.

È questo piano di lavoro che il terapeuta cerca di progettare per il suo paziente *vivendo* con lui un percorso evolutivo, tra progressioni e regressioni.

La relazione terapeutica è lo strumento trasformativo per il paziente, ma non solo per lui. Il paziente apprende via comunicazione non verbale, corporea nel senso di *embodied* [23], molto più che tramite comunicazione verbale.

Il paziente contattato nel profondo, *contagiato*, dal modo corporeo, *neuronal* - innovativo per lui - con cui il terapeuta lo accoglie, impara ad accogliere Sé. La presenza autentica, le *virtù psicodinamiche* [12] del terapeuta sono il condensato degli atteggiamenti/contratteggiamenti e attivano per testimonianza il cambiamento nel paziente.

Per il terapeuta, il fluttuare talora tra l'essere vittima o l'essere aggressore del paziente deve poter contenere la fantasia concomitante *di essere amato*. Il controatteggiamento agisce di regola per via; solo talora viene esplicitato chiaramente mediante commenti e interventi verbali del proprio stato emotivo. Contributi neurobiologici - riguardanti la memoria procedurale, le funzioni neurodinamiche del sogno e dei meccanismi di difesa, i processi biopsicologici dell'attaccamento e le diverse configurazioni mirror neurons

di empatia/compassione, processi intrapsichici/interpersonali come *embodied simulation* e *intentional affectattunement* [23] hanno riconosciuto la prevalente caratteristica implicita, più affettiva che cognitiva, inconscia più che consapevole, di tale dinamica relazionale paziente-terapeuta, con effetti trasformanti già qui e ora del setting.

I *fattori comuni*, o aspecifici, quelli che entrano in gioco in ogni tipo di psicoterapia, sono di cruciale importanza. L'alleanza terapeutica è il più studiato dei fattori comuni [46]. Di solito, negli studi *evidence based*, essa viene misurata all'inizio della terapia (alla terza o alla quarta seduta), per essere poi messa in relazione con il risultato raggiunto al termine del trattamento. Una recente meta-analisi di circa 200 studi [46] ha dimostrato una forte ed evidente correlazione globale tra alleanza e *outcome*. Nonostante numerose contestazioni di metodo [17] a questo studio l'importanza dell'alleanza terapeutica è risultata valida [46].

L'alleanza si compone di tre elementi: il legame, la condivisione delle finalità del trattamento e l'accordo sulle aree di azione della psicoterapia. L'alleanza costituisce un fattore comune essenziale, funzionale sia nel livello 2, formazione delle aspettative, sia nel livello 3, l'attuazione di condotte che promuovano la salute.

La correlazione positiva tra alleanza e *outcome* potrebbe essere spiegata dall'effetto del contributo diretto dei pazienti all'alleanza. Il contributo del terapeuta è ritenuto più rilevante rispetto a quello del paziente [8]: i terapeuti più incisivi sono in grado di formare profonde alleanze con una gamma diversificata di pazienti. Il contributo del paziente, al contrario, non rappresenta un predittore di *outcome*: i pazienti in grado di stringere alleanze terapeutiche robuste, probabilmente perché sono caratterizzati da un *pattern* di attaccamento sicuro, non avranno invariabilmente una prognosi migliore. Invece, possono trarre beneficio da un terapeuta in grado di formare alleanze con pazienti difficili proprio quei pazienti che presentano, in ragione della propria storia personale, schemi di attaccamento sfavorevoli.

Questi risultati sono stati comprovati da meta-analisi [16]. Da poco le ricerche sono orientate a studiare il ruolo della personalità del terapeuta - oltre a quella del paziente - nella costruzione e mantenimento dell'alleanza terapeutica. Il gruppo di Heinonen et al. [27] ha evidenziato una forte correlazione tra certi tratti della personalità del terapeuta e i risultati clinici nei pazienti. Terapeuti attivi, coinvolgenti ed estroversi producono una più rapida riduzione dei sintomi nella terapia a breve termine rispetto a quella a lungo termine. Terapeuti più cauti, misurati, non invasivi generavano i maggiori benefici nella terapia a lungo termine nel corso dei tre anni di follow up. Una più bassa fiducia dei terapeuti e gioia, nel lavoro terapeutico aveva predetto risultati più scarsi nella terapia a breve termine nel lungo termine.

L'emergente dialogo tra psicoanalisi e neuroscienze ha portato a numerose ipotesi e sperimentazioni su concetti psicodinamici quali i meccanismi di difesa, il sé, i ricordi,

i sogni e l'empatia e l'inconscio [29, 32]. Se può avvenire un cambiamento in termini psichici, questo dovrebbe, e potrebbe corrispondere ad un cambiamento anche da un punto di vista neurale. Le tecniche di brain imaging evidenziano cambiamenti misurabili nel cervello dopo aver effettuato una psicoterapia. L'interpretazione, spesso complessa, di questi risultati richiede un dialogo produttivo tra clinici e neuroscienziati. Le neuroscienze, la biologia molecolare e la genetica hanno fornito significativi contributi per chiarire i meccanismi biologici che sono alla base dell'attività mentale.

a) La review di Beutel e Huber [10] ha evidenziato che la psicoterapia ha un effetto sul cervello e che la distinzione tra psicoterapia psicologica e psichiatria biologica è ormai datata. L'idea è quella di uno scambio reciproco tra psicoterapia psicodinamica e tecniche di neuroimaging. Questo potrebbe portare alla fine allo sviluppo di marker predittivi di tipo diagnostico e terapeutico con l'obiettivo di poter stabilire quali soggetti potranno beneficiare di quale tipo di psicoterapia in generale e nello specifico rispetto a quale focus operare all'interno della relazione terapeutica. Sono stati proposti alcuni schemi, *cruciali concetti ponte*, tra neuroscienze e psicodinamica che vengono descritti da una crescente letteratura scientifica.

Nella Tabella 1 - ripresa parzialmente da Protopopescue Gerber [35] - sono schematizzati alcuni di questi supposti rapporti tra regione e funzione neurofisiologica, patologia psichica coinvolta e concettualizzazioni psicodinamiche. Una maggiore comprensione delle regioni del cervello coinvolte nell'elaborazione emotiva (amigdala), nella formazione della memoria e nella previsione del futuro (ippocampo), e la regolazione dall'alto verso il basso (corteccia prefrontale) è essenziale per la continua ridefinizione dei modelli della mente. Gli schemi potrebbero rivelarsi di grande interesse per il lavoro psicodinamico; le neuroscienze stanno cominciando a spiegare come l'ippocampo, le Aree di associazione multimodale, zone sensoriali primarie e corteccia prefrontale lavorino insieme per memorizzare, riattivare, modificare e utilizzare dinamicamente schemi nel tempo.

È anche interessante ipotizzare come una "forte coerenza centrale" o una tendenza verso l'elaborazione di impressioni, globali o integrate, sull'integrazione sensoriale locale o dettagliata (la situazione opposta a quella vista nei disordini dello spettro autistico) può riflettersi nella psicopatologia. Gli sforzi combinati di neuroscienziati che studiano il cervello e clinici psicodinamici e teorici che studiano la mente sono necessari per chiarire ulteriormente i meccanismi del funzionamento mentale umano.

b) I principali problemi metodologici per le ricerche neuroimaging sulla psicoterapia sono stati proposti da Boecher et al. [11]. Essi propongono l'IRPS (serie di immagini relative ad una relazione interpersonale) come nuovo paradigma, fruibile in indagine di risonanza magnetica funzionale fMRI sugli effetti neurali della psicoterapia psicodinamica. Essi discutono come essenziali alcuni elementi del processo psicodinamico e del cambiamento che dovrebbero essere la base per qualsiasi disegno di ricerca che

abbia un significato e un valore scientifico [11].

La questione di fondo riguarda come i correlati neurali e i meccanismi della psicoterapia psicodinamica possano essere studiati. Il setting mira a consentire al paziente di “ricordare, ripetere e lavorare” in riferimento alla memoria esplicita dichiarativa ippocampale. Tuttavia, la relazione tra analista e paziente favorisce una nuova configurazione affettiva tale da consentire la ricostruzione anche della memoria implicita, procedurale amigdaloidea. L'unico mezzo per accedere alla memoria *implicita* [29] sarebbe il transfert [6].

Questi ricordi impliciti rappresentano strutture affettive inconscie che possono essere fatte emergere esclusivamente all'interno di una relazione di transfert [24]. In questo modo si può organizzare una nuova modalità affettiva. Le questioni più importanti per questi autori sono: qual è il processo e cosa è cambiato durante una psicoterapia psicoanalitica? Quali sono i meccanismi, le tecniche e le azioni che predispongono e consentono tale processo psicoanalitico e il cambiamento? Gli aspetti specifici che riguardano il processo psicoanalitico e il cambiamento non riguardano solo i sintomi e i comportamenti disfunzionali.

La prospettiva psicodinamica stabilisce che il sintomo conscio è il risultato di una soluzione di compromesso e dei meccanismi di difesa i quali operano con meccanismi preconsce e inconsci. I fattori preconsce e inconsci costituiscono e rappresentano i conflitti intrapsichici, le fantasie, i dilemmi, i desideri inaccettabili alla coscienza o le stesse funzioni. Di conseguenza un approccio psicodinamico che consenta un processo terapeutico deve incoraggiare e guidare il paziente a prendere contatto con i propri aspetti preconsce ed inconsci.

c) Per Northoff [32] l'intento di fondo dell'approccio delle neuroscienze alla psicoterapia è quello di trovare una neurodinamica compatibile con una psicodinamica! Si cerca di rivelare quali meccanismi profondi e neuronali il nostro cervello utilizzi e come lo faccia, per rendere possibile e predisporre la differenziazione sia del Sé sia degli oggetti dal cervello (ad es. ciò che Northoff denota come differenziazione cervello-Sé e cervello-oggetto).

Il modello psicodinamico, come noto, ritiene che i sintomi psicopatologici esprimano *segn*i di malattia come pure al contempo *meccanismi di difesa*. Il paradigma prevalente nelle ricerche di neuroimaging in psichiatria psicodinamica è stato dapprima la ricerca di correlati neuronali a determinate funzioni psicologiche. Ora, gli attuali studi sullo stato di riposo (*resting state*) del cervello permettono di evidenziare una base di funzionamento che condiziona l'elaborazione successiva degli stimoli, caratterizzata da una specifica struttura. Lo studio delle precondizioni neurali che precedono l'attività psichica - piuttosto che quello dei correlati neurali della stessa - si adatta meglio secondo Northoff ad una proficua integrazione con una visione psicodinamica dell'apparato psichico.

Il metodo da Northoff denominato *neuroscienze in prima persona* permette di descrivere come i processi psicodinamici associati ai meccanismi di difesa siano collegati all'attività neuronale nel nostro cervello. I diversi costrutti di meccanismi di difesa potrebbero corrispondere a specifiche reti funzionali attraverso cui l'attività neuronale è coordinata e poi integrata attraverso differenti regioni cerebrali come per esempio nel caso di *regressione sensomotoria e conversione isterica*. Una migliore comprensione di questi processi neuronali aprirà la porta ad un'approvazione della neurofisiologia sottostante la transizione da meccanismi di difesa immaturi ad altri più maturi in psicoterapia.

Particolare riguardo Northoff dedica - tra l'altro - a situazioni cliniche come depressione, psicosi e narcisismo. Nel disturbo depressivo, per esempio, ci sarebbe una anomalia nell'attività *resting state*. L'esperienza soggettiva dei sintomi depressivi da una prospettiva in prima persona correla con l'osservazione dell'aumento dello *resting state* nelle regioni paralimbiche e mediane. Ne risultano implicanze per il contesto psicologico e psicodinamico della depressione: nei soggetti depressi sarebbe così evidente un'incrementata attenzione al Sé e una ridotta attenzione all'ambiente. Anche se sono necessari ulteriori dati empirici per supportare il collegamento tra *resting state* e recupero della memoria autobiografica, questa ipotesi fornisce una possibile spiegazione, densa di conseguenze terapeutiche, di ciò che potrebbe accadere psicologicamente nel soggetto depresso a livello dello *resting state*.

Mentre la depressione appare un esempio paradigmatico di un'alterata differenziazione cervello-Sé, la psicosi rappresenterebbe il paradigma di un'alterata differenziazione cervello-oggetto. Queste alterazioni sono possibili solo se meccanismi neuronali specifici (cioè un tipo specifico di codice neurale, da Northoff definita *codificazione basata sulla differenza*) sono in atto. Quindi la depressione e la psicosi indirettamente ci dicono qualcosa riguardo alle predisposizioni neurali della differenziazione cervello-oggetto e cervello-Sé nel cervello sano che apparentemente non siamo in grado di affrontare direttamente [32].

Più ancora che la depressione, la psicosi rappresenterebbe un disturbo sistemico che come tale potrebbe interessare molte se non tutte le regioni e le reti neurali del cervello, tutte correlate ai sistemi psicologici sottostanti le differenti funzioni affettive e cognitive. Frammentazione del Sé e compensazioni, perdita dei confini interni Sé-oggetto e anomala interazione riposo nella corteccia sensoriale, mancanza di oggetti-Sé e confusione delle differenze neurali nelle regioni enterocettive, ecc. sono da Northoff esaminati sia come *fenomeni* rilevanti nell'*esperienza soggettiva* della psicosi come pure nell'approccio (neuro)psicodinamico.

Alla luce di dati empirici provenienti dalle neuroimmagini le ipotesi neuro psicodinamiche nel caso della psicosi fornisco alcuni supporti empirici alla natura biopsicosociale del nostro cervello che sembra emergere tra contesti biologici, psicologici e sociali: un trauma biopsicosociale infantile precoce potrebbe portare a cambiamenti

maggiori nella costituzione tardiva dell'oggetto e quindi nella differenziazione cervello-oggetto.

Per quanto riguarda il narcisismo, in riferimento alle ipotesi di Kohut, soggetti ad alti livelli di narcisismo non sono capaci di distinguere correttamente tra una sintonizzazione affettiva ed una non affettiva. Nel complesso i dati empirici di Northoff indicano che soggetti con alti livelli di narcisismo non riescono a distinguere correttamente né neuralmente né soggettivamente stimoli empatici da stimoli non empatici. Se, quindi, non sono capaci di fare ciò, essi sono incapaci di generare ed attribuire affetto a oggetti specifici (attribuzione dell'affetto), e quindi di trasformare oggetti in possibili oggetti-sé (trasformazione oggetto-oggetto-sé). Le implicanze terapeutiche potrebbero essere rilevanti in un'età come quella attuale definita età del narcisismo, dove è richiesta una revisione delle modalità di cura in tali disturbi.

Northoff [32] ritiene che prossimamente sarà fruibile una nuova psicoterapia, basata sui meccanismi neurali specifici e sulla loro reazione a particolari *psicodinamiche*: come psicoterapia neuropsicodinamica o "psicoterapia psicodinamica basata sul cervello".

d) Uno degli eventi più significativi degli ultimi anni nell'ambito della neuroscienza è stata la scoperta di un meccanismo neuronale che unisce funzionalmente la percezione di un'azione all'esecuzione dell'azione stessa. L'essenza di questo meccanismo "specchio" è il seguente: quando gli individui osservano qualcun altro mentre compie un'azione, il pattern neuronale che è impegnato nell'esecuzione di quell'azione, si attiva anche nel sistema motorio ed emotivo dell'osservatore. Anche se all'oscuro dell'obbiettivo di quegli atti motori, egli è comunque in grado di comprendere che cosa stia facendo l'altro individuo senza l'aiuto di qualsiasi forma di mediazione di tipo cognitivo.

Le ricerche del gruppo di Gallese [22] sulle basi neurali dell'empatia e sulla sintonizzazione intenzionale e le reti neurali sottostanti alle relazioni interpersonali rappresentano un cardine negli studi sui meccanismi profondi neurobiologici dell'azione trasformativa attuata dalla psicoterapia. La plasticità del meccanismo specchio potrebbe giocare un ruolo importante nella *costituzione delle memorie implicite* che accompagnano costantemente le nostre relazioni con gli oggetti interni e esterni, come una sorta di *basso continuo* [5]. Internalizzando patterns specifici di relazioni interpersonali, noi sviluppiamo la nostra caratteristica attitudine verso gli altri e verso il mondo in cui viviamo ed esperiamo internamente queste relazioni. Si potrebbe ipotizzare che la nostra identità personale sia almeno in parte l'esito del modo in cui la nostra simulazione incarnata degli altri si sviluppa e prende forma. Le conseguenze cliniche di tali scoperte sono state discusse in un ormai famoso articolo del 2007 di Gallese, Eagle Morris e Migone [23].

Le diverse reti neurali alla base delle diverse forme di empatia sono state descritte come un nucleo da Fan et al. [18]. La forma affettivo-percettiva e quella cognitivo-valutativa dell'empatia sono supportate da basi neurali diverse ma associate, suggerendo che esiste una divisione ancora più dettagliata delle funzioni specifiche dell'empatia all'interno della rete centrale ad essa deputata. Una meta analisi quantitativa sul cervello in toto rispetto agli studi fMRI condotti sull'empatia ha identificato la corteccia cingolata anteriore dorsale (dACC), la corteccia cingolata anteriore mediale (amCC), l'area motoria supplementare (SMA) e l'insula anteriore bilateralmente come regioni significativamente attivate nell'empatia, con l'ipotesi che le forme di empatia affettivo-percettiva e cognitivo-valutativa siano caratterizzate da pattern di attività differenti, sono state confrontate le attivazioni neurali in questi tipi di empatia. La amCC dorsale è stata reclutata più di frequente nella forma cognitivo-valutativa dell'empatia mentre l'insula anteriore destra è coinvolta solo nella forma affettivo-percettiva dell'empatia.

Empatia e compassione sono state differenziate per quanto riguarda le più fini dinamiche relazionali nel setting. Un contributo al cuore del problema è proposto da Singer e Klimecki [42] con uno studio brain imaging sui percorsi *formativi* alla compassione, differenziata dalla empatia anche sul piano neurobiologico. I risultati sottolineano l'importante differenza sia psicologica che neuronale tra empatia e compassione. L'esposizione alla sofferenza degli altri può portare a due differenti tipi di reazioni emotive. Da un lato la cosiddetta angoscia empatica che si associa a sentimenti auto-centrati e negativi, disinvestimento e ritiro. Se protratta nel tempo, l'angoscia empatica può essere considerata un predittore negativo nelle cure. Dall'altro lato, le risposte e l'atteggiamento compassionevole si basano su sentimenti positivi e etero-orientati e predispongono ad un atteggiamento motivazione e prosociale. Il training alla compassione non è solo in grado di favorire un atteggiamento prosociale, ma è anche in grado di sviluppare sentimenti positivi e atteggiamenti resilienti che a loro volta sostengono quelle strategie di coping necessarie in determinate situazioni stressanti.

Una revisione critica di numerosi studi riguardo [40] evidenzia che il cervello destro svolge un ruolo dominante nel processo di cambiamento in psicoterapia. Questo ruolo è sotteso da evidenziati meccanismi neurobiologici che regolano processi impliciti, non verbali, intuitivi e olistici. Questi processi regolano i processi dell'attaccamento precoce, che si sviluppano tuttavia nel corso di tutta la vita. In base a queste evidenze Schore propone una teoria neurobiologica interpersonale fruibile per meglio comprendere l'alleanza terapeutica fondata in reciproci enactments terapeutici e nei processi di cambiamento.

IV. Studi esemplificativi sulle modifiche cerebrali indotte da psicoterapie

Sono ormai numerosi gli studi di efficacia delle psicoterapie che utilizzano la ricerca delle trasformazioni biologiche da esse indotte nel cervello.

a) Il primo studio brain imaging che ha evidenziato come una psicoterapia provochi miglioramenti clinici correlati a modifiche cerebrali è stato quello di Wykes et al. [47]. Questi autori hanno utilizzato una psicoterapia derivata dalla CBT, la Cognitive Remediation Therapy, e hanno dimostrato come questo intervento modifichi specifiche aree cerebrali in soggetti con schizofrenia cronica. I cambiamenti alla Risonanza Magnetica funzionale sono stati osservati in aree cerebrali fronto-corticali associate con la memoria di lavoro; le rigorose procedure di indagine dimostrano che cambiamenti biologici e cognitivi associati ad un miglioramento clinico erano dovuti esclusivamente alla psicoterapia.

b) L'efficacia clinica della psicoterapia psicodinamica (PDT) ha subito un'ampia revisione concettuale. Recentemente, i ricercatori hanno studiato gli effetti di questo trattamento sull'attività metabolica o sinaptica del cervello: i risultati collettivi sono stati discussi solo da poco in una review di Abbass e al. [1], che discute i risultati finora disponibili di qualsiasi trattamento PDT rilevati con metodi neuroimaging.

I soggetti complessivamente considerati sono 94 controlli sani e 116 persone con disturbi dell'umore, disturbi di panico, disturbi somatoformi e disturbi borderline di personalità. Diversi tipi di tecniche di neuroimaging sono state usate per esaminare l'attività metabolica regionale e la neurotrasmissione sinaptica prima e dopo il trattamento PDT. Tutti gli studi hanno ricercato la normalizzazione di attività sinaptica o metabolica nel limbico, midbrain e regioni prefrontali, normalizzazione che si verifica con il miglioramento clinico conseguito dopo PDT. La PDT quindi ha effetti evidenti sulla funzione cerebrale in diverse popolazioni cliniche come evidenziato da un seppur modesto gruppo di studi neuroimaging.

c) Gli approcci psicodinamici propongono che la depressione, oltre che in termini biologici, possa essere significativamente concepita come una specifica organizzazione di un insieme di convinzioni e sentimenti consci o inconsci di un individuo. Le risultanti operazioni mentali costituiscono strategie difensive verso sentimenti negativi derivanti dal conflitto con l'obiettivo di ridurre il soggettivo senso di sicurezza. L'obiettivo delle psicoterapie psicodinamiche *a lungo termine* è modificare queste strategie aiutando il paziente ad elaborare questi vissuti, raggiungere l'insight e ridimensionare le esperienze collegate alla patologia depressiva.

Dovremmo quindi aspettarci che i patterns neuronali di valutazione del materiale sensibile cambino durante la terapia e si allontanino da stili emotivi difensivi sfavorevoli promuovendo invece accettazione integrata e consapevolezza propedeutici ad un miglioramento complessivo. L'identificazione di questi patterns neuronali era lo scopo generale dello studio neuroimaging sulla depressione di Buchheim et al. [13].

Questi autori hanno dimostrato per la prima volta l'effetto della psicoterapia psicodinamica a lungo termine evidenziando cambiamenti trattamento-specifici che coinvol-

gono il sistema limbico e le regioni regolatorie nella corteccia prefrontale. Essi hanno studiato pazienti ambulatoriali con depressione maggiore non trattati con farmaci e controlli prima e dopo 15 mesi di psicoterapia psicodinamica. I partecipanti sono stati valutati in due tempi, durante i quali presentazioni di scene correlate all'attaccamento con descrizioni neutre si alternavano con descrizioni contenenti frasi-chiave personali precedentemente estratte da un'intervista sull'attaccamento.

L'outcome atteso era l'interazione/correlazione della differenza di segnale tra presentazioni personali e neutre con il gruppo e il tempo, e la sua associazione con il miglioramento clinico durante la terapia. Il segnale associato con l'elaborazione di materiale personalizzato sull'attaccamento variava nei pazienti dall'inizio al termine del trattamento, ma non nei controlli sani. I pazienti hanno mostrato un'attivazione più alta nell'ippocampo/amigdala sinistra anteriore, nella corteccia cingolata subgenuale e nella corteccia prefrontale mediale prima del trattamento e una riduzione in quelle aree dopo 15 mesi.

Questa riduzione era associata con uno *specifico* miglioramento della depressione, e per quanto riguarda la corteccia prefrontale mediale con un più *generico* miglioramento dei sintomi. Come si è detto, questo è il primo studio che documenta cambiamenti neurobiologici nei circuiti implicati nella reattività e nel controllo emozionale dopo una psicoterapia psicodinamica a lungo termine.

d) Per quanto riguarda il trattamento con psicoterapia psicodinamica del disturbo somatoforme De Greck et al. [15] hanno evidenziato come i pazienti con disturbi somatoformi mostrino alterazioni nell'equilibrio della processazione di informazioni interne rispetto a quelle esterne, con una ridotta focalizzazione sulla processazione di stimoli esterni. In questo studio realizzato con fMRI è stato utilizzato un task orientato all'acquisizione di una ricompensa che richiedeva reazioni veloci, comparato con un task di controllo.

I pazienti sono stati paragonati con un gruppo di controllo e sono stati poi nuovamente sottoposti a scan dopo un ciclo di psicoterapia multimodale psicodinamica. I pazienti durante il primo scan dimostravano una riduzione differenziazione della risposta emodinamica tra stimoli associati e non associati a ricompensa in diverse regioni cerebrali. In due di queste regioni la mancata differenziazione tra gli stimoli si normalizza in seguito alla psicoterapia psicodinamica. La diminuita responsività di queste regioni cerebrali nella processazione degli stimoli esterni pare coinvolta nell'alterazione del bilanciamento tra stimoli interni e esterni in pazienti con disturbo somatoforme.

V. Memoria e cambiamento

Ci sono pertanto nuove ipotesi esplicative derivanti dalla brain science utili per comprendere il processo profondo di cambiamento in psicoterapia. Un esaustivo studio di

Lane [31] fondato su recenti acquisizioni della cosiddetta brain science considera il processo di cambiamento in psicoterapia correlato a processi come il *riconsolidamento* della memoria e l'eccitazione emotiva considerati tra loro in connessione.

Da Freud i clinici hanno capito che ricordi inquietanti contribuiscono alla psicopatologia e che i primi ricordi per Adler [3] hanno funzioni regolative dello Stile di Vita: nuove esperienze emozionali nei confronti di questi ricordi contribuiscono al cambiamento terapeutico. Tuttavia, rimangono controverse le modalità di queste interazioni. Studi empirici suggeriscono che l'eccitazione emotiva è un ingrediente chiave nel cambiamento terapeutico. La memoria sembra giocare un ruolo importante, ma non c'è consenso sul ruolo della comprensione di ciò che è successo in passato nel determinare il cambiamento terapeutico. L'idea fondamentale di Lane [31] è che il cambiamento terapeutico nelle diverse procedure psicoterapeutiche, compresa la terapia comportamentale, la terapia cognitivo-comportamentale, la terapia incentrata sulle emozioni e la psicoterapia psicodinamica, sia risultato dall'*aggiornamento* di memorie emozionali precedenti attraverso un processo di riconsolidamento che comprende e *incorpora* nuove esperienze emotive.

Il modello di Lane - sostenuto da evidenze delle neuroscienze concernenti memoria ed emozioni implicite/esplicite, interazioni emotive-memoria, riconsolidamento della memoria e la relazione tra memoria autobiografica e semantica - considera tre componenti interattivi di memoria integrata: memorie autobiografiche (evento), strutture semantiche e risposte emotive. Gli ingredienti essenziali del cambiamento terapeutico, in questa nuova sintesi neurobiologicamente fondata, includerebbero: (1) la riattivazione di vecchie memorie; (2) nuove esperienze emozionali che possono essere integrate e (3) il rafforzamento della memoria integrata attraverso la messa in atto di nuove modalità comportamentali esperite ex novo in una varietà di contesti a partire da quando succede nel setting.

Mentre da tempo la psichiatria e psicologia clinica hanno a lungo discusso l'argomento *emozione* inconscia e il suo ruolo potenziale esplicativa in psicopatologia, solo negli ultimi due decenni la ricerca sugli aspetti neurobiologici dei processi conscio/inconscio all'interno di percezione, memoria, processi decisionali e controllo cognitivo ha visto notevoli progressi.

Fondati su recenti modelli neurali dell'elaborazione delle emozioni sono stati ipotizzati i molteplici meccanismi neuro-cognitivi plausibili in grado di spiegare perché i diversi aspetti delle proprie reazioni emotive possono rimanere inconscie. Il modello proposto di recente da Smith e Lane [43] (vedi Tabella 2) offre meccanismi neuroscientificamente plausibili multipli per cui le proprie risposte emotive potrebbero non essere consciamente riconosciute con implicazioni specifiche per il trattamento psicoterapeutico. Mentre alcuni di questi meccanismi coinvolgono fattori top-down motivati, altri invece sorgono a causa di deficit di elaborazione dal basso all'alto, sottocorticale/corticale.

Questo modello sembra offrire un senso più chiaro della natura plausibile dell'emozione inconscia dalla prospettiva della neuroscienza cognitiva: può includere l'apprendimento inconscio di vari aspetti di un modello interno probabilistico; può includere bias in attenzione non riconosciuti, recupero di memoria e strategie di selezione delle azioni. Può anche includere risposte corporee consapevolmente sentite, ma misconosciute.

VI. Ulteriori aspetti del terapeuta nel processo di cambiamento

Le ricerche neurobiologiche ci spingono a considerare maggiormente gli aspetti emotivo/affettivi impliciti della psicoterapia - piuttosto che quelli cognitivo espliciti - dei cosiddetti fattori di cambiamento. Dimostrare gli schemi neurobiologici, di cui sopra, da un punto di vista empirico rimane una sfida aperta per il futuro anche a causa della difficoltà di comprendere pienamente il funzionamento del terapeuta. Quest'ultimo infatti oscilla tra un polo "tecnico" ed uno "personale" nella relazione con il paziente. Il processo terapeutico pertanto diventa un qualcosa da comprendere ad un livello micropsicologico e questo rende davvero complesso il poterlo "quantificare" e rendere fruibile in ambito neuroscientifico.

a) Dal punto di vista del terapeuta, le tecniche sono quelle di una specifica forma di ascolto (attenzione fluttuante), dell'uso della chiarificazione e dell'interpretazione e della formulazione di ipotesi rispetto al funzionamento mentale del paziente collegando aspetti inconsci al materiale conscio; quel qualcosa che il paziente non riesce a comprendere da solo o che non riesce ad accettare o collegare alla propria vita e ai propri pensieri di ogni giorno. Ciò nonostante, contro le libere associazioni e i collegamenti che il terapeuta può fare tra materiale conscio e inconscio, si pongono le resistenze del paziente che offrono un materiale in più sul quale lavorare nel processo psicoterapeutico. Questo mira a rendere il paziente capace di ricordare, interagire col terapeuta, ripetere per trasformare acquisendo tratti più evoluti rispetto allo stile di vita patologico.

Il terapeuta mette in gioco la sua personalità, i suoi pensieri, le sue emozioni e anche la sua storia personale all'interno della relazione terapeutica. La prospettiva del terapeuta rispetto ai pensieri, alle convinzioni e ai meccanismi del paziente guidano la costruzione di tale relazione. Recenti evidenze dimostrano come il terapeuta, con la sua personalità e la sua storia non rimane neutrale all'interno della relazione terapeutica come sostenuto in passato da Freud. Se il paziente sente il terapeuta come persona impenetrabile questo può creare alcune difficoltà nel processo terapeutico, ad esempio il paziente può proiettare sul terapeuta i propri vissuti innescando un indurimento inconscio nel terapeuta.

Kohut e prima di lui Adler affermò che la capacità di provare empatia è uno strumento fondamentale nella relazione terapeutica. In uno studio di Hassentstab et al. i terapeuti mostrano, rispetto ai controlli, un'iperattività dei circuiti relativi alla capacità

di provare empatia cognitiva mentre non vi è differenza rispetto all'empatia emotiva dove però i terapeuti mostrano una maggior capacità di regolazione emotiva rispetto al disagio e alla sofferenza altrui [26].

Un altro fattore del terapeuta decisivo per l'esito del trattamento sono gli interventi che egli utilizza per indurre il cambiamento, i cosiddetti "input psicoterapeutici" riferibili agli interventi tecnici che il terapeuta utilizza. Freud sostenne che gli interventi analitici devono essere rivolti a superare le resistenze del paziente finché i sintomi di cui soffre possano ridursi e scomparire. Adler questo proposito sottolineava l'importanza dello smascheramento delle mete fittizie, che alimentano la patologia, ma rimarcava l'importanza del clima incoraggiante in cui questi interventi si attuano per riattivare il *senso sociale della vita* [2].

Nell'incontro col paziente il terapeuta *può scegliere* di mantenere un atteggiamento neutrale, di astinenza analitica, o può invece lavorare con l'immaginazione per consentire al paziente di immaginare vari scenari anche dolorosi della propria vita all'interno di un contesto protetto. L'incontro è quell'insieme di fenomeni in cui il controtransfert viene assunto come uno dei vari tipi di incontro possibile. La storia individuale, il carattere, le abitudini e i valori dell'analista e del paziente si rendono fattori predisponenti di reazioni transferali e controtransferali differenti. L'incontro inoltre si caratterizza anche di tutti quegli aspetti più nascosti e depositati nei conflitti personali che allo stesso modo diventano un elemento di condivisione e di innesco nella relazione di coppia analista-paziente. Tipi differenti di incontri si vengono a costituire a seconda della semplicità o della facilità dei modelli di transfert e controtransfert delineati dai personali modelli di relazioni oggettuali.

b) Una forma diretta di comprensione esperienziale degli altri, *intenzional attunement* [23], comporta un'esperienza intenzionale sulla base dell'attivazione di sistemi neurali condivisi che si incentrano su cosa gli altri fanno e sentono e su cosa facciamo e sentiamo noi.

Nel gioco di attunements della relazione terapeutica come si articolano, si sovrappongono, si annullano finzioni e esperienze autentiche nelle dinamiche dell'alleanza di cambiamento?

In considerazione del fatto che "il trattamento coinvolge e trasforma sia il medico che il paziente" [4], la relazione terapeutica non è mera riedizione di progressi modelli relazionali, variamente influenzati da finzioni negative, ma dovrebbe costituire un *nuovo* prototipo di relazione autentica, in cui le finzioni prevalenti del terapeuta e del paziente dovrebbero essere positive, finalizzate allo sviluppo socialmente utile del Sé. Oltre alle finzioni del paziente, occorre sottolineare, secondo Rovera, anche quelle del terapeuta connesse per lo più a non ottimali articolazioni di Sentimento Sociale e Volontà di Potenza occasionali o strutturali nella motivazione alla professione [37].

La relazione terapeutica è intesa come revisione e ricostruzione *incoraggiante* dello stile di vita, negli aspetti microscopici del momento presente. L'attitudine all'ascolto, al ricordo regressivo, alla ricerca e riformulazione di senso della linea direttrice, propri della fase esplorativa, sono propedeutici per gli agenti specifici di cambiamento nel percorso psicoterapeutico, come esperienza in vivo di appartenenza e cooperazione.

L'*identificazione empatica* si presenta come espressione avanzata del Sentimento Sociale del terapeuta che dovrebbe contagiare implicitamente anche il paziente. L'interpretazione e lo *smascheramento delle finzioni* permangono a lungo implicite nella mente del terapeuta e non sempre occorre che siano esplicitate. Lo psicoterapeuta in tal modo si situa nell'area "dell'essere con" (appartenere) e "fare con" (cooperare), un modello identificatorio per accogliere il deficit, il sentimento di inferiorità verso una compensazione creativa socialmente utile.

Si è detto come l'emisfero destro sia correlato con le comunicazioni di attaccamento all'interno dell'alleanza terapeutica. Gli *enactments* reciproci di funzionamenti emotivi inconsci sono decisivi per l'elaborazione nella mente del terapeuta delle comunicazioni transfert-controtransfert e quindi per il cambiamento terapeutico [40]. Questo complesso degli agiti *non impulsivi* tra terapeuta e paziente consente di mettere il conscio al posto dell'inconscio, quanto meno nella ricostruzione interiore che il terapeuta fa di ogni accadimento nel setting: non sempre può essere opportuno al fine del miglioramento/maturazione del Sé del paziente un *esplicito disvelamento* interpretativo. Questo è efficace se accompagnato da una trasformazione incoraggiante dello stile di incontro, dell'alleanza di lavoro [39].

c) *La relazione terapeutica* inclusiva in cui i processi di attaccamento [45] si ripetono e si ricreano, in cui si allenta e continuamente si ricrea l'alleanza di lavoro [39] è dare quanto più spazio possibile alle esperienze dei pazienti e prestare attenzione non solo a ciò che dicono, ma soprattutto a ciò che esprimono con altri mezzi non verbali. Per attivare gli agenti trasformanti è necessario che il terapeuta offra un valido, autentico e non fittizio, riconoscimento e una risposta sintonica alla vasta gamma di comunicazioni, soprattutto implicite, che i pazienti trasmettono anche con le parole, ma soprattutto *tra le righe* attraverso il modo di parlare, le pause, il corpo, le emozioni. I modi di fare, di essere presenti con il paziente, i modi della mimica, i toni di voce concorrono implicitamente a prefigurare dei modelli fruibili per l'imitazione *embodied* [23].

VII. Conclusioni

Le crescenti ricerche della brain science forniscono ipotesi interessanti sulle dinamiche profonde che attivano il cambiamento in psicoterapia invitando a cercare il nucleo nel *contatto profondo* tra psicoterapeuta e paziente nelle reciproche progressivo/regressive [37] *emozioni, espressioni, memorie implicite* non verbali più che esplicite/

verbali: cervello destro più che sinistro, sequenze quindi di contagi e di trasformazioni reciproche.

1) Gli ingredienti essenziali neurobiologici del cambiamento riguarderebbero una riorganizzazione - attraverso la messa in atto di nuove modalità comportamentali nel setting - di vecchie memorie verso una *nuova memoria* frutto del coinvolgimento emotivo ottimale empatico/compassionevole del terapeuta nella relazione con il paziente.

a) Il terapeuta implicitamente imita, copia con solo parziale consapevolezza, le emozioni dolorose e non del paziente, dalle quali viene *contagiato*;

b) il terapeuta prova una sua originale corrispondente emozione (che contiene, accoglie, rifiuta, critica, ignora, etc.) a fronte di quella che egli ha ricevuto dal paziente;

c) questa seconda emozione originata nel terapeuta viene copiata, imitata dal paziente che costruisce così un modo diverso e più evolutivo di accogliere e reagire al suo proprio dolore, angoscia, ecc.

Rovera [37] rifletteva sull'identificazione formativa che come "identificazione imitativa del tirocinante è lontana dalla mera ripetizione; infatti essa non si rifà tanto all'aver imparato *come fare*, quanto nell'essere maturato nel *fare come* durante tutto l'arco del percorso, che è tecnico, analitico, esistenziale e comunitario al medesimo tempo". Tale processo di identificazione imitativa ha la caratteristica della reciprocità e, poco oltre nel passo citato, osserva Rovera, è analogo a quello che si attiverebbe tra paziente e analista. Per attivare gli agenti trasformanti è necessario offrire un valido - autentico e non fittizio - setting incoraggiante composto di riconoscimento e risposta sintonica alla vasta gamma di comunicazioni, soprattutto implicite che i pazienti trasmettono con le parole, ma specialmente *tra le righe*, attraverso il modo di parlare, le pause, il corpo, le emozioni.

Qualunque contenuto semantico è contenuto, intessuto in questo simultaneo «commento affettivo» multimodale nella forma di segnali mimici, prosodici e corporei che alternano il significato compreso nel contenuto stesso. L'analista può dire «*veramente*» con così tante inflessioni prosodiche diverse che il significato dipende dalle caratteristiche non verbali della comunicazione che l'accompagnano. «*Veramente*» può trasmettere sorpresa, indifferenza, scetticismo, disprezzo, o interesse coinvolto, a seconda dell'inflessione e di altri segnali relazionali che accompagnano il commento [44]. Il significato inferito dall'altro sarà nelle pieghe della conoscenza relazionale implicita dell'altro.

2) Ai fini di orientare l'alleanza terapeutica al processo di cambiamento *l'esempio*, come pure la testimonianza (procedurale) è più incisivo della argomentazione verbale (dichiarativa)! Queste testimonianze implicite sono il risultato e l'origine di quei dei

nuovi comportamenti anche del tipo *enactments* [24] che *ristrutturano calmano, consolano rendono talora assai fertili le antiche memorie* patogene.

Il nostro cervello tramite *mirror neurons* crea modelli del comportamento altrui allo stesso modo in cui crea modelli del nostro comportamento: questi agiscono a nostra insaputa e contagiano gli altri più efficacemente e nonostante le comunicazioni consapevoli. Questi percorsi intrapsichici e relazionali, resi ulteriormente evidenti dalle neuroscienze, sono le basi delle strategie procedurali di incoraggiamento come aspetti centrali nel processo di cambiamento.

3) *I moments of meeting* [44] sono di per sé, per via implicita, incoraggianti dal momento che promuovono atteggiamenti e comunicazioni di incontro e di condivisione. L'*embodied simulation* [23] del paziente verso il terapeuta e viceversa comporta che al paziente passino per via *mirror neurons* non tanto le parole, ma specialmente ciò che veramente è sentito dal terapeuta: su questo è (ri)costruita una complementare "struttura di accoglimento di sé" nel paziente. "Come" il terapeuta reagisce implicitamente, anche senza parole, al paziente diventa protesi (utile o dannosa), un pezzo nuovo del sé del paziente.

La comprensione empatica autentica è il cuore dell'incoraggiamento. Il contagio profondo di fiducia, sfiducia, angoscia, delusioni, speranze, oltrepassa, rinforza o annulla, confonde i messaggi verbali e gestuali intenzionali delle strategie consapevoli dell'incoraggiamento. Ne risultano accresciute - nell'interazione reciprocamente trasformante nel setting - le responsabilità etiche del terapeuta.

La formazione *del profondo* del terapeuta alla conoscenza di sé e all'accoglimento di sé e dell'altro è allora una necessità scientifica e prerequisito etico al contempo. Il paziente impara a trattare sé stesso *copiando implicitamente* il modo con cui si sente trattato dal terapeuta nel setting: contesto di regole e procedure esplicite concordate e soprattutto implicite co-create. I tratti della personalità del terapeuta, i suoi stili di coping verso sé stesso e le proprie ferite, le sue motivazioni alla professione, regolano a loro volta e nutrono l'attitudine alla identificazione empatica/compassionevole e alla trasmissione incoraggiante via *embodied simulation* al paziente. Le virtù psicodinamiche [12] testimoniate, trasmesse per contagio, più spesso in silenzio per via implicita possono diventare le strutture protesiche verso un nuovo, riparato, Sé del paziente.

- seguono Tabelle -

Tabella 1

| Summary of key regions, their proposed functions, findings implicating them in psychopathology, and relevant psychoanalytic concepts ^a | | | |
|---|--|---|---|
| Region of Interest | Function | Psychiatric Pathology | Psychodynamic Concepts of Relevance |
| Amygdala | Negative emotional processing, fear conditioning, emotional memory, emotional expression, emotional evaluation, motivated behavior | Hyperactive in depression, ^{227,228} hyperactive to traumatic stimuli in posttraumatic stress disorder, impaired emotional memory after damage | Id, drives, pleasure-unpleasure principal |
| Brainstem ascending neurotransmitter nuclei | Neuromodulation of motivational, attentional, and emotional processing, generalized arousal and activation functions | Associated with autonomic dysfunction in panic/anxiety disorder ^{229,230} | Psychic energy, drives |
| Dorsal anterior cingulate | Cognitive functions: modulation of attention or executive functions, response selection, monitoring competition, motivation, error detection, working memory, task demand anticipation | Hypoactive in depression, ^{231,232} increases in activity, accompany successful treatment of depression with cognitive behavioral therapy ¹⁷⁶ | Ego, superego, top-down selection of schema |
| Dorsomedial prefrontal cortex | Top-down cognitive processing of complex fear signals, cognitive interpretation of emotional stimuli, cognitive regulation of emotion, attention to emotional experience, mentalizing (attending to the mental states of self or others) | Hypoactive in depression ^{231,232} | Ego, superego, schemas object relations |
| Dorsolateral prefrontal cortex | Working memory, attention, executive cognitive functions, effortful control (degree of difficulty), emotion/cognition interactions in negative mood | Hypoactive in depression ²³¹⁻²³³ | Ego, superego |
| Hippocampus: posterior/dorsal (spatial/navigational) anterior/ventral (emotional) | Declarative memory, relational processing, emotional memory, contextual control of fear | Hypoactive in geriatric depression, ²³⁴ decreased volume with depression, ²³⁵ Animal literature shows decreased spine-density premenstrually ²³⁶ | Schemas, ego, object relations (anterior/ventral: id) |
| Insula | Visceral arousal, mediating subjective feeling states, interoceptive tasks, transient skin conductance responses | Hyperactive in depression ^{237,238} | Id, pleasure-unpleasure principal |

Tabella 2

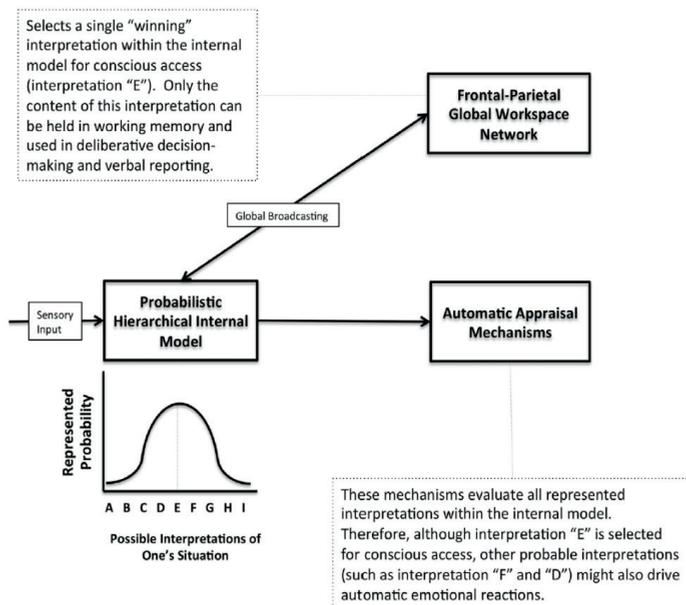


Fig. 1. Conscious vs. Unconscious Processing. This figure illustrates how unconscious probabilistic representations within an internal model can result in both 1) non-probabilistic, "all-or-none" conscious percepts/beliefs and 2) automatic emotional reactions (that may or may not relate to those consciously experienced percepts/beliefs). Note that while, for simplicity, the figure illustrates a single probability distribution over a single space of possible interpretations, the internal model we describe in the text includes a large number of separate (but hierarchically linked) hypothesis spaces – each representing a different type of information (e.g., visual vs. auditory) and/or a different level of description of it (e.g., perceptual vs. conceptual). As also described in the text, only representations within some of these spaces will be selected for conscious access at any given time, based on a range of factors (e.g., salience, goal-relevance, etc.).

Bibliografia

1. ABBASS, A. A., NOWEISKI, S. J., BERNIER, D., TARZWELL, R., BEUTEL, E. M. (2014), Review of Psychodynamic Psychotherapy Neuroimaging Studies, *Psychother. Psychosom.*, 83: 142-147.
2. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il Senso della Vita*, De Agostini, Novara 1990.
3. ADLER, A. (1935), The fundamental view of Individual Psychology, *Int. J. Ind. Psych*, 1: 5-8.
4. ADLER, A. (1936), Prefazione al diario di V.Nijinskij, in ANSBACHER, H.L., PARENTI F., PAGANI P. L., “Adler e Nijinski”, *Quaderni della Riv. Psicol. Indiv.*, 6: 1981.
5. AMMANNITI, M., GALLESE, V. (2014), *La nascita dell'intersoggettività*, Raffaello Cortina, Milano.
6. ANDRADE, V. M. (2005), Affect and therapeutic action of psychoanalysis, *Int. J. Psychoanal.*, 86: 677-697.
7. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
8. BALDWIN, S. A., WAMPOLD, B. E., IMEL, Z. E. (2007), Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 75: 842-52.
9. BARGH, J.A. (2014), Our unconscious mind, *Sci. Am.*, Jan. 310 (1): 30-7, PMID: 24616968.
10. BEUTEL, M. E., STARK, R., PAN, H., SILBERSWEIG, D., DIETRICH, S. (2010), Changes of brain activation pre-post short-term psychodynamic in patient psychotherapy: an fMRI study of panic disorder patients, *Psychiatry Res.*, 184, 96-104.
11. BOEKER, H., RICHTER, A., HIMMIGHOFFEN, N. H., ERNST, J., BOHLER, L., HOFMANN, E., VETTER, J., NORTHOFF, G. (2013), Essentials of psychoanalytic process and change: how can we investigate the neural effects of psychodynamic psychotherapy in individualized neuro-imaging? *Front. Hum. Neurosci.*, Aug. 2, 7: 355.
12. BRENNER, A., KHAN, F. (2013), The Training of Psychodynamic Psychiatrists. The Concept of “Psychodynamic Virtue”, *Psychodynamic Psychiatry*, 41(1) 57-74.
13. BUCHEIM, A., VIVIANI, R., KESSLER, H., KACHELE, H., CIERPKA, M., ROTH, G., GEORGE, C., KERNBERG, O. F., BRUNS, G., TAUBNER, S. (2012), Changes in Prefrontal-Limbic Function in Major Depression after 15 Months of Long-Term Psychotherapy, *PLOS One*, March, (7), 3.
14. DECETY, J., MORIGUCHI, Y. (2007), The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations: implications for intervention across different clinical conditions, *Biopsychosoc. Med.*, 16, 1: 22.
15. DE GRECK, M., SCHEIDT, L., NORTHOFF, G. et al. (2011), Multimodal psychodynamic psychotherapy induces normalization of reward related activity in somatoform disorders, *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12: 296-308.

16. DEL RE, A. C., FLÜCKIGER, C. HORVATH, A. O. et al. (2012), Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis, *Clin. Psychol. Rev.*, 32: 642-649.
17. DERUBEIS, R. J., BROTMAN, M. A., GIBBONS, C. J. (2005), A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument, *Clin. Psychol. Sci. Pract.*, 12: 174-183.
18. FAN, Y., DUNCAN, N. W., DE GRECK, M. e NORTHOFF, G. (2011), Is there a core neural network in empathy? An fMRI based quantitative meta-analysis, *Neurosc. Biobehav. Rev.*, Jan. 35 (3): 903-911.
19. FASSINO, S. (1984), Per una teoria individualpsicologica delle relazioni endopsichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 38-58.
20. FASSINO, S. (2010), Finzioni e processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 59-79.
21. FASSINO, S., BOGETTO, F., FERRERO, A. (1984), Concerning the problem of adaptation Social Interest and Reality Principle. A critical comparison, *Beiträge zur Individualpsychologie*, 3: 30-38.
22. GALLESE, V. (2006), Intentional attunement: a neurophysiological perspective on social cognition and its disruption in autism, *Brain Res.*, 24; 1079 (1): 15-24.
23. GALLESE, V., EAGLE MORRIS, M. N., MIGONE, P. (2007), Intentional Attunement: Mirror Neurons and the Neural Underpinnings of Interpersonal Relations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55: 131-76.
24. GINOT, E. (2017), The enacted unconscious: a neuropsychological model of unconscious processes. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 1-6.
25. GUGGENBUHL-GRAIG, A. (1983), *Al di sopra del malato e della malattia*, Raffaello Cortina, Milano 1987.
26. HASSENSTAB, J., DZIOBEK, I., ROGERS, K., WOLF, O.T., ANDCONVIT, A. (2007), Knowing what others know, feeling what others feel: a controlled study of empathy in psychotherapists, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 195: 277-281.
27. HEINON, E., KNEKT, P., JAASKELAINEN, T., LINDFORS, O. (2014), Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis, *European Psychiatry*, 29: 265-274.
28. HORVATH, A. O., DEL RE, A. C., FLÜCKIGER, C. et al. (2011), Alliance in individual psychotherapy, *Psychotherapy*, 48: 9-16.
29. KANDEL, E. R. (2005), *Psychiatry, Psychoanalysis and the New Biology of Mind*, tr. it. *Psichiatria psicoanalisi e nuova biologia della mente*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
30. KOZIOL, F., BUDDING, L. F., NANCY, D., ANDREASEN, N. et al. (2014), The Cerebellum's Role in Movement and Cognition, *Cerebellum*, Feb. 13 (1): 151-177.
31. LANE, R.D., RYAN, L., NADEL, L., GREENBERG, L. (2015), Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science, *Behav. Brain Sci.*, 38: e 1.
32. NORTHOFF, G. (2011), *Neuropsicoanalisi in Pratica. Brain, Self and Objects*, tr. it. *Neuropsicoanalisi in pratica. Cervello, Sé e oggetti*, Ananke, Torino 2014.

33. ONNIS, L. (2015), *Una nuova alleanza tra psicoterapia e neuroscienze*, F. Angeli, Milano.
34. PERSON, E., COOPER, A. M., GABBARD, G. O. (2005), *Psychoanalysis. Theory, Clinic and Research*, tr. it. *Psicoanalisi. Teoria, clinica, ricerca*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006.
35. PROTOPOPESCU, X., GERBER, A. J. (2013), Bridging the gap between neuroscientific and psychodynamic models in child and adolescent psychiatry, *Child Adolesc. Psychiatr. Clin.*, 22 (1): 1-31.
36. RIZZOLATTI, G., SINIGALLIA, C. (2006), *So quel che fai: il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Raffaello Cortina, Milano.
37. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Indiv. Psychol. Dos.*, 1: 94-121.
38. ROVERA, G. G. (1999), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G.B. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
39. ROVERA, G. G. (2014), Le alleanze terapeutiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 3-31.
40. SCHORE, A. N. (2014), The right brain is dominant in psychotherapy, *Psychotherapy*, Sep. 51 (3): 388-97.
41. SINGER, T. (2012), The past, present and future of social neuro science: a European perspective, *Neuroimage*, 61 (2): 437-49.
42. SINGER, T., KLIMECKI, O. M. (2014), Empathy and compassion, *Curr. Biol.*, Sep. 22; 24 (18): 875-878.
43. SMITH, R., LANE, R. D. (2016), Unconscious emotion: A cognitive neuroscientific perspective, *Neurosci. Biobehav. Rev.*, Oct, 69: 216-225.
44. STERN, D. N. and THE BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2012), *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
45. WALLIN, D. J. (2007), *Attachment in Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*, Il Mulino, Milano 2009.
46. WAMPOLD, B. E. (2015), How important are the common factors in psychotherapy? An update, *World Psychiatry*. Oct; 14 (3): 270-277.
47. WYKES, T., BRAMMER, M., MELLERS, J., BRAY, P., REEDER, C., CLARE WILLIAMS, C., CORNER, J. (2002), Effects on the brain of a psychological treatment: cognitive remediation therapy Functional magnetic resonance imaging in schizophrenia, *BJP*, 181: 144-152.

Secondo Fassino
 Via Milazzo 2
 I- 10133 Torino
 E-mail: secondo.fassino@unito.it

Processi ed esiti in psicoterapia: il ruolo della relazione terapeutica

ANDREA FERRERO

Summary – PSYCHOTHERAPY PROCESSES AND OUTCOMES: THE ROLE OF THERAPEUTIC RELATIONSHIP. The dynamics occurring during the sessions of psychotherapy between patient and therapist has been recently described in terms of attitudes and counter-attitudes, starting from therapist's task to provide presence and encouragement and patient's requests that feelings of helplessness can be alleviated. Interindividual dynamics between therapist's therapeutic style and patient's life style deal with three orders of factors: the qualities of both therapist and patient as real persons, the unconscious symbolic meanings of the relationship and the implicit communication components. Therapist personality is relevant as it is manifested and perceived by patients during the treatment. Concerning patients, current research not only stresses the relevance of symptoms in building a good working alliance, but emphasizes other variables, such as relational functioning and defence mechanisms. Comprehensively, specific patients personality characteristics tend to evoke distinct patterns of emotional response in clinicians. A review of the results of most recent studies comparing different psychotherapeutic styles and different patient's life styles is provided, in order to detect their impact on treatments process and outcome. Finally, some implications on therapeutic technique of Adlerian Psychodynamic Psychotherapies are briefly discussed.

Keywords: ATTEGGIAMENTI E CONTROATTEGGIAMENTI, PERSONALITÀ DEL TERAPEUTA, PERSONALITÀ DEL PAZIENTE

I. Introduzione

Fin dagli inizi del 1900, gli studi sulla psicoterapia indagano lungo due direzioni. Per un verso, cercano di definire un insieme di strategie e di tecniche che descrivano processi ed esiti, replicabili e che si possano insegnare. Sotto un altro punto di vista, sottolineano costantemente come la qualità della relazione terapeutica giochi un ruolo fondamentale nei successi o negli insuccessi con i pazienti, e la personalità del terapeuta svolga un ruolo importante.

Tuttavia, mentre è possibile codificare la tecnica, almeno per una certa parte, è impossibile fare altrettanto per gli aspetti umani dell'incontro, soggetti ad una infinità di variabili e fattori aspecifici che, agli occhi dei detrattori, contribuiscono a derubri-

care le psicoterapie a livello di pratiche di generico sostegno o di suggestione senza statuto scientifico. All'inizio del secolo scorso, questa contrapposizione si ricompose in modo dialettico all'interno della Psicoanalisi, tra dinamiche intrapsichiche e relazionali, conscie ed inconscie.

Aspetti cognitivi, tecnici e psicopatologici, e modalità istintivo-emotive della costruzione del rapporto tra paziente e terapeuta si intrecciano, ad esempio, nella concezione del transfert e del controtransfert.

Tutte le psicoterapie di orientamento psicodinamico si sono fatte successivamente carico di approfondire il significato relativo della qualità tecnica e della qualità relazionale dei trattamenti, con accenti diversi ad iniziare dalla Psicologia Individuale Adleriana e dalla Psicologia Analitica Jungiana.

Nell'arco dei decenni successivi, le relazioni diventano poi oggetto di attenzione particolare da parte delle psicoterapie sistemiche, umanistiche, della Gestalt, interpersonali, ed anche nelle psicoterapie cognitivo-comportamentali, specialmente quelle ad indirizzo costruttivista.

In ogni caso, è solo dalla metà del secolo scorso che le modalità di interazione tra terapeuta e paziente diventano oggetto di studi sistematici e che si prova a validarne la rilevanza. Il moderno costrutto di *working alliance* è introdotto da Greenson [36] e comprende, secondo Bordin [16], tre processi interrelazionali che richiedono un processo progressivo di negoziazione [53]: il consenso sugli obiettivi del trattamento, il consenso sulle modalità del trattamento e il legame relazionale.

II. *Ruolo e funzione del terapeuta nella costruzione dell'alleanza terapeutica*

Vi è attualmente consenso nel considerare che la personalità del terapeuta ha rilievo in quanto costituisce una parte dell'alleanza terapeutica [20]. Sia le ricerche neurobiologiche che le ricerche sui processi delle psicoterapie hanno mostrato, infatti, che lo psicoterapeuta partecipa pienamente, insieme al paziente, alla co-creazione e alla co-costruzione della relazione durante le sedute [11].

Per utilizzare una recente definizione di Rovera [58], questa si definisce progressivamente proprio in base alle dinamiche degli atteggiamenti e dei contro-atteggiamenti sia del paziente che del terapeuta. Fin dall'inizio, le attese del paziente di cambiamento e coinvolgimento empatico sono indirizzate al terapeuta, che ha il mandato di operare con oggettività, di fornire presenza e incoraggiare il cambiamento [50, 7, 41]. La personalità del terapeuta informa, per la propria parte, gli incontri in seduta ("meeting") e interagisce con le proprie difese con quelle del paziente ("masking") all'interno della psicoterapia ("matching"), che viene ad assumere così le caratteristiche di un «percorso esistenziale condiviso» [58], secondo tre registri: di realtà, transferale fantasmatico e implicito.

Secondo il registro di realtà, come scriveva Adler [3], il paziente ripropone in seduta

sempre il solito atteggiamento che, in linea con il piano di vita elaborato, manifestava verso le persone del suo ambiente passato, e prima ancora verso la sua famiglia. Dal punto di vista delle relazioni significative, una delle psicoterapie di derivazione Adleriana, la Classical Adlerian Depth Psychotherapy, ritiene che il terapeuta, durante i trattamenti, debba indirizzare la consapevolezza delle mancanze vissute dal paziente durante l'età evolutiva nella direzione di poter compiere passi concreti per migliorare le relazioni con la famiglia, gli amici, la comunità, o il mondo del lavoro [63, 62].

A sua volta, la Constructivism Oriented Individual Psychology sottolinea in particolare come gli individui siano auto-determinati per via del significato che danno alle loro esperienze, per cui è probabile che si verifichi un qualche errore quando particolari vissuti di inferiorità vengono assunti come base per la vita futura [55].

Se si considera, invece, il registro transferale fantasmatico, il pensiero psicoanalitico odierno sostiene che il controtransfert va considerato come creazione congiunta del paziente e del terapeuta, ma non sarebbe giusto focalizzare solo gli aspetti interpersonali senza considerare che, in ultima analisi, il conflitto psicologico è interiore ed intrinseco al funzionamento mentale, sia del paziente che del terapeuta [60].

Sotto il profilo intrapsichico, dunque, il transfert esprime precoci moduli di legame interiorizzati [28], ovvero permette di comprendere in che modo le relazioni significative del passato sono state inconsciamente registrate all'interno dell'individuo e strutturano la psiche, anche inconsciamente, diventando, così, come delle "immagini guida" per orientarsi nella vita.

Queste immagini guida sono state chiamate "finzioni" da Adler [2, 3, 4]. Per quanto appaiano concrete, le finzioni devono essere sempre considerate come dotate di senso simbolico e la nostra comprensione dell'avvenire deve rimanere nell'inconscio.

Secondo la Psychoanalytisch Orientierte Individualpsychologische Psychotherapie, gli aspetti emozionali di rilevanti ed anche precoci relazioni nella storia dell'individuo costituiscono precondizioni cruciali, cosce ed inconscie, delle rappresentazioni di sé, dei propri pensieri e convincimenti. Durante la psicoterapia, vengono riattivate e possono essere risperimentate e comprese in maniera nuova attraverso il co-movimento del terapeuta [25].

In sintesi, secondo questa prospettiva non si può non trasferire, ognuno secondo il modo tipico dello stile di vita, e ciò non vale solo per il paziente, ma allo stesso modo anche per il terapeuta [48].

A livello del registro implicito, infine, come dice Adler [6], l'uomo sa molto più di quanto non comprenda ed il passato è riportato al presente a livello dell'esperienza vissuta durante le sedute. La ri-attribuzione del significato pre-verbale delle esperienze psichiche avviene nella relazione anche per il tramite di aspetti non verbali [19].

Alla luce di recenti acquisizioni, anche ad opera di studiosi italiani [35], sulle funzioni dei neuroni a specchio come substrato neurobiologico della comunicazione empatici-

ca, processi come la simulazione interiorizzata (embodied simulation), e la sintonizzazione intenzionale (intentional attunement) sarebbero necessari per trasformare la comunicazione empatica in comprensione empatica reciproca tra paziente e terapeuta, attraverso una linea esperienziale diretta e l'instaurarsi di un tipo particolare di familiarità tra paziente e terapeuta [26, 11].

Anche secondo la Adlerian Metaphor Therapy, le metafore linguistiche del soggetto possono rappresentare livelli di conoscenza profondi, taciti, prelogici. L'esplorazione e la trasformazione delle metafore linguistiche impegna il cliente anche a questi livelli, e il terapeuta favorisce cambiamenti costruttivi con una modalità relativamente non direttiva [47].

Complessivamente, costruita a tutti questi livelli, la working alliance è vista attualmente come l'ingrediente essenziale della promozione di cambiamento [45, 49] e di una più favorevole aderenza al trattamento [65], anche se spiega proporzionalmente poco dei risultati dei trattamenti [24].

Nonostante, quindi, la popolarità e le validazioni empiriche dell'alleanza terapeutica, ci sono ancora molti problemi nell'attuale definizione del concetto e della sua utilità per la ricerca in psicoterapia.

III. *Personalità del terapeuta e qualità dell'alleanza terapeutica*

La personalità del terapeuta ha uno specifico rilievo, dunque, per come si manifesta durante le sedute, ma soprattutto per come viene percepita da ogni singolo paziente [38, 9]. L'importanza dei precedenti stili di attaccamento decresce precocemente durante il trattamento [41, 12], mentre l'importanza delle manifestazioni relazionali implicite cresce precocemente [51].

Riguardo all'impatto delle modalità relazionali del terapeuta sull'alleanza terapeutica, queste possono essere poste in relazione con le esperienze precoci del paziente, considerando, secondo Adler [4], come una sorta di tardiva assunzione della funzione materna da parte del terapeuta.

In questo senso, recenti ricerche [8] hanno differenziato gli effetti differenti del comportamento delle madri capaci di sintonizzarsi sui bisogni dei figli (madri "sincrone"), che promuovono migliore modulazione emozionale, empatia, percezione della mente ed organizzazione psichica, rispetto a quelli delle madri carenti in tal senso (madri "intrusive"), che tendono invece ad attivare gli agiti e a favorire la disorganizzazione psichica.

Queste riflessioni segnalano, per analogia, le doti fondamentali che sono richieste alla personalità del terapeuta e, per converso, i rischi di relazioni iatrogene.

Sarebbero, dunque, decisive, al di là di altri aspetti, un'attenzione selettiva ai bisogni, senza lasciarsi contagiare dalla sofferenza, ed attitudini creative con la possibilità di rappresentare un modello di speranza [40, 52, 18, 59].

Durante le varie fasi successive del trattamento, inoltre, le variabili intrapsichiche della personalità del terapeuta sembrano influenzare l'alleanza terapeutica maggiormente delle variabili relazionali [41, 59]. In questo senso, anche il mondo interiore del terapeuta, come quello del paziente, può essere inteso come un'insieme di esperienze vissute a livello implicito, rispetto a cui conflitti e difese costituiscono elementi secondari che ne permettono la rappresentazione e la narrazione esplicita attraverso il linguaggio durante il trattamento [19].

IV. La risposta del terapeuta e l'inferiorità del paziente relativa alla patologia

Gli atteggiamenti cognitivo-emotivi del terapeuta durante la psicoterapia sembra che dipendano più dal funzionamento relazionale [22], dalle resistenze [67] e dal livello di funzionamento psicopatologico del paziente che dai suoi sintomi [23].

Anche per questi motivi, dunque, le patologie non vanno differenziate solo a livello descrittivo, ma il trattamento psicoterapeutico richiede un approccio che faccia riferimento alla psicopatologia dello sviluppo [13, 32].

Secondo il Vulnerability, Events, Personality-Psychopathological Model (VEP - PM), alla patogenesi dei disturbi psichiatrici concorrono variamente quattro distinti fattori, tutti necessari e nessuno sufficiente [30, 32].

Il primo è costituito dalle vulnerabilità biologiche dell'individuo.

Ad esempio nella schizofrenia, il terapeuta si troverà di fronte al fatto che il paziente, in base ad una rilevante predisposizione genetica, discrimina con difficoltà gli aspetti complessi della cognizione sociale e può presentare un'esagerata attrazione o aversività per stimoli neutri [46, 1].

Il secondo fattore eziopatogenetico si riferisce alla vulnerabilità psicosociale.

Ad esempio, da gravi carenze delle relazioni di "amore o tenerezza primaria" [14] può derivare una mancata coesione dei diversi aspetti del sé, e la relazione con il terapeuta può essere vissuta da pazienti con gravi disturbi di personalità come una minaccia per l'identità. Peraltro, anche nel caso in cui l'identità si sia costituita in modo coeso e saldo, esperienze precoci del bambino troppo conflittuali innescano tensioni che possono rimanere irrisolte e riattivarsi durante il trattamento.

Bisogna considerare inoltre, a questo proposito, che gli stressors, che costituiscono il terzo fattore patogeno, non incidono se non in quanto vanno a cogliere il soggetto negli aspetti specifici della sua "inferiorità" e non sono rilevanti in soggetti a bassa vulnerabilità [66]. Diverso è ovviamente il discorso per gli eventi traumatici, i cui effetti patogeni sono molto noti e descritti in letteratura.

Il quarto e decisivo fattore di rilevanza psicopatologica è costituito dai meccanismi disfunzionali di compensazione dell'inferiorità [2], ovvero dall'organizzazione patologica della personalità, come ben sottolineato, tra gli altri, da Bond [15].

Secondo prospettive coerenti con la Psicologia Individuale, i meccanismi di difesa,

che ne costituiscono un aspetto rilevante, nascono e risiedono nel dominio delle interazioni fin dalla prima infanzia [19] e vengono successivamente plasmati anche da fattori socio-culturali [64]: regolano l'esperienza di sé [54] e, nel contempo, il controllo e il rilascio di due principali dimensioni relazionali: "dominanza-sottomissione" e "nutrimento-ostilità" [68]. Nello specifico dell'alleanza terapeutica, i meccanismi di difesa hanno stretta relazione col manifestarsi e il risolversi delle resistenze al trattamento.

A fronte di queste considerazioni, una serie di interessanti ricerche recenti hanno intrapreso ad indagare la qualità emotiva del controatteggiamento del terapeuta in rapporto alla psicopatologia del paziente, utilizzando il Therapist Response Questionnaire [69].

Lo strumento indaga dimensioni clinicamente e teoricamente coerenti che rappresentano le risposte emotive dei terapeuti verso i pazienti, evidenziando il fatto che esistano ben maggiori nuances rispetto alla distinzione globale tra controtransfert positivo o negativo.

In dettaglio, lo strumento distingue nove modalità di controatteggiamento del terapeuta:

- 1) sopraffatto/disorganizzato;
- 2) impotente/inadeguato;
- 3) positivo;
- 4) speciale/ipercoinvolto;
- 5) sessualizzato;
- 6) distaccato;
- 7) genitoriale/protettivo;
- 8) criticato/maltrattato;
- 9) ostile [10].

Una di queste ricerche [21] ha potuto correlare in modo significativo le risposte del terapeuta in rapporto al disturbo di personalità del paziente, evidenziando come il controatteggiamento, in un campione di 203 psicoterapie, correli con il disturbo e non con l'orientamento teorico del trattamento.

Un'altra ricerca, di cui sono disponibili solo i primi dati preliminari [31], indaga le correlazioni tra le dimensioni del controatteggiamento del terapeuta non con le diagnosi categoriali di diverse patologie della personalità, ma con l'organizzazione di personalità dei pazienti, indagata con la Defense Functioning Scale (DFS) (DSM IV Task Force, 2000) e la Psychopathological Functioning Level - Rating Scale (PFL-RS) [32].

Il campione parziale riguarda 42 trattamenti di pazienti con età compresa tra 15 e 56 anni (media: 27, 41 anni; DS: 12,1), per il 43,9% maschi e per il 56,1 % femmine.

I terapeuti intervistati sono prevalentemente di orientamento psicodinamico ed hanno livelli difformi di esperienza e di formazione.

Una prima serie di dati preliminari significativi (livello 0,01; 2-code) evidenzia come i terapeuti manifestino controatteggiamenti di tipo positivo quanto più è adeguata

l'organizzazione di personalità del paziente. L'attivazione di una modalità di tipo genitoriale, per contro, non sembra significativamente correlata alla maggiore o minore gravità psicopatologica del paziente.

Tanto più disfunzionale, invece, è il livello di organizzazione di personalità del paziente, tanto più il terapeuta tende a sentirsi maltrattato, impotente e sopraffatto, seppure non ostile e distaccato.

Questi dati andranno confermati o meno su casistiche più ampie, ma suggeriscono tendenzialmente che le modalità intrapsichiche relazionali più disfunzionali dei pazienti tendono ad interferire almeno in parte sulle potenzialità del terapeuta, per lo meno per quanto riguarda il livello di fiducia relativa alla possibilità di essere efficaci. Non sembrerebbero, invece, nel campione considerato, innescare maggiormente reazioni di distacco o di aggressività e nemmeno, in modo iper-compensatorio, un eccesso di coinvolgimento emotivo, di protettività o di accudimento.

V. Lo stile terapeutico in rapporto ai processi e agli esiti dei trattamenti

La personalità del terapeuta si rivela congiuntamente in ciò che comunica al paziente tanto quanto nel modo attraverso cui lo comunica o nella scelta di quando lo comunica [44].

Ad esempio, un «terapeuta mentalizzante» può influire sull'esito del trattamento perché fornisce un'esperienza che ristrutturata aspetti della memoria implicita, ma anche perché sceglie empaticamente una serie di interventi espliciti che ritiene utili per il paziente [30, 32, 33]. Analogamente, lavorare col transfert e il controtransfert è un contenuto tecnico dello stile terapeutico, ma ha attinenza con dinamiche esperienziali governate da reversibilità di ruoli, tra ripetizione e trasformazione di aspetti inconsci [17].

E ancora, l'uso di interpretazioni non dipende solo dalle caratteristiche dei pazienti, ma può correlare in modo importante con le esperienze relazionali dei terapeuti [39] e veicolare sia un atteggiamento ostile che un atteggiamento amichevole [61].

Alcune interessanti ricerche [42, 57, 56, 41, 43] hanno correlato il contenuto della comunicazione del terapeuta, la fase del trattamento e l'alleanza terapeutica, valutando l'impatto delle interpretazioni di transfert effettuate dal terapeuta durante psicoterapie ad orientamento analitico.

Riassuntivamente, con pazienti che mostrano un'alta qualità di relazioni oggettuali, le interpretazioni precoci di transfert (positivo) risulterebbero tendenzialmente controproducenti durante la fase di costruzione dell'alleanza terapeutica, scoraggiando le aspettative positive e l'impegno a cooperare; sarebbe pertanto più utile accogliere inizialmente il transfert del paziente piuttosto che elaborarlo.

Ad alleanza terapeutica costituita, questi stessi pazienti beneficerebbero poi delle interpretazioni riferite a vissuti extra transferali e, solo ad alleanza terapeutica consolidata, delle interpretazioni di transfert.

Per contro, con i pazienti con bassa qualità di relazioni oggettuali e importanti resistenze al trattamento sarebbero da privilegiare, anche precocemente, le interpretazioni del transfert negativo, per disconfermare timori regressivi e proiettivi che ostacolano l'alleanza terapeutica. Solo successivamente si dovrebbero considerare le interpretazioni extra - transfert. Rispetto agli esiti, inoltre, setting e tecniche differenti potrebbero beneficiare di stili terapeutici differenti.

Uno studio al proposito [37] è stato effettuato su 169 pazienti con disturbi d'ansia e dell'umore trattati con 2 o 3 sedute settimanali di psicoterapia psicodinamica, ovvero con 4 sedute settimanali di psicoanalisi.

I risultati, in sintesi, mostrerebbero che sedute settimanali più numerose permetterebbero ai terapeuti di utilizzare uno stile più volto al cambiamento che alla accettazione del paziente, ovvero di essere, con vantaggio per il paziente, «less affirming», ovvero meno accettanti ed amichevoli; «less aloof», ovvero meno riservati e cauti; «more forceful», ovvero più assertivi e critici.

Complessivamente, lo stile del terapeuta sembra influenzare l'esito del trattamento, sia per il modo in cui il terapeuta si propone come modello esemplare di relazione, sia per il tipo di scelte che effettua per promuovere la risoluzione dei problemi del paziente. Per quanto concerne le tecniche semi-manualizzate delle psicoterapie brevi e a tempo limitato derivate della Adlerian Psychodynamic Psychotherapy [27, 29], che posseggono evidenze preliminari di efficacia in diversi ambiti clinici, esse sono orientate secondo due assi strategici, uno relazionale ed uno intrapsichico.

La strategia relazionale intensiva [30] è caratterizzata dal fatto che il terapeuta favorisce la rielaborazione dei vissuti da parte del paziente, piuttosto che fornire contributi personali. L'obiettivo è quello di favorire nel paziente un atteggiamento di attenzione, confidenza e comprensione delle proprie difficoltà come presupposto del cambiamento. Secondo Adler [3], il terapeuta non è capace di insegnare nulla di meglio di quanto il paziente non possa comprendere attraverso il riconoscimento della linea della propria vita. Il terapeuta, in questo modo, attiva le proprie attitudini personalistiche ad essere «stimolante».

Alternativamente, la strategia relazionale supportiva [30] è caratterizzata, invece, dalla prevalenza dell'integrazione dei contributi da parte del terapeuta. L'obiettivo è quello di fornire soluzioni positive alternative in risposta alle difficoltà del paziente. Secondo Adler [5], la psicoterapia è un esercizio ed una prova di cooperazione e può concludersi positivamente solo se c'è un sincero interesse per gli altri.

La scelta di una strategia supportiva sottende una attitudine «soccorrevole» da parte del terapeuta.

Sotto il profilo intrapsichico, la strategia terapeutica mutativa si propone di provocare un cambiamento dello Stile di Vita e dell'organizzazione di personalità attraverso il

cambiamento di almeno alcuni dei meccanismi di difesa che sono connessi in modo significativo con la patologia. Il terapeuta attiva, quindi, un'attitudine «esplorativa». Al contrario, la strategia terapeutica conservativa è volta a rispettare e rinforzare i meccanismi di compensazione del paziente, ed in particolare preserva le difese a più evoluto funzionamento, più sane e adattative per il soggetto e per le altre persone. In questo caso, il terapeuta assume un'attitudine «rassicurante». Come sottolineava già Fürstenau [34], si sottolinea ancora una volta quanto siano importanti l'arte e la capacità del terapeuta di trattare pazienti differenti secondo modalità differenti, secondo uno spazio decisionale clinico multidimensionale.

VI. *Alcune brevi considerazioni conclusive*

Le caratteristiche personologiche del terapeuta sembrano costituire, dunque, un elemento di grande rilevanza tra le variabili di processo e di esito dei trattamenti psicoterapeutici. I lavori di ricerca che oggi cercano di indagare la qualità relativa di questi processi interattivi in trattamenti di pazienti con patologie differenti sottolineano come le caratteristiche personologiche del terapeuta correlano in modo significativo non solo con le problematiche presentate del paziente, ma anche con le opzioni tecniche che sceglie di assumere.

Emerge, complessivamente, la funzione di uno psicoterapeuta più partecipante, che può in certi casi agire all'interno del setting (enactment), fino a rivelare e mettere in gioco delle parti di sé (self-disclosure).

Affinché le strategie della psicoterapia possano essere utili, si può dunque sostenere che il terapeuta idealmente dovrebbe essere in grado di tollerare e riconoscere una gamma tendenzialmente vasta di condizioni emotive proprie e dei pazienti.

D'altronde, anche le difficoltà interpersonali possono servire e, ad esempio, si è dimostrato che esperienze di attaccamento sicuro non aprono per forza la strada dell'acquisizione della capacità di mentalizzare [33]. È fondamentale, invece, la prospettiva di considerare quanto ci viene comunicato dal paziente come attendibile, rilevante per le sue prospettive soggettive ed estensibile ad altri.

Questo aspetto della personalità del terapeuta, definibile come “epistemic trust” [33] sembra possa costituire il back-ground relazionale (conscio, inconscio ed implicito) per comprendere la patologia del paziente ed inserire le strategie tecniche del trattamento. In questo modo, ancora una volta, accanto all'acquisizione di solide conoscenze della psicopatologia, la formazione emotiva personale risulta fondamentalmente come base della professionalità dello psicoterapeuta.

L'acquisizione veloce e a basso costo di tecniche, che poi si usano indifferentemente per qualunque tipo di disturbo, costituisce invece una vera minaccia per il futuro della psicoterapia, soprattutto quando si presenta sotto le mentite spoglie di una male intesa “evidence-based practice”.

Bibliografia

1. ADDINGTON, J., BARBATO, M. (2012), The role of cognitive functioning in the outcome of those at clinical high risk for developing psychosis, *Epidemiol. Psychiatr. Sciences*, 21 (4): 335-342.
2. ADLER, A. (1912), *Über den 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. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton, Roma 1994.
6. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
7. ANDRUSYNA, T. P., TANG, T. Z., DE RUBELS, R. J., LUBORSKY, L. (2001), The factor structure of working alliance in cognitive-behavioral therapy, *J. Psychother. Pract. Res.*, 10 (3): 173-178.
8. ATZIL, S., HENDLER, T., FELDMAN, R. (2011), Specifying the neurobiological basis of human attachment: brain, hormones, and behavior in synchronous and intrusive mothers, *Neuropsychopharmacol.*, 36: 2603-2615.
9. BARSKY, A. J., SAINTFORT, R., ROGERS, M. P., BORUS, J. F. (2002), Non-specific medication side effects and nocebo phenomenon, *JAMA*, 287 (5): 622-627.
10. BETAN, E., HEIM, A. K., ZITTEL CONKLIN, C., WESTEN, D. (2005), Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation, *Am. J. Psychiatry*, 162: 890-898.
11. BIANCONI, A. (2010), Finzione e contro-atteggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 7-27.
12. BLACK, S., HARDY, G., TURPIN, G., PARRY, G. (2005), Self-reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy, *Psychol. Psychother.*, 78 (3): 363-377.
13. BLATT, S. J., LUYTEN, P. A. (2009), Structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: two polarities of experience across the life span, *Dev. Psychopathol.*, 21(3):793-814.
14. BOLTERAUER, L. (1982), Die narzisstisch gestörte Persönlichkeit im psychoanalytischen Aspekt von H. Kohut und im individualpsychologischen Aspekt von F. Künkel, *Zeit. f. Individualpsychol.*, 7: 76- 84.
15. BOND, M. (2004), Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change, *Harv. Rev. Psychiatry*, 12 (5):263-278.
16. BORDIN, E. S. (1979), The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance, *Psychother. Theory, Res. Pract.*, 16: 252-260.
17. BORGOGNO, F. (2015), Between repetition and transformation: A special learning experience in the dynamics of transference and countertransference from the

beginning of my psychoanalytic training. Panel Report, IPA Congress, Boston 2015: Working with transference and countertransference: Special learning moments in our psychoanalytic journey, *Int. J. Psychoanal.*, 96:1639-1641.

18. BRUCK, E., WINSTON, A., ADERHOLT, S., MURAN, J. C. (2006), Predictive validity of patient and therapist attachment and introject styles, *Am. J. Psychother.*, 60 (4): 393-406.

19. BRUSCHWEILER-STERN, N., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A. C., NAHUM, J. P., SANDER, L.W., STERN, D. N. (2007), The foundational level of psychodynamic meaning: implicit process in relation to conflict, defense and the dynamic unconscious, *Int. J. Psychoanal.*, 88 (4): 843-860.

20. COLLI, A. (2011), Returning to the roots. A comment on the paper "Alliance in common factor land: a view through the research lens", *Res. Psychother.*, 14 (2):4-11.

21. COLLI, A., TANZILLI, A., DIMAGGIO, G., LINGIARDI, V. (2014), Patient Personality and Therapist Response: An Empirical Investigation, *Am. J. Psychiatry*, 171 (1): 102-108.

22. DAHL, H. S., RØSSBERG, J. I., BØGVALD, K. P., GABBARD, G. O., HØGLEN, P. A., (2012), Countertransference feelings in one year of individual therapy: an evaluation of the factor structure in the Feeling Word Checklist-58, *Psychother. Res.*, 22: 12-25.

23. DAHL, H. S., RØSSBERG, J. I., CRITS-CHRISTOPH, P., GABBARD, G. O., HERSOUG, A. G., PERRY, J. C., ULBERG, R., HØGLEN, P. A. (2014), Long-term effects of analysis of the patient-therapist relationship in the context of patients' personality pathology and therapists' parental feelings, *J. Consult. Clin. Psychiatry*, 82: 460-471.

24. DORAN, J. M. (2014), The working alliance: Where have we been, where are we going? *Psychother. Res.*, 26 (2): 146-163.

25. EIFE, G. (2005), Adlerian Essentials in Psychodynamic Therapy. *Lecture, 23th Congress of International Association of Individual Psychology - Panel: Which kind of Adlerian Psychotherapy? The power of different theoretical issues underlying different clinical practices*, Torino.

26. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 15-19.

27. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: theoretical issues and process indicators, *PanMin. Med.*, 50: 1-11.

28. FERRERO, A. (2004), Moduli di legame e qualità della relazione terapeutica, in ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (eds), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, CSE, Torino.

29. FERRERO, A. (2012), The Model of Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): Specific Features in the Treatment of Borderline Personality Disorder, *Res. Psychother. Psychopathol., Process Outcome*, 15 (1): 32-45.

30. FERRERO, A. (2014), *Une psychothérapie modulée sur le fonctionnement psychopathologique. Le modèle sur-mesure de la psychothérapie psychodynamique adlérienne*, L'Harmattan, Paris.

31. FERRERO, A., FASSINA, S., LERDA, S., MUNNO, A., PASSERINI, R., RUTTO, F., SIMONELLI, B. (2017), Risposte dei terapeuti e organizzazione di personalità dei pazienti, in FERRERO, A.: *Atteggiamenti e contro-atteggiamenti: la ricerca. Relazione al XXVI Congresso Nazionale S.I.P.I.*, Bologna.
32. FERRERO, A., SIMONELLI, B., FASSINA, S., CAIRO, E., ABBATE-DAGA, G., MARZOLA, E., FASSINO, S. (2016), Psychopathological Functioning Levels (PFLs) and their possible relevance in psychiatric treatments: a qualitative research project, *BMC Psychiatry*, 16: 253.
33. FONAGY, P., ALLISON, E. (2014), The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship, *Psychother.*, 51(3): 372-380.
34. FÜRSTENAU, P. (1977), Praxeologische Grundlagen der Psychoanalyse, *Handbuch der Psychologie*, 8 (1): 847-888.
35. GALLESE, V., EAGLE, M. N., MIGONE, P. (2007), Intentional attunement: mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55: 131.
36. GREENSON, R. R. (1965), The working alliance and the transference neurosis, *Psychoanal Q.*, 34: 155-81.
37. HEINONEN, E., KNEKT, P., JÄÄSKELÄINEN, T., LINDFORS, O. (2014), Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis, *Eur. Psychiatry*, 29: 265-274.
38. HENTSCHEL, U., BIJLEVELD, C.C., RUDOLF, G. (1999), Psychodynamic personality markers of psychotherapists in relation to therapy outcome, *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 49 (2): 55-63.
39. HERSOUG, A. G. (2004), Assessment of therapist's and patient's personality: relationship to therapeutic technique and outcome in brief psychodynamic psychotherapy, *J. Pers. Assess.*, 83 (3): 191-200.
40. HERSOUG, A. G., HØGLENDE, P. A., MONSEN, J. T., HAVIK, O. E. (2001), Quality of working alliance in psychotherapy: therapist variables and patient/therapist similarity as predictors, *J. Psychother. Pract. Res.*, 10 (4), 205-216.
41. HERSOUG, A. G., MONSEN, J. T., HAVIK, O. E., HØGLENDE, P. A. (2002), Quality of early working alliance in psychotherapy: diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors, *Psychother. Psychosom.*, 71 (1): 18-27.
42. HØGLENDE, P. A. (1993), Transference interpretations and long-term change after dynamic psychotherapy of brief to moderate length, *Am. J. Psychother.*, 47 (4): 494-507.
43. HØGLENDE, P. A., AMLO, S., MARBLE, A., BØGWALD, K. P., SØRBYE, O., SJAASTAD, M. C., HEYERDAHL, O. (2006), Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: an experimental study of transference interpretations, *Am. J. Psychiatry*, 163 (10): 1739-1746.
44. HORVATH, A. O. (2009), How real is the "real relationship?" *Psychother. Res.*, 19: 273-277.
45. HORVATH, A. O., BEDI, R. P. (2002), The alliance, in NORCROSS, J. C. (a cura di): *Psychotherapy relationships that work*, Oxford University Press, New York.

46. KAPUR, S. (2003), Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia, *Am. J. Psychiatry*, 160: 13-23.
47. KOPP, R. R., CRAW, M. J. (1998), Metaphoric language, metaphoric cognition, and cognitive therapy, *Psychother.*, 35 (3): 306-311.
48. KRUTTKE RÜPING, M. (1986), Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand. In F.J. Mohr (ed.): Zur Patienten - Therapeuten Beziehung, *Beitr. Z. Individualpsychol.*, 7: 9-23.
49. LAMBERT, M. J., SIMON, W. (2008), The therapeutic relationship: Central and essential in psychotherapy outcome, in S. F. HICK, T. BIEN (a cura di): *Mindfulness and the therapeutic relationship*, The Guilford Press, New York.
50. LUBORSKY, L., CRITS CHRISTOPH, P. (a cura di) (1990), *Understanding transference: the CCRT method*, Basic Books, New York.
51. LYONS-RUTH, K. (1998), The Process of Change Study Group. Implicit relational knowing: its role in development and psychoanalytic treatment, *Infant. Mental Health J.*, 19: 282-289.
52. MARCOLINO, J. A., IACOPONI, E. (2003), The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy, *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 25 (2) : 78-86.
53. MITCHELL, S. A. (2000), *Relationality: from attachment to intersubjectivity*, Analytic Press, Mahwah.
54. MORBACH, W. (2007), Die geteilte Wirklichkeit: Zur interaktionellen Dynamik der Abwehrmechanismen, *Zeitschr. F. Individualpsychol.*, 32: 107-126.
55. OBERST, U., STEWART, A.E., (2005), Social Interest: Adlerian Psychology in the context of constructivist and humanistic theories, *Lecture, 23th Congress of International Association of Individual Psychology - Panel: Which kind of Adlerian Psychotherapy? The power of different theoretical issues underlying different clinical practices*, Torino.
56. OGRODNICZUK, J. S., PIPER, W. E. (1999), Use of transference interpretation in dynamically oriented individual psychotherapy for patients with personality disorders, *J. Person. Disord.*, 13 (4): 297-311.
57. PIPER, W. E., AZIM, H. F., JOYCE, A. S., MC CALLUM, M. (1991), Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy, *Arch. Gen. Psychiatry*, 48 (10): 946-953.
58. ROVERA, G. G. (2015), Lo stile terapeutico, *Riv. Psicol. Individ.*, 78, 19-85.
59. SCHAUBENBURG, H., DINGER, U., BUCHEIM, A. (2006), Attachment patterns in psychotherapists, *Z. Psychosom. Med. Psychother.*, 52 (4): 358-372.
60. SHILL, M. A. (2004), Analytic neutrality, anonymity, abstinence, and elective self-disclosure, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 52 (1): 151-187.
61. SPINHOVEN, P., GIESEN-BLOO, J., VAN DYCK, R., KOOIMAN, K., ARNTZ, A. (2007), The Therapeutic Alliance in Schema-Focused Therapy and Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 75 (1): 104-115.
62. STEIN, H. T. (2013), *Classical Adlerian Depth Psychotherapy, Volume I. Theory*

& Practice: A Socratic approach to democratic living, The Classical Adlerian Translation Project, Bellingham.

63. STEIN, H. T., EDWARDS, M. E. (1998), Classical Adlerian Theory and Practice, in MARCUS, P., ROSENBERG, A. (a cura di): *Psychoanalytic versions of the human condition: philosophies of life and their impact on practice*, New York University Press, New York.

64. SUNDBOM, E., JACOBSSON, L., KULLGREN, G., PENAYO, U. (1998), Personality and defenses: across-cultural study of psychiatric patients and healthy individuals in Nicaragua and Sweden, *Psychol. Rep.*, 83 (2): 1331-1347.

65. THOMSON, L., MC CABE, R., (2012), The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review, *BMC Psychiatry*, 12: 87.

66. TSUANG, M.T., BAR, J. L., STONE, W. S., FARAONE, S. V. (2004), Gene-environment interactions in mental disorders, *World Psychiatry*, 3 (2): 73-83.

67. WESTRA, H. A., AVIRAM, A., CONNORS, L., KERTES, A., AHMED, M. (2012), Therapist emotional reactions and client resistance in cognitive behavioral therapy, *Psychother.*, 49: 163-172.

68. ZEIGLER-HILL, V., PRATT, D. (2007), Defense styles and the interpersonal circumplex: the interpersonal nature of psychological defense, *J. Psychiatry, Psychol. Mental Health*, 1(2): 1-15.

69. ZITTEL CONKLIN, C., WESTEN, D. (2003), *The therapist response questionnaire*, Departments of Psychology and Psychiatry and Behavioral Sciences, Emory University, Atlanta.

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

I “nuovi bambini” in psicoterapia: dalle dinamiche impotenza-onnipotenza al processo inferiorità-superiorità. Riflessioni e strategie terapeutiche

GIAN SANDRO LERDA

Summary – NEW CHILDREN IN PSYCHOTHERAPY: FROM OMNIPOTENCE-IMPOTENCE DYNAMICS TO INFERIORITY-SUPERIORITY PROCESS. REFLECTIONS AND THERAPEUTIC STRATEGIES. Recent socio-cultural changes have a significant impact on the growth process of children today and produce new psychic dynamics. The inferiority feeling theorized by Individual Psychology, based on experience first and then awareness of his own limitations that leads to the desire to overcome them, gives way to the illusion of omnipotence created by the lack of limits that characterizes the new educational styles. The weakening of the Father's Law produces the child remain in the kingdom of pleasure, narcissistic bond, non-recognition of the Other. Even in psychotherapy, we notice a decrease of cases in which the initial focus of the intervention treats the compensations of inferiority feelings, while we see an increase of situations where it is necessary to provide a containment and differentiation of a chaotic and unregulated inner world, to support the recognition of limits and of the Other, to reinforce the capacity to tolerate frustration that the impact with social reality implies, to reduce omnipotence-impotence oscillations to which the child today is exposed. Objectives of this communication are to present these phenomena and to describe the kind of work on the emotional world that is necessary in therapy with new children, through careful modulation of the relationship and a parallel training for parents in order to produce changes in educational methods. In many situations, the psychotherapeutic work on inferiority feeling, compensations and their harmonization with social interest is a more advanced step in which the child accesses only after reaching a more mature psychic level of functioning.

Keywords: CAMBIAMENTO, INFANZIA, PSICOTERAPIA

La società contemporanea è attraversata da profondi cambiamenti dettati da numerosi fattori: la precarietà economica e sociale, il relativismo culturale ed etico, la globalizzazione e il superamento dei limiti, il post-materialismo e l'individualismo.

Sul piano delle relazioni interpersonali, Z. Bauman [3] parla di “amore liquido”, per indicare relazioni caratterizzate da istantaneità, brevità, transitorietà, superficialità, occasionalità ed inconsistenza. Relazioni che potremmo meglio definire “contatti”, per utilizzare un termine molto frequente sul web. Contatti che si attivano e si spengono con facilità, mantenuti fino a che producono un beneficio, un piacere, un soddisfaci-

mento immediato dei propri bisogni; approcci che rifiutano la compenetrazione, relazioni costruite apposta per poter essere interrotte facilmente, senza fatiche o sofferenze. È evidente che tali aspetti vadano ad incidere anche sul processo di crescita dei bambini e producano nuove dinamiche psicologiche. Il sentimento di inferiorità teorizzato dalla Psicologia Individuale, fondato sull'esperienza prima e la consapevolezza poi dei propri limiti da cui scaturisce il desiderio del loro superamento, cede il passo all'illusione di onnipotenza dettata dalla carenza di limiti che caratterizza i nuovi stili educativi. L'indebolimento della Legge del Padre produce il permanere del bambino nel regno del piacere, del legame narcisistico, del non-riconoscimento dell'Altro da Sé.

Mediamente i genitori di oggi non mancano di attenzioni nei confronti dei bisogni che i bambini esprimono [8]. Anzi, molto spesso il bambino appare come un "piccolo re", le cui richieste vengono soddisfatte ancor prima di essere espresse, al riparo da ogni forma di sofferenza o mancanza. Il bambino non è più risorsa materiale per la famiglia, da allevare come futura forza lavoro per il bene individuale e comune, ma, nella società del benessere, il figlio può rappresentare più spesso un oggetto di soddisfazione narcisistica per il genitore (o come dice Bauman un "oggetto di consumo emotivo"), oppure un prodotto da esibire, come testimonianza della propria efficienza, misurata sulla base dell'agio e delle opportunità che si possono offrire, e delle competenze ed eccellenze che il bambino riuscirà a sviluppare.

Questa impronta narcisistica del legame primario può fare da "stampo" nel processo di costruzione del sé e da "modello" per le relazioni future. Più che fornire al bambino risposte coerenti ai bisogni sani di sviluppo, quindi funzionali al suo rinforzo in prospettiva futura, le risposte ruotano attorno alla soddisfazione narcisistica del genitore e del bambino. Il bambino è oggetto gratificante e soggetto da gratificare. Si sviluppa, non tanto la spinta ad affrontare la vita coraggiosamente, a diventare un adulto capace e responsabile, ad inserirsi dignitosamente e produttivamente nella società, a contribuire al bene comune attraverso la capacità di riconoscere l'altro e di cooperare, quanto piuttosto l'illusione dell'onnipotenza e il bisogno di essere visto, considerato, ammirato. Su questa base anche le relazioni future tendono a costruirsi su un registro narcisistico. L'altro serve per ricevere conferme, sentirsi importanti, al centro dell'attenzione non è un soggetto con cui condividere, completarsi, arricchirsi, progettare, costruire.

Oggi, osserviamo anche un'altra caratteristica delle relazioni primarie: l'intermittenza. Quando il genitore è presente, appare completamente dedicato, ha un'attenzione esclusiva, quasi morbosa: non deve mancare nulla, il rapporto deve essere perfetto. Ma in altri momenti il genitore non c'è e non c'è proprio per nulla, né fisicamente né mentalmente (assorbito completamente da qualcos'altro) e viene sostituito da surrogati genitoriali. Da qui una certa discontinuità che non contribuisce alla costruzione di quel senso di permanenza, stabilità, coerenza, continuità necessari per la costruzione di un Sé solido ed armonico. Figure che si materializzano e si smaterializzano,

seguendo il meccanismo del “tutto” o “niente”, possono contribuire al rinforzo di particolari funzionamenti psicologici “per estremi”: iper-stimolazione/iperattività o vuoto insostenibile, soddisfazione completa o frustrazione profonda, da cui un senso di valore di sé e degli altri, misurato sulla base delle sensazioni momentanee di gratificazione o frustrazione, sono soggette quindi ad oscillazioni abissali.

È evidente inoltre, nella cultura contemporanea, il predominio del “fare” sullo “stare” [8]: l’uomo di oggi è inserito in un vorticoso ed incessante movimento che lo vede passare da un impegno all’altro, da un ambiente ad un altro, da un’attività ad un’altra, da un contatto ad un altro. Una modalità iperattiva, frammentata e discontinua, che coinvolge adulti e bambini e non consente loro di fermarsi. Uno stile di vita che disabitua gli adulti e non permette ai bambini di abituarsi a “stare”: stare in un luogo, stare in un gioco, stare ad ascoltare, stare ad osservare, stare a parlare, stare nella relazione, semplicemente godere della presenza dell’altro, dello “stare con”. Oggi, i genitori danno molto ai loro bambini, ma tendenzialmente stanno poco con loro.

In passato, il maggior rischio evolutivo derivava dal maltrattamento, dalla trascuratezza o dal non riconoscimento dei bisogni emotivi dei bambini, da cui si potevano sviluppare carenza di sicurezza personale, rabbia, conflitto intergenerazionale e problematiche dell’autostima. Oggi il rischio più significativo è dato dall’impronta narcisistica dei legami familiari, dalla loro discontinuità e frammentarietà, da cui possono derivare centratura su di sé, fragilità identitaria, oscillazione tra opposti (onnipotenza/impotenza, iper-valorizzazione/iper-svalutazione), fuga dall’incontro e da se stessi attraverso l’iperattività, individualismo e dipendenza patologica.

I genitori di oggi si sentono tendenzialmente più insicuri, impreparati e temono spesso di non essere in grado di svolgere bene il proprio compito [5]. Ciò che un tempo veniva espletato con naturalezza ed istintività, è oggi qualcosa per cui ci si sente carenti, bisognosi di una preparazione specifica. Ciò può produrre un atteggiamento debole del genitore di fronte al bambino, eccessivamente dubbioso e timoroso, che non trasmette solidità e sicurezza. Il bambino si sente coperto di attenzioni, di oggetti e di ansietà, ma spesso non garantito, non protetto, non guidato. Egli ha bisogno di essere ascoltato, ma anche di essere indirizzato, ha bisogno di qualcuno che gli dica che cosa si deve fare e come bisogna fare certe cose, qualcuno che gli permetta di sperimentarsi, ma che gli ponga anche dei limiti. Ha bisogno di sentire dei genitori forti, in grado di sorreggerlo e di contenerlo, in grado di difenderlo anche da se stesso, da quelle spinte che lo potrebbero mettere in pericolo.

La forza e l’autorevolezza del genitore devono essere regolate e “impastate” con la fiducia che il genitore stesso ripone nelle capacità evolutive del bambino. Se il genitore si fida delle capacità e delle peculiarità del figlio, la sua autorevolezza non si tradurrà in autoritarismo: forza, fermezza, guida, limite, ma non modalità che annulla, non riconosce, schiaccia, plasma a sua immagine e somiglianza. Avere fiducia nelle

potenzialità evolutive del bambino, vuol dire anche non sostituirsi a lui, lasciare che affronti le sue difficoltà, che trovi le sue soluzioni. Sviluppare fiducia in se stessi all'interno di un legame "sicuro" consente di potersi allontanare dal porto e sperimentarsi nel mondo. Inoltre, l'aver fatto esperienza di rapporti di fiducia, di rapporti che non schiacciano ma accompagnano e sostengono, permette al bambino, crescendo, di avere maggiori possibilità di fidarsi di altri che incontra sulla propria strada e di sentirsi degno di fiducia.

È proprio all'interno dell'esperienza del legame che si presenta la dinamica del desiderio. Laddove il legame mantiene una connotazione fusionale-narcisistica [11], laddove il bisogno è immediatamente soddisfatto e la madre non è persona, ma "seno", oggetto di consumo, non si sviluppa il desiderio. Perché si sviluppi il desiderio è necessaria la Legge, la Legge del Padre, il Terzo che si inserisce nella diade fusionale originaria e mette dei limiti, definisce dei confini, impone delle distanze. Allora inizia a delinearsi l'Altro, il suo esistere separato, con le sue caratteristiche, le sue esigenze, i suoi tempi e i suoi modi. Non è oggetto da divorare, includere, distruggere attraverso l'espressione libera delle pulsioni, ma è persona separata da riconoscere e rispettare. Un legame dunque in cui si differenzia un Io e un Tu, dove si profila quindi l'eventualità dell'attesa, della frustrazione, della rinuncia, dell'impegno per raggiungere un obiettivo o per mantenere il legame stesso, ma anche della creatività, dello scambio, del progetto, dell'impresa, della generatività.

Anche rispetto a ciò, scorgiamo alcuni rischi nei modelli relazionali proposti dalla cultura contemporanea.

Nel corso degli ultimi decenni, è avvenuto il passaggio da un modello di famiglia di tipo etico-normativo ad un modello di tipo affettivo [4]. La famiglia etica era strutturata sul principio di autorità ed era volta a trasmettere norme e valori: principale obiettivo educativo era che i figli "si comportassero bene e trovassero un posto nella società". La famiglia affettiva di oggi, invece, è dedicata primariamente a trasmettere affetto e a provvedere alla felicità dei figli: l'obiettivo è che i figli "stiano bene, siano felici, non soffrano". C'è sicuramente un guadagno dal punto di vista della disponibilità, della vicinanza emotiva, dell'accompagnare, del sostenere con affetto e calore, ma il rischio è che le modalità affettive possano sconfinare in stili educativi iperprotettivi, permissivi e vizianti che, proprio perché non introducono limiti e norme, non stimolano il desiderio, ma forniscono appagamento immediato, godimento istantaneo, evitamento di ogni forma di frustrazione o limitazione delle possibilità. Con questo approccio educativo, i bambini faticano a sviluppare l'autonomia, la capacità di fronteggiare i problemi reali, il senso di responsabilità, la tolleranza alla frustrazione, il riconoscimento e il rispetto dell'altro come persona "altra" da loro e non oggetto di gratificazione.

Questo stile educativo, idealmente, aspira alla costruzione del nido perfetto, della "famiglia felice" i cui membri provvedono alla reciproca gratificazione, ma spesso produce piccoli narcisi che finiscono per tiranneggiare i genitori.

Il complesso di inferiorità sperimentato da questi bambini non trova adeguata compensazione in una sana aspirazione alla superiorità, ma dà vita a ipercompensazioni attraverso il dominio sull’altro e sviluppando fantasie di onnipotenza.

Alcune di queste riflessioni sulle caratteristiche dei bambini di oggi, sono frutto della cultura contemporanea e dei nuovi stili educativi.

Ma come si presentano questi “nuovi bambini” in psicoterapia?

Innanzitutto, notiamo un diminuire dei casi in cui il fulcro iniziale dell’intervento si articola attorno alla compensazione dei sentimenti di inferiorità, mentre registriamo un incremento delle situazioni in cui è necessario sostenere un processo di contenimento e differenziazione di un mondo interno caotico e non-regolato, di riconoscimento del limite e dell’Altro da Sé, di rinforzo delle capacità di tollerare la frustrazione che l’impatto con la realtà sociale comporta, di riduzione delle oscillazioni onnipotenza-impotenza a cui il bambino di oggi è esposto.

Come già sviluppato in altri articoli del nostro Istituto circa il lavoro con e attraverso l’immaginario nei percorsi di psicoterapia in età evolutiva [2, 9], è evidente che l’immaginario infantile è da sempre popolato di personaggi coraggiosi che, affrontando difficoltà e pericoli, lupi e streghe, raggiungono insperate mete e conquistano ricchezze e cuori. È attraverso i processi di identificazione che i bambini si incoraggiano ed affrontano paure, risolvono dubbi, elaborano sentimenti ambivalenti. In psicoterapia, il giocare i diversi ruoli da parte del bambino e del terapeuta insieme, permette di mettere in scena i vissuti e le dinamiche intra ed etero-psichiche, dove la stessa rappresentazione ha funzione, oltre che di contenimento, anche di incoraggiamento perché mostra possibili evoluzioni, implicite nel significato simbolico dei personaggi stessi e nelle sequenze spesso attinte dalla tradizione fiabesca.

Più recentemente, nuove figure e nuovi scenari affollano la fantasia dei bambini, talvolta offrendo la medesima possibilità di rappresentare ed elaborare gli stessi contenuti del mondo interno semplicemente “vestiti” in modo differente, più spesso favorendo l’espressione ed il rinforzo di nuovi bisogni legati alla cultura contemporanea. I temi della distruttività e della potenza paiono essere quelli prevalenti, insieme ad una persistente inquietudine di fondo e ad un elemento magico-onnipotente pervasivo. I “nuovi personaggi” e, di conseguenza, il nuovo assetto dell’immaginario infantile, presentano come centrale più la dimensione della potenza che del coraggio.

La lotta tra il Bene e il Male, tra le istanze positive e quelle negative, tra quelle di vita e quelle di morte si gioca con le stesse armi da entrambe le parti, spesso in maniera confusiva: vince colui che ha più poteri ed il potere sta nel difendersi dagli attacchi dell’altro e distruggerlo. La spinta vitale dell’aspirazione alla superiorità si manifesta prevalentemente nella forma della volontà di potenza che si esprime come dominio, sopraffazione, azioni distruttive. Pare non esservi più traccia dei percorsi di crescita di quei piccoli personaggi, intimoriti di fronte ai compiti della vita, ma “armati” di intelligenza, sentimento sociale e coraggio, che affrontano mille difficoltà ed ostacoli

per arrivare ad una meta di benessere ed armonia.

Lo scontro tra potenze rimanda alla necessità di essere sempre più corazzati ed aggressivi: di qui il tema frequentissimo delle trasformazioni, delle evoluzioni, dell'assunzione continua di nuovi poteri. La formazione di un'identità avviene attraverso la stratificazione di armature, corazze, armi o attraverso fusioni di diversi personaggi (non attraverso la collaborazione). Un'identità dunque difensiva, dove la logica pare essere: "O sei sempre più forte o vieni spazzato via". E la trasformazione avviene prevalentemente attraverso atti magici, spesso provenienti da potenze esterne, più raramente frutto di un percorso maturativo o di crescita in cui si attinge da qualità interiori.

Il nuovo immaginario è inoltre più spesso percorso ad un'angoscia latente, dove l'elemento misterioso, inquietante, pericoloso è costantemente presente come un tappeto ed incombente, e la circolarità delle vicende, dove non si giunge mai ad una soluzione definitiva, rimanda un forte senso di instabilità e precarietà. Quando tutto sembra finito, tutto ricomincia, ben lontani dal lupo che viene eliminato una volta per tutte.

I nuovi personaggi fantastici, che sommano senza fine corazze ed evoluzioni, rimandano più ad un vissuto profondo di estrema impotenza da cui si sviluppano sovra-compensazioni onnipotenti che ad un fisiologico processo di crescita, in quella sana dinamica tra sentimento di inferiorità ed aspirazione alla superiorità.

Nel setting psicoterapeutico, questi personaggi e questi scenari, ormai si presentano con grande frequenza ed intensità; essi corrispondono a vissuti, immagini di sé e modalità relazionali che i bambini sviluppano oggi e che troviamo più accentuati nei soggetti con difficoltà sul piano emotivo e relazionale. La definizione dell'identità personale si gioca più sul piano narcisistico e persecutorio del potere e della difesa dalla minaccia esterna che sul piano della differenziazione/consapevolezza interna e riconoscimento/adattamento al mondo esterno.

All'interno dei vari aspetti che concorrono nel sostanziare un percorso psicoterapeutico infantile, il lavoro attraverso l'immaginario va condotto tenendo conto di tali significative modificazioni. Osserviamo che è necessario oggi "aiutare" di più i bambini nel gioco ad uscire da personaggi e sequenze stereotipate e ripetitive basate su azioni distruttive o scontri tra super-poteri, per portarli ad un ampliamento dello scenario, ad una maggiore differenziazione delle parti rappresentate ed all'elaborazione di diverse strategie evolutive.

È necessaria cioè un'azione di contenimento non solo rispetto agli agiti che spesso il bambino propone, ma anche rispetto ad un simbolico tendenzialmente indifferenziato e caotico o stereotipato-ripetitivo che necessita di essere differenziato, elaborato, sviluppato, organizzato.

È il caso di Giulio che interpreta per diverse sedute il ruolo di SuperG, eroe con superpoteri, non definibile come positivo o negativo. Egli distrugge a ripetizione i suoi nemici interpretati da me. La sequenza si ripete sempre uguale, si esaurisce in poco

tempo ed è accompagnata da espressioni mimiche e gestuali cariche di aggressività. Giulio mi invita ad usare armi sempre più potenti e distruttive, ma allo stesso tempo lui subisce una serie di evoluzioni che lo portano a possedere scudi e corazze impenetrabili ed armi d'attacco ancora più potenti.

Gradualmente inserisco delle variazioni per cambiare questo assetto iniziale: diversifico le mie reazioni ai suoi attacchi, esprimendo e verbalizzando le emozioni quali la paura, la rabbia, la tristezza diversamente modulate; inserisco elementi scenografici e un'organizzazione via via più definita delle coordinate spazio-temporali; elaboro strategie sempre più articolate per sventare gli attacchi del nemico; introduco nuovi personaggi che non combattono soltanto, ma riescono ad interagire diversamente (ad esempio si avventurano alla scoperta di un'isola sconosciuta). Tutti questi cambiamenti, permettono a Giulio di differenziare sempre meglio i contenuti del mondo interno, verificare differenti modalità di espressione e di relazione in un clima di sicurezza che consente di uscire dalla ripetizione difensiva degli agiti distruttivi e delle corazze impenetrabili.

Attraverso queste azioni terapeutiche vengono promossi significativi cambiamenti nel funzionamento mentale del bambino: il passaggio dall'agito o dall'ipercompensazione onnipotente alla possibilità di entrare in contatto con le parti fragili di sé, l'imparare a tollerarle emotivamente e poter individuare risorse interne ed esterne per affrontare le difficoltà e le paure. È il passaggio dall'illusione dell'onnipotenza all'azione coraggiosa, dal dualismo impotenza/onnipotenza al processo inferiorità/compensazione.

Come accade a Paolo, che parte dall'interpretazione di un ladro-assassino che deruba ed uccide chiunque incontri, dotato di armi ultra-potenti e di giubbotti antiproiettile impenetrabili. Dopo qualche tempo, arriva a chiedermi uno scambio di ruoli: vuole interpretare la polizia. In questa fase si gioca tutta l'angoscia di un'aggressività distruttiva priva di contenimento e di repressioni severissime da parte del controllore esterno. Nel periodo seguente (attraverso il giocare tali situazioni ed introducendo varianti), arriveremo ad azioni via via più moderate, dove è possibile, ad esempio, scontare una pena e provare, successivamente, altre modalità di comportamento meno aggressive.

La possibilità di riparazione e di espressione differenziata di sé (non è solo il ladro assassino, ma può essere diversi personaggi e quindi possiede dentro di sé aspetti diversi) consente a Paolo e a me di aprire verso nuovi scenari che portano il ladro-assassino a fare diverse esperienze, perdendo gradualmente l'identità iniziale per assumere quella di soldato, giudice, infermiere, fino a diventare finalmente bambino. Il gioco simbolico si sposta a questo punto all'interno di una famiglia inventata, attraverso cui Paolo trova un ottimo canale di rappresentazione delle dinamiche della sua famiglia reale, esprimendo i suoi vissuti ambivalenti e trovando di volta in volta possibili evoluzioni delle situazioni critiche, attraverso l'elaborazione dei conflitti e

delle dinamiche di inferiorità/superiorità.

Come è evidente nel caso riportato, in molte situazioni, il lavoro psicoterapeutico sul sentimento di inferiorità, le compensazioni e la loro armonizzazione con il sentimento sociale, rappresenta uno step più avanzato a cui il bambino accede solo dopo aver raggiunto un livello di funzionamento psichico più maturo.

Per concludere, possiamo affermare che, come per la terapia con l'adulto è necessario conoscere il contesto culturale nel quale si muove e da cui è influenzato a livello consapevole ed inconsapevole, in egual modo il terapeuta infantile deve conoscere ed immergersi nei nuovi scenari dell'immaginario infantile, che questi bambini portano in seduta e da essi è necessario partire per consentire, attraverso l'azione terapeutica, quei passaggi evolutivi che conducano, da un'illusoria posizione onnipotente, ad un coraggioso agire nella realtà.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1930), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma 1975.
2. BASTIANINI, A. M. (2011), Psicoterapia infantile: una prospettiva di sviluppo per la pratica clinica adleriana, *Il Sagittario*, 28: 33-44.
3. BAUMAN, Z. (2003), *Liquid Love. On the frailty of human bonds*, tr. it. *Amore liquido. Sulla fragilità dei legami affettivi*, Laterza, Bari 2006.
4. CHARMET, G. P. (2000), *I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte a una sfida*, Raffaello Cortina, Milano.
5. DI SUMMA, F. (2013), Essere protagonisti nella costruzione del benessere: famiglia e scuola in sinergia, in GRANDI, L. G., LERDA, G. S., *Per i nostri figli*, Percorsi, Cuneo.
6. GRANDI, L. G. (2002), *Viaggio nell'uomo*, Ideanet, Torino.
7. GRANDI, L. G. (2016), *Amore e Psyche*, Effatà, Torino.
8. GRANDI, L. G., LERDA, G. S. (2013), *Per i nostri figli*, Percorsi, Cuneo.
9. LERDA, G. S. (2007), C'era una volta...Storie e fiabe, strumenti di lavoro nella psicoterapia infantile, *Il Sagittario*, 20: 69-85.
10. LERDA, G. S., LO SAPIO, V. (2014), The precariousness of relationships during the age of the digital native, *Aloma. Revista de Psicologia, Ciencies de l'Educació i de l'Esport*, 32 (2): 77-83.
11. RECALCATI, M. (2012), *Ritratti del desiderio*, Raffaello Cortina, Milano.
12. ROVERA, G. G. (2015), Lo stile terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-45.

Gian Sandro Lerda
Via Nizza 9
I-12100 Cuneo
E-mail: lerda.gs@tiscali.it

Report

“SENTIMENTI DI INFERIORITÀ: NUOVE MANIFESTAZIONI E NUOVI APPROCCI”

27° Congresso della IAIP - International Association of Individual Psychology - Minneapolis (USA), 9-13 luglio 2017

Il 27° Congresso della IAIP si è aperto con le presentazioni e i saluti da parte delle autorità: il Dr. Datler, Presidente IAIP; il Dr. Haugen, Presidente dell'Adler Graduated School, che ha ospitato il Congresso in Minneapolis; la Dr.ssa LaFountain, Vice Presidente IAIP, anche nelle veci del Segretario IAIP Dr. Mazzoli; il Dr. Gröner, Tesoriere IAIP; la Dr.ssa Bluvshstein, che ha organizzato e coordinato gran parte del congresso.

Il filo conduttore, dalle relazioni introduttive sino all'intervento conclusivo, è stato un **tema di urgente e drammatica contemporaneità: minoranze spesso devianti, disuguaglianze, migranti, rifugiati, richiedenti asilo, popoli e paesi in conflitto.**

Nella relazione di apertura, Datler ha portato l'attenzione su alcuni aspetti del Sentimento di Inferiorità, legato nella sua genesi alla discrepanza che frequentemente si viene a creare nell'Immagine di Sé tra Immagine Ideale ed Immagine Reale, e questo in relazione sia alle identità individuali, sia alle identità di sottogruppi socio-economico-culturali, di gruppi etnici, di popoli e di paesi. Quando tale discrepanza è troppo elevata ed il soggetto/gruppo/popolo sono troppo scoraggiati, l'obiettivo compensatorio primario diviene la protezione del Sé e dell'Identità, anche a patto di scoraggiamenti importanti, operazioni difensive e modificazioni nello Stile di Vita individuale e collettivo, secondo logiche private che possono tradursi in disagi, psicopatologie, conflitti.

Datler approfondisce il tema del fenomeno migratorio e del divario di condizioni esistenziali e di reddito tra gruppi, popoli e nazioni del mondo; vengono presentati alcuni dati relativi alla situazione dei campi per rifugiati: tra tutti, 21 milioni di persone immigrate e rifugiate vivono nei campi ONU (si stimano 62 milioni di persone nel

mondo senza casa), con la prospettiva di restarvi anche per decenni o anche di non potersi mai stabilizzare in una vera realtà abitativa e territoriale nei paesi ospitanti. I grandi capisaldi adleriani dei sentimenti di appartenenza, comunione, cooperazione possono costituire un importante suggerimento di ampio respiro per trattare questi delicati aspetti ed aiutare queste persone svantaggiate a costruire abilità di resilienza che permettano loro di continuare a vivere, anche di fronte al disagio esistenziale, secondo logiche comuni e di collaborazione.

La relazione magistrale di apertura è stata affidata a John Newbauer (USA - *Inferiority Feelings, Private Logic and the American Criminal Rehabilitation System*) e Teal Maedel (CA - *Inferiority Feelings, Private Logic and Offenders in the Canadian Criminal Justice System*), che si sono confrontati sulle differenze tra i due paesi rispetto ai sistemi carcerari. I dati statunitensi presentati parlano di una condizione allarmante: gli USA hanno la più numerosa popolazione carceraria del mondo, con un costante e drammatico aumento delle incarcerazioni nell'arco degli ultimi 30 anni, con più di 7 milioni di persone attualmente in carcere e con evidenze epidemiologiche della popolazione carceraria a carico di specifici gruppi etnici e con specifica estrazione socio-economico-culturale.

Nel tentativo di spiegare questi dati e la difficile applicazione delle misure di alternativa alla pena, Newbauer fa riferimento a tre differenti tipologie di 'logica privata', quella del criminale, quella del complesso carcerario e quella dell'elettore, andando dunque a delineare il complesso intreccio di fattori individuali, gruppali, culturali, politici ed economici che devono necessariamente essere tenuti in considerazione per spiegare questo fenomeno. Dall'altro lato, i dati nordamericani, delineano una situazione profondamente differente, non solo in senso epidemiologico, ma anche rispetto al valore politico e culturale che viene dato al sistema della riabilitazione e del reinserimento.

Sempre durante la prima giornata congressuale, Erik Mansager e Phillip C. Shon (un criminologo) (*Criminology and Individual Psychology*) hanno approfondito, dal punto di vista teorico-concettuale, il contributo che la Psicologia Individuale può apportare al tema della criminalità, in particolare nel far progredire il sistema educativo nel sistema carcerario. Si evidenziano le possibilità di indirizzare le assunzioni di base del pensiero adleriano rispetto alla teoria del Sé per comprendere le motivazioni sottostanti le azioni criminali e come queste vengono considerate all'interno del sistema carcerario. Sono state indicate le analogie pionieristiche della teoria adleriana con le più recenti teorizzazioni sul tema della criminologia (Laub & Sampson, 2003).

Per analogia tematica relativa al tema delle minoranze e delle difficoltà di integrazione, l'intervento conclusivo del congresso, affidato a Margit Datler (AT), ha focalizzato l'esperienza della relatrice come consulente nel campo dell'integrazione scolastica di bambini e adolescenti rifugiati da Afghanistan e Siria (*Who is afraid of whom? - Some thoughts about inexperienced teachers working with refugee students*). Attraverso il

racconto della storia professionale di un singolo insegnante, nella cui classe vengono inseriti alcuni adolescenti rifugiati, viene posto l'accento sulle difficoltà di inserimento dei ragazzi, sulla formazione di sottogruppi, sulle dinamiche della classe, sulle difficoltà di apprendimento, fino a che un evento particolarmente violento in classe determina l'allontanamento dei ragazzi e lo spostamento del professore in un'altra classe. Accanto alla storia di disagio ed emarginazione dei ragazzi, viene raccontata anche una particolare forma di emarginazione e responsabilizzazione che ha colpito l'insegnante stesso.

Ad Eva Dreikurs Ferguson (USA), Marion Balla (CA) e Marina Bluvshstein (USA) viene affidata la trattazione, da angolature differenti, di **temi cari alla Psicologia Individuale, quali socialità ed equità**, quali possibili risposte al disagio di individui, gruppi, popoli.

La relazione magistrale di Eva Dreikurs Ferguson (*Inferiority Feelings and Social Interest*) è un devoto approfondimento al pensiero e all'opera del padre, Rudolf Dreikurs, ed all'importanza che il suo pensiero ha avuto nel contesto della Psicologia Individuale negli Stati Uniti. In particolare, viene posto l'accento su una modulazione secondaria del concetto di inferiorità, presente sia nel pensiero di Adler che successivamente ripresa ed approfondita da Dreikurs padre: i concetti di 'uguaglianza' ed 'equità', intesi come uguaglianza sociale al di là delle differenze individuali, e soprattutto legato al bisogno di diritti equi e di possibilità di autodeterminazione di individui e di popoli: "Saremo tutti veramente uguali quando riceveremo rispetto per quello che siamo; solo allora saremo in grado di funzionare bene come individui e come popoli".

Un altro concetto che viene approfondito è quello di 'agency', in qualche modo collegato al concetto di performance: l'importanza di 'sentirsi uguale' coincide con la sensazione soggettiva di non essere inferiori, di non dover utilizzare troppe energie per essere non superiori, ma uguali. Il processo democratico è ben più che fare in modo che le persone siano uguali: deve occuparsi di migliorare il benessere della sua comunità. Conclude, alludendo al titolo del più famoso libro del padre, con l'invito collettivo a ricercare il "coraggio di essere uguali".

Marion Balla e Marina Bluvshstein presentano due relazioni per certi versi simili e per altri complementari, sull'influenza che le caratteristiche personologiche e le credenze sociali e valoriali di Raissa Epstein, ebrea russa emigrata in Austria, moglie di Adler, hanno avuto sul pensiero del marito (*A Case Study of Social Embeddedness and Social Responsibility: Alfred Adler's and Raissa Epstein Adler's movement from Minus to Plus*). Si sottolinea in particolare l'influsso che Raissa ha apportato su concetti quali: equità, giustizia sociale, diritto alla pace ed opposizione alla guerra, attenzione per il ruolo della donna, attenzione all'importanza dell'educazione ed al ruolo della genitorialità e dell'insegnamento, formulazione dei concetti di scoraggiamento ed incoraggiamento.

Diversi contributi e panel sono stati dedicati alla situazione dell'**Adlerismo nel mondo**. Datler ha organizzato e condotto in prima giornata, in sessione plenaria, un panel (*Global Perspectives on Adlerian Clinical Training*) che ha permesso di mettere in evidenza e discutere coralmemente i differenti livelli di diffusione dell'approccio individualpsicologico ed i differenti livelli di 'sistematizzazione' della formazione adleriana tra le differenti associazioni adleriane affiliate IAIP.

Sono emersi molti divari: vi sono Paesi in cui la Psicologia Individuale è ben rappresentata ed i percorsi formativi definiti e chiari, tra cui Austria, Stati Uniti e Canada, Germania ed Italia, ed altri Paesi in cui, per motivi differenti, l'adlerismo non è diffuso e non vi sono veri programmi formativi strutturati, ad esempio Spagna, Russia, Ucraina. Viene data particolare enfasi ed incoraggiamento ad alcune associazioni o movimenti adleriani che, con determinazione pionieristica, si stanno strutturando nell'Europa dell'Est e che stanno anche avviando il percorso di affiliazione alla IAIP.

È stata data rilevanza anche alla crescente diffusione della Psicologia Individuale in paesi come il Giappone, sempre presente nei congressi IAIP, e Taiwan, per la prima volta rappresentata nel contesto congressuale internazionale.

Infine, è stata dedicata una grande attenzione al tema dello sviluppo della Psicologia Individuale in Italia (*Development of Individual Psychology in Italy*). Datler ha intervistato in plenaria il Prof. Gian Giacomo Rovera, Presidente Onorario IAIP, oltre che Presidente Onorario SIPI. L'intervista è stata occasione per intrecciare la storia professionale di Rovera con la storia dello sviluppo della Psicologia Individuale in Italia. Da un lato le vicissitudini personali di un giovane studente di liceo che per la prima volta sente parlare di Adler e intuisce precocemente un interesse per le discipline dinamiche, poi approfondite con gli studi di filosofia, medicina, psichiatria e psichiatria sociale; quando la sua storia personale è già intrecciata con la storia dell'Adlerismo, ha avvio la sua formazione sull'Individual Psicologia, accompagnata con l'analisi personale effettuata con Parenti e quella didattica con Pagani.

Viene chiesto a Rovera di tratteggiare la personalità dei suoi maestri e poi colleghi, e così ne emerge un quadro professionale ed umano, anche arricchito con ricordi personali. Dall'altro lato la storia della Psicologia Individuale in Italia, la nascita della SIPI nell'ottobre del 1969, che ha riunito e tutt'ora riunisce sotto di sé la maggior parte dei colleghi adleriani italiani e gli Istituti che nel tempo sono venuti formandosi, anche in relazione alla nascita e formalizzazione, da parte del MIUR - Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, delle Scuole di Specializzazione in Psicoterapia, a partire dal 1989. Il Prof. Rovera ripercorre con ricordi personali e tappe istituzionali le alternanze della presidenza SIPI, che ha visto Parenti dal 1969 al 1990, e poi Pagani dal 1990 al 2002.

Con la morte di Pagani, la Presidenza SIPI si è spostata a Torino, con lo stesso Prof. Rovera Presidente dal 2002 al 2016, ed attualmente con il Prof. Fassino. Datler infine

introduce e ripercorre il percorso di Rovera all'interno della IAIP, di cui è stato Presidente per due mandati, dal 1993 al 1999; il racconto è arricchito da ricordi e fotografie, legate ai congressi internazionali, in cui Rovera è ritratto, in contesti sia formali che conviviali, con importanti esponenti del movimento internazionale adleriano.

Andrea Ferrero (IT), in plenaria, ha proposto una riflessione inerente le risposte emotive del terapeuta in relazione ai sentimenti di inferiorità esperiti dal paziente nel percorso della psicoterapia (*Therapists responses to patients inferiority in psychotherapy*). Le dinamiche relazionali che si verificano durante le sedute di psicoterapia tra paziente e terapeuta sono state recentemente descritte in termini di atteggiamenti e controatteggiamenti, a partire dal compito del terapeuta di fornire presenza ed incoraggiamento e dalle richieste del paziente che i suoi sentimenti di impotenza possano essere alleviati. Gli aspetti di meeting, masking e matching della relazione terapeutica si configurano, infatti, in un percorso esistenziale condiviso che appartiene alla diade paziente-terapeuta.

Le dinamiche interindividuali tra stile terapeutico del terapeuta e stile di vita del paziente riguardano tre ordini di fattori: le caratteristiche sia del terapeuta che del paziente in quanto persone reali, i significati simbolici inconsci del rapporto terapeutico e gli aspetti impliciti della comunicazione. Vengono presentati i risultati preliminari di uno studio sulla relazione tra diversi stili terapeutici (valutati con il TRQ - Therapist Response Questionnaire) e le personalità dei diversi pazienti (valutate con DFS - Scala sul Funzionamento Difensivo e PFL-RS - Scala di Valutazione del Livelli di Funzionamento Psicopatologico attualmente in fase di validazione), in un campione di pazienti che seguono un trattamento di psicoterapia adleriana a tempo limitato e sequenziale denominata SB-APP (Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy).

Per quanto concerne i 4 panel delle **Sezioni** rappresentate in questo Congresso, si sottolinea che sono tutti stati proposti seguendo un unico format: ad un case presenter è stato chiesto di esporre un caso clinico e proporlo alla discussione di due co-presenter/discussant precedentemente individuati. Complessivamente, si sottolinea che questa modalità di esposizione permette di poter osservare analogie e differenze in diverse impostazioni teorico-metodologiche della Psicologia Individuale. Per brevità, vengono qui riportati soltanto i titoli dei panel delle diverse Sezioni ed i relatori.

Section Panel: Science, Theory and Research - Chairperson: Andrea Ferrero (IT)

- Titolo: *Depression as an expression of inferiority: new assessment and treatment approaches are needed?*
- Case Presenter: Andrea Ferrero (IT)
- Co-presenters/Discussant: Christopher Shelley (CA) e Alessandra Zambelli (FR)

Section Panel: Child and Youth Therapy - Chairperson: Anna Maria Bastianini (IT)

- Titolo: *Psychotherapy in the digital age: Inferiority and Compensation between*

'real' and 'virtual'

- Case Presenter: Gian Sandro Lerda (IT)
- Co-presenters/Discussant: Anita Schedl (AU) e Marina Bluvshstein (USA)

Section Panel: Adult Therapy

- Titolo: *How we are dealing with Inferiority Feelings in clinical practice?*
- Case Presenter: Alessandra Bianconi (IT)
- Co-presenters/Discussant: Gisela Eife (DE) e Marion Balla (CA)

Section Panel: Education and Pedagogy - Chairperson: Christelle Schläpfer (CH)

- Titolo: *How teachers and schools can work to lead pupils out from inferiority feeling to cooperation - Or: Teaching in an Adlerian way - What does this mean exactly?*
- Case Presenter: Christelle Schläpfer (CH)
- Co-presenters/Discussant: Galina Dimitrova (BG) e Anita Schedl (AT)

Come in ogni congresso, infine, è stata data rilevanza a **numerosi altri contributi organizzati in sessioni parallele**, con molte comunicazioni. Viene qui di seguito data rilevanza, nel limite di autori e titoli, ai contributi dei colleghi italiani presenti al Congresso, in ordine alfabetico per primo autore:

- Bosetto D., Marasco E.E.: *I disturbi dell'età evolutiva: una chiave di lettura adleriana dei nuovi disagi dei bambini italiani*
- Bosetto D., Marasco E.E., Vitali V., Rodope G.: *Disturbi alimentari e sentimenti di inferiorità*
- De Santis G.: *La peste dopo Adler*
- Lerda G.S.: *I "nuovi bambini" in psicoterapia: dalle dinamiche onnipotenza/impotenza al processo inferiorità/superiorità. Riflessioni e strategie terapeutiche*
- Rovera G.: *Le persone gravemente obese hanno un basso livello di autostima e un complesso di inferiorità?*
- Simonelli B.: *Ipercompensazione dell'inferiorità e comportamenti violenti nei confronti delle donne*
- Vitali V., Bosetto D., Marasco E.E., Rodope G.: *Cyberbullismo e sentimento di inferiorità*

In conclusione del Congresso si è condiviso l'esito delle elezioni del nuovo Consiglio Direttivo IAIP:

Presidente, Daniela Čechová (Slovacchia)

Vice-Presidente, John Newbauer (USA)

Segretario, Giansecolo Mazzoli (Italia)

Tesoriere, Horst Gröner (Germania)

Infine vengono comunicate date e luoghi dei prossimi due Congressi Internazionali IAIP:

2020 - 28° Congresso IAIP - LVIV, Ucraina

2022 - 29° Congresso IAIP - MONACO, Germania (a 100 anni dal primo congresso IAIP e nella stessa sede - motivo per cui in questa occasione non viene rispettata la consueta formula che vede il Congresso IAIP ogni 3 anni).

Per coloro che fossero interessati, sul sito SIPI, sono disponibili il programma completo del 27° Congresso, in inglese, con gli abstract di tutte le relazioni e delle comunicazioni e una versione estesa di questo report.

(Barbara Simonelli, Liaison Officer SIPI)

Riv. Psicol. Indiv., n. 82: 85 (2017)

**S.I.P.I.
SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE**

Member-Group of the
INTERNATIONAL ASSOCIATION OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGY

XXVII CONGRESSO NAZIONALE

**CONTAGI RELAZIONALI.
EMOZIONI, COMPORAMENTI,
CULTURE IN PSICOLOGIA INDIVIDUALE**

**Brescia, 13-14-15 aprile 2018
Centro Paolo VI
Via G. Calini, 30**

PRESIDENTI DEL CONGRESSO:
SECONDO FASSINO
CLAUDIO GHIDONI