

Editoriale

GIAN GIACOMO ROVERA

LE ALLEANZE TERAPEUTICHE

in Psicologia Individuale

I. *Introduzione*

1. Cosa rimane della tradizionale Alleanza Terapeutica in una Psicoterapia Dinamica Adleriana, **quale Revisione dello Stile di Vita?** Quali sono oggi le nuove alleanze che si propongono rispetto alle richieste di psicoterapia? È possibile giungere in modo appropriato ad un certo tipo di *Alleanza Terapeutica*, quando le psicoterapie si effettuano in Strutture Pubbliche e con pazienti difficili o, anche per motivi economici, i trattamenti sono brevi o limitati nel tempo?

2. Le Alleanze Terapeutiche sono forme di **stretta cooperazione**. In una Psicoterapia ad orientamento dinamico come quella Adleriana esse sono vincolate da un'interazione reciproca, nelle circostanze e nei modi previsti dalle regole dell'accordo che la istituiscono, ma con una dimensione esistenziale che si correla, ma non coincide, con le dinamiche del setting.

La *comunanza di motivazioni* tra terapeuta e paziente, *finalizzata* al miglioramento dello stato di salute fisico e psichico, è peraltro considerata una condizione prioritaria per un processo di cambiamento.

Motivazioni e **finalità** devono promuovere un'*alleanza d'azione*, ma le valenze che dovrebbero convergere possono essere anche non univoche (vedi, ad esempio, nei soggetti anoressici, nei disturbi borderline, negli individui dipendenti da droghe, ecc).

3. L'espressione Alleanza Terapeutica è coniata per descrivere una condivisione reciproca della situazione analitica tra paziente e terapeuta [1].

Qualche anno dopo, viene utilizzata l'espressione **Alleanza di Lavoro**, per designare l'«insieme di atteggiamenti razionali e finalistici del paziente nei confronti dello psi-

[1] ZETZEL, E. R. (1958), *Basic Concepts of Psychoanalytic Psychiatry*, Basic Books, New York, tr. it. *Psichiatria Psicodinamica*, Bollati Boringhieri, Torino 1976.

coanalista e, la capacità del paziente di lavorare nella situazione analitica. Lo si vede soprattutto quando un paziente, pur se in preda a un'intensa nevrosi di transfert, riesce a mantenere un efficiente rapporto operativo con l'analista» [2].

Partendo da una definizione trasversale e inclusiva, Bordin [3], Safran e Muran (2000) [4] formulano una terza definizione: quella di **Alleanza Negoziata**, in cui i due partecipanti nello scambio clinico sono implicati in una trattativa continua, oggetto di fenomeni di *rottura e riparazione* dell'Alleanza.

Le espressioni “**Alleanza Terapeutica**”, “**Alleanza di Lavoro**” e “**Alleanza Negoziata**” sono le denominazioni più usate per indicare una dimensione interattiva che è intrinseca e, talora, va oltre lo specifico trattamento psicoterapeutico. Essa è infatti riferibile alla capacità del paziente e del terapeuta di sviluppare un rapporto basato sulla fiducia, sul rispetto e sulla collaborazione, finalizzato ad affrontare i problemi e le difficoltà del paziente, che favorisce il processo e l'esito della psicoterapia, e che può permanere oltre la fine del trattamento.

Tutte e tre le dizioni hanno una **base di elementi in comune**: le regole fondamentali deontologiche, quelle del setting, il coinvolgimento empatico, l'alleanza col deficit, una strategia dell'incoraggiamento.

Tra le tre dizioni vi sono delle **distinzioni** e delle indicazioni differenti (ma hanno comunque una denominazione comune):

- nell'**Alleanza Negoziata** è prioritaria la limitazione temporale, che porta l'attenzione sulla fine del trattamento (considerata come perdita ma anche come risorsa). Il coinvolgimento empatico è più limitato, ma l'analisi delle resistenze può essere più evidenziata.

- nell'**Alleanza di Lavoro** è prioritario il coinvolgimento empatico, l'elaborazione delle vicissitudini legate alle *rotture e riparazioni*. Vi possono essere dei rischi, ma anche delle opportunità di confrontazione, di approfondimento interpretativo.

- nell'**Alleanza Terapeutica** è prioritario un implicito “patto di non abbandono”, anche dopo la conclusione del trattamento. Ciò può favorire dipendenze regressive e analisi interminabili, ma permette di vivere le perdite non come abbandono e di far emergere, anche tardivamente, difese, conflitti e resistenze che venivano mascherate. Il fatto di poter “ritornare” dal terapeuta (con i limiti posti dalla vita e dalla professione) permette al metacontrottransfert di cogliere le dinamiche interculturali e anche interpersonali.

Saranno qui utilizzate tutte e tre le dizioni, privilegiando nel suo uso generico quella di **Alleanza Terapeutica** (A.T.), giacché è da tutti gli Autori considerata come un **fattore specifico importante** per il percorso di cura.

[2] GREENSON, R. R. (1965), “The working alliance and the transference neuroses”, in *Psychoanalytic Quarterly*, 34, pp. 155-181 e tr. it. *Tecnica e Pratica Psicoanalitica*: 163, Feltrinelli Editore, Milano 1974.

[3] BORDIN, E. S. (1979), The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research, and practice*, 16: 252-260.

[4] SAFRAN, J. D., MURAN, J. C. (2000), *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*, Guilford, New York, tr. it. *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*, Laterza, Bari 2003.

Per la Psicologia Individuale, l'A.T. coglie le dinamiche psicologiche legate al “*bisogno di affetto tenero del bambino*” [5], che è l'elemento di incontro preverbale col terapeuta, in accordo con lo Stile di Attaccamento ed il coinvolgimento empatico. Inoltre, facilita l'approccio interculturale e mantiene la giusta distanza: ma soprattutto non disperde il patrimonio esistenziale, che può emergere talora “dopo” la conclusione cronologica di un trattamento.

4. Non tutti riconoscono l'utilità di riferirsi a un concetto come quello di A.T.: vi è chi preferisce ricondurre prioritariamente i tipi di comunicazione tra paziente e analista **alle dinamiche transferali/controtransferali**; altri mettono in luce la **multidimensionalità del concetto di relazione terapeutica** (alleanza di lavoro, transfert, relazione reale) [6]; altri ancora propongono una lettura dell'**Alleanza come interazione** tra l'empatia, il desiderio di capire e la capacità riflessiva da parte dell'analista ed il desiderio di comprendere ed essere compreso, di essere aiutato e di sviluppare la propria personalità da parte del paziente.

5.a. Sotto il **profilo della configurazione concettuale**, l'A.T., qui intesa come confluenza delle tre dizioni precedentemente descritte, viene oggi riconosciuta sempre di più come il **principale fattore specifico comune a tutte le forme di psicoterapia**. Gli strumenti per *valutare* l'A.T. sono generalmente proposti in *tre versioni*: per il paziente, per il terapeuta e per un osservatore esterno. Gli **indirizzi** di ricerca, ancora in fase di sperimentazione, sono: *psicodinamico, generico, interindividuale, relazionale, pragmatico, eclettico*.

b. Una riflessione sull'A.T. propone un'elaborazione di questo concetto non più in termini di presenza/assenza, ma come dimensione psicoterapeutica piena di vicissitudini (rotture, riparazioni, distanziamenti, abbandono). L'A.T. andrebbe concepita come una rete di continuum di interazioni, oscillanti tra un polo in cui gli interventi a sostegno della relazione cooperativa sono ben integrati nelle dinamiche della terapia (e ciò è più evidente nelle psicoterapie supportive), a un altro polo in cui si rendono necessarie vere e proprie ridefinizioni degli scopi, degli obiettivi degli interventi e degli Orientamenti di Valori [7].

Per esempio, nelle psicoterapie di pazienti con disturbo borderline di personalità, che alternano modalità di funzionamento a diversi livelli di organizzazione personologica, le gradazioni dell'alleanza terapeutica non si manifestano in successione ordinata, ma si alternano e si ricompongono, a seconda delle fasi del trattamento o anche dei momenti di una singola seduta. Inoltre, in alcune terapie la costruzione dell'Alleanza può essere considerata più un fine che non un mezzo della cura [8]. In altri trattamenti

[5] ADLER, A. (1904-1913), *Heilen und Bilden*, tr. it. e a cura di MARASCO E. E., *Guarire ed educare*, Newton, Roma 2007: 77-81.

[6] GREENSON, R.R. (1965), *Ibidem*.

[7] PONCE, D. E. (1998), Cultural Epistemology and Value Orientation, in OPKAKU, O. (Ed) *Transcultural Psychiatry*, Am. Psych. Press, Washington D.C., II,4: 69-87.

[8] PIERO', A., CAIRO, E., SIMONELLI, P., FASSINA, S., FERRERO, A. (2009), Personality and Psychopathological predictors of anger management in subjects with Borderline Personality Disorder, *Panminerva Med.*, vol.51 – suppl. 1 TO, N.3, p.89.

ancora, l'immedesimazione culturale del terapeuta costituisce la base preliminare per l'A.T. (Par. IV, 3.b.). I contributi clinici riportati negli Articoli originali, e commentati nel Par. VI in questo Numero della Rivista, confermerebbero queste congetture.

c. Sicché, quando si parla di **A.T.** in generale si intendono accezioni diverse, ma non antitetiche, a seconda degli Autori [9]. L'A.T. può essere sinonimo di *transfert/controtransfert* e quindi non avrebbe senso definirla come entità a parte; oppure il *transfert* e l'A.T. hanno dinamiche distinte, specie nella prassi terapeutica [10]; o infine l'A.T. va considerata in una prospettiva storico-culturale, considerando i nuovi pazienti, i nuovi setting e soprattutto le nuove tecniche psicoterapeutiche.

6.a. L'A.T. per la Psicologia Individuale, facendo confluire le tre dizioni Alleanza di Lavoro, Negoziata e Terapeutica, è una **rete interattiva che sostiene e alimenta il setting e che facilita il processo terapeutico** [11]. Essa dipende sia dallo Stile di Attaccamento (del paziente), sia dallo **Stile Terapeutico** (del curante), sia dalle **reazioni controtransferali** (e pure dagli **enactment** e dalle **self-disclosure**) [12], ma soprattutto è basata su un autentico **sentimento sociale**.

Nella misura in cui la struttura dell'analisi riflette in modo troppo marcato le dinamiche e i quadri interpretativi, possiamo dire che l'analista ha difficoltà a stabilire una buona A.T. In questo contesto, la differenza più evidente tra le reazioni di transfert e quelle che possono essere ricondotte all'A.T. è che le seconde siano più correlate e plasmate dai bisogni emotivi/affettivi e dalla cultura [13].

b. Se l'**Alleanza Terapeutica rappresenta una rete complessa** con funzioni di interconnessione, di contenimento e di sostegno (*holding*), in essa si svolge la terapia psicodinamica adleriana. Per accertarsi che la cura giunga ad un buon risultato, uno psicoterapeuta deve essere consapevole che l'A.T. fin dall'inizio del trattamento ha un ruolo più importante di ogni tecnica specifica (usata singolarmente) e che favorisce altresì un outcome favorevole.

[9] MAFFEI, C. (1995), Psicoterapia analitica della personalità borderline, in MARSICANO, S. (a cura di), *I nuovi pazienti della psicanalisi*: Franco Angeli, Milano, 239-295.

[10] GUTHEIL, T. C., HAVENS, L. L. (1979), Transference alliances: contemporary meanings and confusion, *Int. Rev. Psychoanal.*, 7: 581-610.

[11] ROVERA, G. G. et al. (1984), *Il Modello di Rete in Psichiatria*, in Minerva Medica, 75: 1-9.

[12] PONSÌ, M. (2006), Voce: "Acting in e out, enactment, agire", in *Psiche – Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*, a cura di BARALE, F. et al., Einaudi, Torino, 2007, I: 7.

[13] LINGIARDI, V., COLLI, A. (2003), *Alleanza terapeutica: rotture e riparazioni*, in Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane, n. 38.

- c. In sintesi, gli aspetti comuni collegati a una A.T. positiva sono i seguenti [14]:
- l'A.T. si forma nelle prime fasi del trattamento, a partire dalla prima seduta;
 - l'A.T. è promossa dal terapeuta verso il paziente e trasmette fiducia, calore e comprensione;
 - l'A.T. sviluppa un legame di attaccamento con il terapeuta;
 - l'A.T. favorisce il coinvolgimento empatico col paziente;
 - l'A.T. veicola un senso di mutua collaborazione fra il paziente ed il terapeuta;
 - l'A.T. costituisce un precursore dell'andamento successivo della terapia;
 - l'A.T. è positivamente correlata al buon outcome del trattamento;
 - l'A.T. è un' esplorazione non giudicante di ciò che prova e/o riferisce il paziente nella seduta;
 - l'A.T. favorisce nel terapeuta l'immedesimazione, anche culturale, col paziente;
 - l'A.T. agevola la comprensione e l'insight a livelli profondi.

d. Le componenti dell'Alleanza Terapeutica sono parte sia della **relazione reale**, sia dell'**interazione transferale**, sia dei **movimenti delle dinamiche culturali**, e vengono altresì ad essere dei costituenti del lavoro psicoterapeutico, specie nella *psicoterapia supportiva*.

Si pone enfasi sulla **natura cooperativa dell'Alleanza**, nella quale il paziente ed il terapeuta lavorano insieme per promuovere il cambiamento terapeutico. Bordin [15] ed altri studiosi hanno ulteriormente esteso la dimensione dell'Alleanza Terapeutica, sino a ribadire alcune **componenti** fra paziente e terapeuta:

- l'A.T. si basa su un legame affettivo;
- l'A.T. implica l'accordo sugli obiettivi e sul ruolo della terapia;
- l'A.T. incoraggia la capacità del paziente di compiere il lavoro terapeutico;
- l'A.T. coinvolge la relazionalità empatica del terapeuta.

Si sottolinea che molti accenti sono posti, oltreché sul paziente, anche sul terapeuta, la cui neutralità professionale si arricchisce di quell'"*humanitas*" che, tra l'altro, è propria della P.I.C. e si esprime qui nel *sentimento sociale adleriano e nella cooperazione*.

7.a. Nell'ambito delle Alleanze Terapeutiche, le **strategie dell'incoraggiamento** [16] sono una delle componenti della Psicoterapia Supportiva. In questa, le **rottture dell'Alleanza** si verificano con minore frequenza rispetto alle psicoterapie espressive, in quanto le confrontazioni, o lo smascheramento delle finzioni, o le interpretazioni che possono accrescere l'ansia del paziente sono utilizzate consapevolmente. Quando l'alleanza è in pericolo, il ricorso a **tecniche supportive** dovrebbe essere considerato l'approccio di scelta per una **riparazione dell'Alleanza** prima di affrontare eventuali resistenze ed implicazioni di **transfert**.

[14] GABBARD, G.O. (a cura di, 2009), *Textbook of Psychotherapeutic Treatments*, tr. it. *Le psicoterapie – Teorie e modelli di intervento*: Raffaello Cortina, Milano 2010, 60-61.

[15] BORDIN, E. S. (1979), *Ibidem*.

[16] ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, XXXVI – 66: 139-160.

Nel **transfert**, in genere, il paziente “sente” il terapeuta come una figura potente e autorevole. Il passato/presente e le rappresentazioni dei genitori si stabilirebbero sin dalla prima infanzia, per poi riattivarsi più volte, in base alle particolari caratteristiche delle persone significative che entrano a far parte della vita del soggetto. Ciò che ne consegue, anche nel rapporto terapeutico, è che presumibilmente **il transfert persiste a lungo dopo la conclusione del rapporto fra terapeuta e paziente**. Alcuni studi hanno dimostrato che il transfert si ristabilisce immediatamente quando i pazienti vengono rivisti dopo la fine di un trattamento strutturato, e i temi transferali più persistenti emergono in un nuovo contesto (Par. VII). A maggior ragione, anche dopo la “liquidazione del transfert”, che dovrebbe caratterizzare la fine di un’analisi strutturata, può invece rimanere l’A.T., che ne costituisce una rete ed una sorta di involucro (Par. VIII).

b. Per prevenire una **degenerazione dell’A.T.** è tuttavia necessario evitare **sconfinamenti e mal pratiche iatrogeniche** [17].

Com’è noto, non raramente i pazienti che hanno terminato anche positivamente una psicoterapia ad orientamento analitico possono ritornare, in seguito, per affrontare una crisi personale o per gestire una nuova fase maturativa. Pertanto, uno degli argomenti a sostegno della **continuità dell’Alleanza Terapeutica** è che lo psicoterapeuta potrebbe rientrare nel suo ruolo professionale.

Altro argomento è invece quello che riguarda un terapeuta che potrebbe incontrare un ex paziente in diverse situazioni sociali: qui egli è libero di essere amichevole e cordiale. I due potrebbero anche condividere delle aree di interesse comune e incontrarsi occasionalmente in determinate circostanze. È tuttavia consigliabile per il terapeuta mantenere una certa *distanza* riguardo ai problemi personali anche per restare disponibile per un’eventuale ripresa della terapia [18] (situazioni particolari potrebbero verificarsi nel contesto delle Analisi Didattiche o delle Supervisioni).

II. *Accordi terapeutici e tecniche del trattamento*

1. Molti fattori, che portano ad una buona A.T., **sono legati**:

- **agli obiettivi** (variazione positiva dei sintomi, maturazione psicologica e migliore qualità della vita);
- **al processo terapeutico**;
- **alle situazioni relazionali** che intercorrono tra i soggetti.

Ad esempio, si parla di risorse reali (*capabilities*) di tipo economico, lavorativo, spazio-temporale, ecc, che non sono talora secondarie in un’A.T. Infatti, vi sono *fonti di limitazione* che possono verificarsi già da subito, o durante il percorso, e che possono influire anche sul *deterioramento* dell’Alleanza (o addirittura sulla *rottura*) prima che ne sia stata concordata la fine. Il terapeuta non deve quindi farsi coinvolgere in un’al-

[17] ROVERA, G. G. (2004), Iatrogenia e malpratica in Psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 7-50.

[18] GABBARD, G. O., a cura di, (2009), *Ibidem*: 446 e 906-908.

leanza antiterapeutica (o **pseudo-alleanza** o **alleanza fittizia**). Stabilirà perciò nel modo più chiaro le regole di base della terapia e gli accordi preliminari legati al setting e definirà il rapporto con il paziente, in modo che si stabilisca una corretta atmosfera terapeutica che sia diretta all'esplorazione e alla risoluzione delle problematiche psicopatologiche del paziente. Se si viene meno a questi presupposti, il risultato potrà sortire, in ultima analisi, in un fallimento della psicoterapia e della stessa A.T. [19].

2. L'Alleanza Terapeutica varia anche in rapporto alle **tecniche dei trattamenti**, alle **diagnosi cliniche**, all'**aumento quantitativo degli utenti** ed ai **diversi contesti operativi**. Particolarmente l'A.T. riguarda:

- i nuovi modelli teorico/pratici (eclettismo);
- il numero di coloro che richiedono un intervento;
- la varietà dei quadri psicopatologico-clinici;
- le psicoterapie transculturali (qui dovute all'immigrazione);
- gli interventi associati tra psicoterapia e farmaci;
- le strutture pubbliche che offrono servizi di psicoterapia.

L'evoluzione degli schemi di riferimento nella nostra *civiltà del disagio* fa emergere la necessità di risposte cliniche adeguate che nel contempo favoriscono sotto-tecniche più sofisticate o terapie limitate nel tempo.

3.a. L'A.T. presuppone che al suo interno **il trattamento debba essere adattato al paziente e non il paziente al trattamento** ([20]; 1998 [21]): ad esempio quando si effettuano *psicoterapie d'urgenza* [22].

Già Adler aveva proposto l'*“abito su misura”* e l'*alleanza col deficit*: oggi, anche attraverso l'*immedesimazione culturale*, il modello della P.I. potrebbe rappresentare uno schema di riferimento appropriato per una revisione dello Stile di Vita Individuale [23].

[19] LANGS, R. (1973-74), *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy*, tr. it. *La tecnica della Psicoterapia Psicoanalitica*: Boringhieri, Torino 1979, 33-34.

[20] HORWATH, A. O., GREENBERG, L. S. (Eds, 1994), *The Working Alliance: Theory, Research and Practice*, Wiley, New York.

[21] HORWITZ, L., ET AL. (1996), *Borderline Personality Disorder - Tailoring the Psychotherapy to the Patient*, tr. it. *Psicoterapia su misura – Pazienti borderline e patologie mentali gravi*, Raffaello Cortina, Milano 1998.

[22] BELLAK, L., SMALL, L. (1981), *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia d'urgenza e psicoterapia breve*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1983.

[23] ROVERA, G. G. (2013), Per una psicoterapia appropriata, *Riv. Psicol. Indiv.*, XXXXI, 73: 5-12.

b. Dice Alfred Adler (riportato da Ansbacher H. L. e R. R. [24]):

“Se il paziente durante il primo colloquio ha dei dubbi sul fatto di voler intraprendere o meno il trattamento, lasciate che prenda la sua decisione nei giorni successivi. Non è facile dare una risposta alla domanda corrente sulla durata di una terapia. Essa è però abbastanza giustificata perché molte persone hanno sentito parlare di trattamenti che durano molti anni e non si sono ancora risolti. Un trattamento condotto secondo la Psicologia Individuale, se correttamente impostato, deve dare almeno qualche piccolo segno di successo entro tre mesi, se non prima. È buona norma, al fine di mantenere sin da subito una porta aperta al sentimento sociale, sottolineare che la durata del trattamento dipende dalla cooperazione del paziente. Il medico, se ben preparato all’uso della psicologia individuale, può trovare il suo modo di comportarsi dopo mezz’ora, ma comunque deve attendere che il paziente riconosca il proprio stile di vita e i suoi errori. Inoltre, si può aggiungere: «Se in una o due settimane lei non è convinto del fatto che siamo sulla buona strada, interromperò il trattamento».

In ogni seduta si deve considerare se il paziente sta cooperando e ogni gesto, espressione o cosa che dice o non dice, rappresenta un segnale. Anche dall’analisi dei sogni ci viene l’opportunità di valutare il successo, la mancanza di successo e la cooperazione”.

Adler era consapevole non solo delle **componenti affettive infantili** [25], ma pure della **necessità di controllare i risultati** rispetto agli interventi nell’area *psico-educativa*. Egli sottolineava: *«Educare non significa solo introdurre elementi favorevoli, ma anche essere molto attenti nel vedere come l’individuo li utilizza, in modo da poter intervenire se necessario»* [26].

C’è qui una forte somiglianza con quello che Kurt Lewin diceva in riferimento alla Psicologia Sociale, definendo tale modo di procedere “ricerca di azione”: l’efficacia delle varie tecniche di cambiamento dev’essere studiata sperimentalmente. Egli così si esprimeva: *«Abbiamo bisogno della verifica per dimostrare a noi stessi se ci muoviamo nella giusta direzione, e con quale velocità ci muoviamo»* [27], cioè verso una **cooperazione terapeutica definibile oggi come Alleanza Terapeutica**.

III. *Diversità e correlazioni di Alleanza Terapeutica e di Setting*

1. L’A.T. correlata al setting emerge quando il paziente si sente *compreso*: cioè quando la realtà psichica diventa coscientemente e autenticamente evidente sia all’analista che all’analizzando, grazie ad un’atmosfera di fiducia e di incoraggiamento. Ciò facilita la già citata **alleanza col deficit**, giacché paziente e terapeuta mettono in gioco elementi interindividuali arcaici, che sono interiorizzati precocemente (cioè nei primi

[24] ADLER, A. (1933), in ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*: Martinelli, Firenze 1997, 382-383.

[25] ADLER, A. (1904-1913), *Ibidem*.

[26] ADLER, A. (1933), in ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *Ibidem*: 382-383.

[27] LEWIN, K. (1946), in ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *Ibidem*: XXXII.

mesi di vita) ben prima del linguaggio verbale (nursing, holding, contatti corporei, ecc), creando un **metacontrotransfert positivo** che diventa il perno dell’A.T. e segue la linea direttrice del percorso analitico (Par. IV. 3.b.).

Che si concordi pienamente o meno su questi termini, o che questi ineriscano, anche se non sono identici, al “*coinvolgimento empatico*”: è un **presupposto di sinergia** per instaurare un’A.T.

2. Anche il **tipo di attaccamento** che si replica nello Stile Interindividuale tra paziente e terapeuta può influire sull’Alleanza Terapeutica [28].

I diversi **stili terapeutici** si definiscono oggi anche in relazione all’ampia gamma di setting e di trattamenti, tra **strutture pubbliche** e **studi privati**, che si attuano in favore di individui con età differenti, con problemi psicopatologici diversi, con svariati terreni culturali, ecc.

Il **setting tipico** nello studio privato, con un’atmosfera quasi senza interferenze che favorisce la riflessione, l’introspezione e la comunicazione, è oggi molto spesso ribaltato in contesti terapeutici molteplici: ospedali, ambulatori, strutture istituzionali pubbliche. Anche la **durata delle sedute e dei percorsi** può essere molto variabile: con terapie brevi, limitate nel tempo e con operatori diversi [29].

Molti psicoterapeuti lavorano inoltre in ambito accademico e si interessano a livello interdisciplinare non solo su temi tradizionalmente classici, ma anche di tipo **neurobiologico** (vedi l’importanza dei Neuron Specchio), o di **Psicoterapia Interculturale** (vedi problemi quali la precarietà, l’emarginazione, l’immigrazione).

3. Nell’ambito di un’A.T., la Psicoterapia Dinamica Adleriana, come già detto, presta attenzione alle **rottture e riparazioni dell’A.T.** Queste evenienze sono in genere definite come una sorta di interruzione o logorio del processo collaborativo o di deterioramento generale della qualità della relazione. Per la P.I.C. le rottture possono comportare il ritiro del paziente dal dialogo terapeutico o una risposta di irritazione o di accusa nei confronti della terapia o del terapeuta. È essenziale per il terapeuta affrontare le minacce di rottture ed esplorarle a fondo, per evitare che il paziente interrompa il trattamento. Tali vicissitudini spesso aprono una finestra sulle preoccupazioni inesprese circa la terapia, e possono quindi rappresentare una **preziosa opportunità** per affrontare le problematiche delle **riparazioni della rete dell’A.T.** Ciò porta ad una rinnovata motivazione del percorso terapeutico: mentre un impatto negativo [30] potrebbe influire su una definitiva “**uscita terminale**” dalla terapia (Par. V).

[28] LINGIARDI, V. (2006), voce “Alleanza Terapeutica” in *Psiche – Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*, a cura di BARALE, F. et al., Einaudi, Torino 2007, I: 36-38.

[29] FERRERO, A. (2014), *Une psychothérapie modulée sur le fonctionnement psychopathologique – Le modèle sur mesure de la psychothérapie psychodynamique adlérienne*, L’Harmattan, Paris.

[30] GABBARD, G. O. (a cura di, 2009), *Ibidem*: 61.

IV. *Pazienti difficili trattamenti combinati, contesti culturali*

1.a. In terapie con **pazienti difficili** (ad esempio nei disturbi del comportamento alimentare, nei disturbi dell'umore gravi, nelle dipendenze regressive, nei disturbi borderline e nei disturbi psicotici [31]) l'A.T. è talora soggetta a scompaginamenti drammatici, ma soprattutto è sottilmente avvolta nelle spire del **falso rapporto** e della **pseudo-alleanza**. Ciò può costituire un attentato all'efficacia della psicoterapia, dal momento che il trattamento può andare avanti anche per lunghi periodi in un **contesto di finzioni** [32] che costituiscono una ragnatela invischiante per il trattamento, anche perché un intempestivo "smascheramento" delle stesse potrebbe provocare una rottura dell'A.T.

In queste situazioni, come ha rilevato Gunderson [33], si può trarre vantaggio dal cosiddetto fenomeno della "**catena umana**": vale a dire che, nel percorso terapeutico, l'intervento di una **serie di terapeuti** può avere sul paziente un effetto cumulativamente positivo.

La "**catena umana**" è spesso legata all'esperienza di pazienti che, in tempi diversi, sono stati ricoverati in Strutture specializzate o che sono stati trattati in ospedalizzazione "parziale". Oltre agli effetti diretti del trattamento da parte di una serie di *operatori ausiliari*, le esperienze nei *reparti di ricovero* e di *Day Hospital* costituiscono un ambiente protettivo/contenitivo (*holding*) che permette, anche a più di uno psicoterapeuta, di effettuare approcci appropriati (cfr. anche i Contributi di S. Fassino, di E. Bignamini e C. Galassi e di G. Bartocci, nonché la Recensione del Volume di A. Ferrero, in questo N. 76 della Rivista, commentati nel Par. VI dell'Editoriale).

b. L'A.T. come rete di interconnessione, grazie alla quale i terapeuti si occupano empaticamente di un soggetto, costituisce **una rete con funzione di holding**, intesa all'interno dell'A.T. come l'attività di *sostegno "reale"* che viene offerta alle situazioni psicopatologico-cliniche complesse del paziente.

L'**holding** si estrinseca quale funzione terapeutica, come già ricordato, nei pazienti difficili in cui si richiede che il terapeuta "*possa parlare di più*" durante le sedute: ciò serve a sottolineare la presenza del terapeuta, ad ancorare il paziente alla realtà e a prevenire le *distorsioni di transfert* che tali soggetti sono inclini a sviluppare in situazioni non rigidamente strutturate [34].

2. I trattamenti combinati e/o disgiunti, in cui si associano **farmaci e psicoterapia**, sono diventati sempre più frequenti. Essi possono essere praticati da un **unico terapeuta** o da **due diversi specialisti**: entrambe le situazioni richiedono competenze

[31] MARSICANO, S. (a cura di, 1995), *I nuovi pazienti della psicanalisi*, Franco Angeli, Milano.

[32] AA.VV. (2010), Finzioni, *Riv. Psicol. Indiv.* XXXVIII, 68: 1-176.

[33] GUNDERSON, J. G. (2001), *Borderline Personality Disorders. A clinical Guide*, tr. it. *Le personalità borderline. Una guida clinica*, Raffaello Cortina, Milano 2003.

[34] MAFFEI, C. (1995), *Ibidem*.

particolari agli operatori e soprattutto un'area di comune A.T. Oggi, non infrequentemente, sono coinvolti l'Assistente Sociale ed il Mediatore Culturale.

Ma come si può gestire un'A.T. quando dall'inizio o nella prosecuzione si giunge ad un trattamento psicologico e farmacologico?

Innanzitutto, la pratica clinica sull'**associazione fra psicoterapia e farmaci** pone alcune domande iniziali. Tra queste le principali sono [35]:

- Per quali disturbi i farmaci dovrebbero precedere la psicoterapia, e/o viceversa?
- Per quali disturbi la somministrazione dei farmaci, in un trattamento disgiunto o integrato, dovrebbe iniziare fin dalle prime sedute?
- Per quali disturbi è preferibile un trattamento integrato con un solo clinico in confronto al trattamento disgiunto con due specialisti?

Una risposta che si può dare è che le condizioni cliniche del paziente, e non i pregiudizi epistemologici e/o metodologici del terapeuta, sono la strada maestra da imboccare per un'A.T. che deve utilizzare l'associazione psicoterapia-farmaci (con uno o due specialisti), qualora lo si ritenga appropriato.

In ambedue i percorsi (cioè trattamento integrato con un solo terapeuta, oppure intervento articolato con due terapeuti) bisogna essere consapevoli che:

- vi deve essere un'Alleanza Terapeutica col paziente, il quale può vivere l'associazione psicoterapia e farmaci in modo ambivalente;
- qualora si giunga ad un trattamento contemporaneamente con due specialisti, è necessario che gli stessi comunichino tra di loro con il consenso/assenso del paziente e soprattutto che instaurino una genuina A.T. fra di loro, senza creare dicotomie.

In un *primo caso*, il paziente può essere molto sospettoso o avere idee erranee rispetto al significato e agli effetti dei farmaci: questo atteggiamento può accompagnarsi a una marcata diffidenza nei confronti del clinico. Ma, in *altri casi*, il clinico dovrebbe sapere che sia tra gli specialisti, sia tra questi ed il paziente, lo sviluppo di un'A.T. rappresenta un predittore dell'outcome del trattamento, correlato alla modalità terapeutica adottata. Un altro valido principio è che il buon risultato di un'associazione tra psicoterapia e farmaci è intrinsecamente legato alla possibilità di stabilire una salda A.T., anche nella gestione appropriata di eventuali effetti collaterali dei farmaci.

3.a. Di notevole rilievo nell'ambito di un'A.T. sono anche gli **aspetti culturali**. Una relazione interindividuale poggia sempre su un **universo pre-interpretato**, specie quando i gruppi culturali di appartenenza (di cui fanno parte il paziente e lo psicoterapeuta) sono diversi.

La relazione terapeutica è infatti costituita da un *retro-scena* che è il risultato di una **internalizzazione grupitale generazionale**, la quale può occupare l'*avan-scena* in un'**A.T. interculturale**.

Il **presupposto di un'internalizzazione culturale ed il riconoscimento della stessa** agevola di molto l'approccio completo e corretto per un'A.T.

[35] GABBARD, G. O. (a cura di, 2009), *Ibidem*: 157-8.

In una **relazione interindividuale** ciascuno degli attori porta infatti la sua storia personale inscritta nel **proprio contesto culturale** [36], che è comunicata in modo sia verbale che **non verbale**.

La *distanza culturale* tra i vissuti del terapeuta e quelli del paziente deve essere chiara, confrontata ed eventualmente interpretata, per elaborare resistenze e difese che riguardano ciascun membro della coppia terapeutica. Imprinting, memorie, rappresentazioni del popolo o della nazione di appartenenza: costituiscono due “**universi culturali pre-interpretati**”, collegati nell’incontro interindividuale che realizzano un’A.T. su cui poggia una Psicoterapia Dinamica Culturale [37].

b. È interessante al proposito sottolineare il Contributo di Luc Michel [38], che riguarda in specie la dinamica del metatransfert/metacontrotransfert interculturale. La configurazione di questa nozione concerne la definizione dei rapporti non solo tra gli individui, ma pure tra i rispettivi gruppi di appartenenza degli attori della relazione. Ciascun protagonista, che sia analista o analizzando, ha al suo interno un bagaglio culturale/relazionale che gli è proprio ed è in rapporto al suo gruppo di origine. Il prefisso **meta**, in questo caso, significa **oltre** le consuete relazioni transferali, in quanto cerca di cogliere la significazione culturale preverbale.

L’aspetto più importante per un’**Alleanza Terapeutica Interculturale** è l’implicazione emozionale data dagli *stereotipi gruppali*, in quanto essi sono dei mobilizzatori della relazione psicoterapeutica: nel momento in cui segnalano una dimensione storica, culturale, ma anche uno **stile di attaccamento (cultural-dipendente)** acquisito già nei primi mesi di vita e che successivamente può essere rimobilitato in una dinamica transferale interculturale. Questo materiale si radica pure a livello transgenerazionale, giacché si immerge nelle tradizioni, nelle credenze, negli Orientamenti di Valori, derivati dai relativi gruppi di appartenenza.

Sicché in un’A.T. (tra paziente e terapeuta) ciascuno viene a costituire per l’Altro una sorta di area transizionale ove interagiscono reciproci **elementi culturali primari (o arcaici) o preverbali**.

Questi sono interiorizzati precocemente, ben avanti la formazione del linguaggio verbale. La formazione è infatti generalmente realizzata nei primi mesi di vita: *nursing, holding, scambi di contatti corporei*, sono degli esempi di attività che rispondono anche a norme culturali. Queste “**memorie senza ricordi**” (ben studiate dalle **Neuroscienze**) sono i primi mattoni dello Stile di Vita Individuale e determinano anche un’articolazione tra l’intrapsichico, il reale e l’immaginario.

La **cultura**, essendo uno dei fattori, come già detto, dell’“*universo pre-interpretato*” ed interiorizzato, rappresenta la base dei processi legati allo sviluppo dello Stile di Vita Individuale. In questo senso, grazie al metatransfert e metacontrotransfert cul-

[36] ROVERA, G. G., LERDA, S., BARTOCCI, G. (2014), Psicoterapia Dinamica Culturale, *Riv. di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, Vol. II, S1: 1-14, www.psiculturale.it

[37] ROVERA, G. G., LERDA, S., BARTOCCI, G. (2014), Psicoterapia Dinamica Culturale, *Riv. di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, con caso clinico di M. Ascoli, Vol. II, S1: 1-77, www.psiculturale.it.

[38] MICHEL, L. (1999), Des Stéréotypes culturels au transfert-contre-transfert dans la relation psychothérapique interculturelle. *Psychothérapies*, 19, 4: 247-255.

turale, costituisce e presuppone la **base culturale condivisa** di ambedue i membri dell'A.T. Essa fornisce altresì i valori che l'individuo utilizzerà nel suo "essere al mondo", nel suo **Schema di Riferimento Appercettivo** per gli ideali e per le mete esistenziali [39]; [40].

In una relazione psicoterapeutica, questa **ombra culturale** può rimanere silenziosa e implicita sotto forma di presupposto comune che contribuisce alla costituzione di una dimensione relazionale. Ma è per questo che in un'**Alleanza Terapeutica Interculturale**, giacché le culture di base sono differenti, già dall'inizio si deve creare una *relazione psicoterapeutica* che tenga presente gli stereotipi culturali che dovrebbero venire riconosciuti sia dall'analista che dal paziente, per costituire delle basi favorevoli nell'ambito di una A.T.: nel senso di un precursore di un **meta controtransfert appropriato**.

c. Il *metatransfert* ed il *metacontrotransfert* si evidenziano al massimo in una Psicoterapia Dinamica Interculturale: ma anche in tutte le altre psicoterapie non possono non entrare in scena gli *elementi sub-culturali*. Lo stereotipo (quale credenza condivisa) che il paziente ha nel **retroscena del preverbale** permette una relazione più individualizzata grazie alla risonanza con gli stereotipi culturali del terapeuta [41]; [42]

V. *L'A.T. fra interruzioni, riparazioni e processi di conclusione*

1. La conclusione di una psicoterapia non dovrebbe "di per sé" porre termine all'Alleanza Terapeutica (da intendersi questa come luogo affettivo, esplorativo e cooperativo) sia quale esperienza del "mondo interno", sia quale particolare "funzione psicologica a posteriori", sia come aspetto metodologico di reintervento o di prolungamento della terapia, sia come "sentimento di possibilità" di una figura di riferimento.

In una Psicoterapia Dinamica Adleriana, queste prospettive variano a seconda della finalità, degli accordi iniziali, del tipo di relazione, del setting (pubblico o privato), della struttura personologica del paziente, della diagnosi e dell'andamento clinico.

V'è oggi l'opportunità di effettuare degli interventi protratti nel tempo di fronte a una molteplicità non tanto di modelli di riferimento radicalmente originali, ma di metodiche innovative, soprattutto in rapporto alla modificazione delle richieste di pazienti, alla variazione delle patologie, alle nuove cronicità, ai trattamenti psicofarmacologici e dai piani finanziari imposti da parte di Enti erogatori.

Le procedure di conclusione di una terapia devono inoltre avere uno sguardo attento e prospettico al **dopo della conclusione di una psicoterapia**: il che fa riflettere su come

[39] ADLER, A. (1907), *Studie über Minderwertigkeit von Organen*, Urban & Schwarzenberg, Berlin, Wien.

[40] SHULMAN, B. H., MOSAK, H. H. (1995), *Manual for Life Style Assesment*, tr. it. *Manuale per l'analisi dello stile di vita*, Franco Angeli, Milano 2008

[41] ROVERA, G. G. (a cura di, 1984), *L'Approccio Transculturale in Psichiatria*: 1-117, M.S., Torino.

[42] MICHEL, L. (1999), *Ibidem*.

le psicoterapie debbano aprirsi all'osservanza di criteri clinici, alle ridefinizioni teoriche, a continue ricerche sul campo, alle esigenze etico-deontologiche ed ai costanti collaudi critici [43] (VII).

2. Se si accetta la congettura che la conclusione di una psicoterapia analitica possa acquistare una valenza psichica di *arrière-coup* (a posteriori), è di notevole importanza considerare il termine delle terapie come un momento importante anche per l'A.T. Utilizzando il concetto di **posteriorità** è possibile pensare che questa nozione possa essere recuperata sottraendola all'alternativa secca tra "*effetto del passato sul presente*" e "*effetto del presente sul passato*". Si può supporre che l'effetto di posteriorità si produca qualora un'esperienza presente agisca a livello di consapevolezza e faccia risuonare, attraverso nessi associativi, le tracce mnestiche di un'esperienza passata rimaste fin allora silenti [44].

Non sempre, infatti, la **conclusione di una terapia** avviene secondo le modalità che in genere sono classicamente descritte: oltre alle eventuali rotture e riparazioni che possono verificarsi nelle vicissitudini del trattamento (Par. III), sul tema della fine dello stesso sembra a volte essersi creata una specie di rigido ordinamento, per il quale il terapeuta ed il paziente dovrebbero trovarsi d'accordo sul fatto che gli obiettivi definiti inizialmente siano stati raggiunti. Inoltre, anche la relazione transferale dovrebbe essere stata risolta e i cambiamenti intrapsichici dovrebbero rimanere stabili nel tempo (se non ulteriormente evolversi positivamente).

Questo *quadro canonico* si presenta in alcune situazioni, ma in molti altri casi, nel percorso reale della pratica psicoterapeutica, le possibili variazioni sul tema sono numerose.

Se la **durata del trattamento** si iscrive in una **terapia d'urgenza o breve** [45] ed il termine si stabilisce in anticipo, in un intervento che preveda un **numero fisso** di quaranta o cinquanta sedute, fin dall'inizio terapeuta e paziente lavorano nella consapevolezza dell'incombenza di questi limiti temporali. Altrimenti, in una psicoterapia dinamica **senza limiti prestabiliti** la decisione di arrivare a una conclusione emerge quando si ritenga che sia giunto il momento di porvi termine. A volte la fine del trattamento è determinata da cause reali; in certi casi è unilaterale, senza che ciò sia vissuto come una vera rottura.

3.a. Se è facile individuare cronologicamente l'inizio del percorso, non è altrettanto generalizzabile indicare la durata della terapia e stabilire criteri certi e obiettivi per la sua conclusione, a meno che questi non siano stati prestabiliti.

Ma in genere quanto dura una psicoterapia individuale strutturata? E come si con-

[43] ROVERA, G. G. (1995), Il "dopo" della conclusione di una psicoterapia analitica, in AA.VV., *La conclusione della psicoterapia*: 15, Atti del XXIX Congr. Naz. S.I.P.M., Varese, 10-11 giugno 1995, Centro Scientifico Editore, Torino 1996.

[44] CONROTTO, F. (2007), Voce "Posteriorità" in *Psiche – Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*, II: 835, Einaudi, Torino.

[45] BELLAK, L., SMALL, L. (1981), Ibidem.

clude? Nella pratica si presentano **situazioni differenti** [46], talora **correlabili con l’A.T.**

Esse sono: l’interruzione nelle prime sedute da parte del paziente; la richiesta di questi di prolungare il trattamento con nuovi obiettivi, motivata dai benefici raggiunti; l’interruzione della psicoterapia decisa dal terapeuta, quando i risultati conseguiti risultano “deboli” o addirittura nulli, o ancora qualora vi sia una ricasazione per motivi deontologici [47]; oppure, come sarà in seguito sottolineato, quando la decisione di porre fine alla terapia sia una **strategia terapeutica**.

b. Vengono proposte in modo più dettagliato alcune situazioni riguardo al termine di una psicoterapia [48]:

- **L’interruzione iniziale** si verifica entro le prime 3-7 sedute e può derivare da più fattori che si correlano spesso all’A.T. Tra questi si sottolinea la *scarsa motivazione* o la *sfiducia del paziente* verso la metodologia utilizzata o collegata alla qualità della relazione tra paziente e terapeuta. Al proposito si parla di *drop-out* terapeutico.
- **L’interruzione distale**: oltre le 20 sedute la psicoterapia può perdere quelle caratteristiche di novità che in genere, all’inizio, sostengono la motivazione della persona e amplificano l’impatto degli interventi del terapeuta. Per alcuni pazienti l’estendersi del trattamento oltre i limiti temporali di una **psicoterapia breve** è rassicurante, specie quando apprezzano il cambiamento e riconoscono i risultati conseguiti. Altri, invece, preferiscono continuare il percorso da soli, riservandosi di chiedere un ulteriore aiuto in caso di necessità.
- **Terapie interrotte dal terapeuta**: quando in una psicoterapia non ci sono evoluzioni significative nel funzionamento del problema e del paziente, lo psicoterapeuta può interrompere le sedute. Infatti, un’eventualità della pratica psicoterapeutica è quella di insistere anche quando si rischia di diventare “*amici a pagamento*” o, ancora di più, di stabilire delle *dipendenze regressive*.
- **Terapie in cui si propone un termine come strategia**: **l’interruzione forzata della terapia** può contrapporsi alla decisione di continuare il trattamento nonostante l’intenzione del paziente di terminarlo. Talora (salvo restando il Patto di non abbandono) il **porre termine alla terapia come strategia** può essere un punto positivo di svolta nel senso del miglioramento e può essere un modo per portare l’attenzione del paziente su quanto resta da fare (ad esempio l’analisi del progetto) e su ciò che ostacola il processo di conclusione della terapia (ad esempio una dipendenza regressiva che emerge quale resistenza).
- Certi pazienti si ritrovano incapaci di porre fine alla psicoterapia; questi “**pazienti a vita**” spesso si possono identificare solo dopo molti anni di trattamento, giacché è

[46] GABBARD, G. O. (2004), *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy*, tr. it. *Introduzione alla Psicoterapia Psicodinamica*: Raffaello Cortina, Milano 2005, 85-6.

[47] ROVERA, G. G. (2004), *Ibidem*.

[48] SECCI, E. M. (2013), *Psicoterapie: quando finiscono?*, <http://enricomariasecci.blog.tiscali.it/2013/01/08/psicoterapie-quando-finiscono/>

complesso stabilire il momento della “chiusura” e nel contempo bisogna evitare che il percorso diventi *interminabile* [49]: di fronte a questo tipo di **terapie che continuano**, il terapeuta deve considerare la possibilità di mantenere col paziente contatti regolari, a intervalli di tre, sei o anche dodici mesi, per evitare *fenomeni di scompenso*: oppure di essere la *figura di riferimento* in caso di recidive cliniche (es. nei disturbi dell’umore).

- In certi casi la **conclusione viene decisa unilateralmente dal terapeuta**. Egli pone termine alla terapia indipendentemente dalla volontà del paziente e questa può essere sia una *ricusazione*, sia un *movimento positivo* nell’ambito di una psicoterapia. Alcuni pazienti non rispettano le condizioni e continuano a presentare comportamenti che interferiscono con un buon andamento della terapia. In situazioni del genere l’opzione ragionevole può essere quella di **indirizzare il paziente a un altro terapeuta**, dopo aver consultato un supervisore o un collega più esperto.
- Quando vi è il rischio che un paziente costituisca un **pericolo per sé o per gli altri**, il terapeuta deve affrontare questa situazione in modo clinicamente consapevole, attenendosi anche al Codice Deontologico, alla responsabilità legale ed a motivi etici, per evitare “in scienza e coscienza” atti inappropriati di malpratica, se non di iatrogenia [50].
- Nonostante una conduzione adeguata del processo di rielaborazione, la diade terapeutica può a volte ritrovarsi in **situazioni di stallo**.

c. Le molteplici esemplificazioni cliniche hanno spesso *analoghe implicazioni teoriche* riguardanti l’**elaborazione della fine della cura** come intervento terapeutico [51], che aiutano a comprendere le varie significazioni, derivate dall’esperienza terapeutica nel suo complesso.

Il *time-limit*, in un’analisi adleriana, può far diminuire il rischio che la terapia diventi una “tranquilla e interminabile analisi”: ma se è vero che una terapia breve può avere effetti positivi per determinati pazienti, per altri invece **una terapia lunga, prospettata come a tempo indeterminato**, è il modo migliore per fornire attraverso un’*Alleanza Terapeutica* una “*esperienza emozionale di incoraggiamento*” [52]; [53]; [54]).

d. Se è quindi importante uscire da una rigida logica del *time-limitsetting* come regola di base utilizzata a priori, “interna” alla teoria della tecnica, è altrettanto importante, quando si operi storicamente in una Struttura Pubblica, che la stessa dipenda da cause reali, e che quindi un A.T. si basi su un messaggio di Alleanza di Lavoro e di Alleanza Negoziata.

Viene talora sottolineato che i pazienti che si presentano con una richiesta esplicita di terapia breve spesso sono proprio quelli che successivamente entrano in un’*ana-*

[49] FREUD, S. (1937), *Die unliche und die unendliche Analysis*, tr. it. *Analisi terminabile ed interminabile*, Opere, Boringhieri, Torino, 1979, vol. II: 496-535.

[50] ROVERA, G. G. (2004), *Ibidem*.

[51] SECCI, E. M. (2013), *Ibidem*.

[52] MIGONE, P. (1995), L’elaborazione della fine della terapia come intervento terapeutico, *Il Ruolo Terapeutico*, 68: 41-44.

[53] ROVERA, G. G. (2009), *Ibidem*.

[54] FERRERO, A. (2014), *Ibidem*.

lisi interminabile o fanno molta fatica a terminare la terapia; al contrario, quelli che esprimono una richiesta di revisione del loro Stile di Vita, generalmente terminano la psicoterapia in un tempo ragionevole senza eccessivi problemi.

Si potrebbe ipotizzare che certi pazienti richiedono una terapia breve perché hanno paura di stabilire una dipendenza dal terapeuta [55].

3. La valutazione della possibilità di una conclusione, in una psicoterapia dinamica **a lungo termine senza limiti temporali definiti**, avviene di solito attraverso un accordo, specie quando il potenziale del trattamento è avanzato (*efficacy*). Il funzionamento esterno del paziente nel suo ambiente di vita è in correlazione con i cambiamenti interni, e questi sono considerati come indici dell'*effectiveness* (cioè di risultati clinicamente osservati) di una terapia.

• Invece, nel caso di psicoterapie di **durata prestabilita**, componenti controtransferali possono influenzare decisioni rispetto all'eventuale necessità di prolungare il trattamento. Se dopo una terapia a tempo determinato, ad esempio di **quaranta sedute** (B-APP,) [56], il **paziente** chiede di continuare il trattamento perché rimangono questioni non risolte, specie se riguardano l'**efficiency** (vale a dire rispetto al rapporto costi/benefici), egli dovrebbe arrivare ad accettare l'idea che esistono limiti nel gratificare i desideri e i bisogni che si sono creati in lui nel percorso della terapia. In maniera analoga, il **terapeuta** deve superare la perdita della fantasia di poter guarire e salvare gli altri, proteggendoli da ansie, stress, periodi di depressione e dilemmi esistenziali fondamentali [57]. Ma ciò equivarrebbe a dire che una decisione a termine di una conclusione psicoterapeutica potrebbe rientrare in Alleanze Negoziate o di Lavoro, confluenti nella base comune dell'Alleanza Terapeutica.

Se in **terapie a tempo determinato** il processo di conclusione incomincia, in un certo senso, con le prime fasi del trattamento, i pazienti che sono informati fin dall'inizio circa *la data della conclusione della terapia, dovrebbero avere l'opportunità di elaborare questa "fine" nei momenti ritenuti più opportuni*: per dare un chiaro messaggio circa la **continuità o meno dell'Alleanza** e del **tipo** della stessa.

• Al termine di un percorso a tempo limitato, qualora si ravvisi l'opportunità "realistica" di un successivo percorso nell'ambito di una **continuità articolata della terapia**, si configura appieno il problema della **continuità dell'Alleanza Terapeutica**.

Nell'eventuale procedura di un **passaggio ad un altro terapeuta**, si può anche prevedere un *incontro a tre* con il futuro terapeuta, nel corso del quale vengono riesaminati gli obiettivi e le modalità del trattamento. Un approccio di questo tipo può aiutare il paziente a non sentirsi completamente passivo qualora egli percepisca tale passaggio come un vissuto di *abbandono*, più che di *distacco* o di *perdita*, dovuto a motivi metodologici e/o professionali.

[55] MIGONE, P. (1995), Ibidem.

[56] FERRERO, A. (2014), Ibidem.

[57] GABBARD, G. O. (2004), Ibidem: 187-9.

• D'altra parte, anche quando una terapia giunge alla sua fase conclusiva con un pieno accordo fra terapeuta e paziente, i temi che emergono possono essere, almeno parzialmente, simili a quelli generati da una conclusione meno lineare o determinata da situazioni reali.

Spesso i timori emergono in vari tipi di reazioni sintomatiche, le quali non devono essere semplicemente "gestite" ma vanno esaminate ed interpretate nel contesto del processo di conclusione del trattamento.

• Nella fase conclusiva, **i limiti della relazione terapeutica** possono diventare più labili. I pazienti, non casualmente, talora si sentono in diritto di porre domande personali, mentre i terapeuti possono assumere un atteggiamento sempre consapevole ma meno riservato, con degli *enactment* (cioè microagiti) o *self-disclosure* (cioè auto-disvelamenti). L'idea di perdere una relazione significativa può mettere in difficoltà sia il paziente sia il terapeuta; entrambi possono di conseguenza prevedere eventuali **incontri professionali successivi** alla fine della terapia o di immaginare una relazione interindividuale che continui su basi diverse.

Questa seconda ipotesi va scoraggiata (se non in casi di percorsi analitico-didattici) e peraltro non deve diventare una "malpratica iatrogenica" [58].

Come già detto, nel caso di **problemi futuri**, alcuni pazienti si informano sulla possibilità di riprendere contatto con il terapeuta quando la terapia si è conclusa in base a un accordo reciproco. Il paziente, alla fine di un trattamento nel contesto di un'A.T., dovrebbe sapere se la "*porta sarà sempre aperta o no*", in caso di situazioni cliniche rilevanti (vedi Par. VII) [59].

VI. *Contributi clinici*

I **tre contributi originali** del N. 76 della Rivista si correlano in numerosi aspetti all'argomento dell'Editoriale. Un approccio psicoterapeutico adleriano, quale analisi dello Stile di Vita, non può infatti non tenere conto della valutazione clinica complessiva, della dimensione culturale, dei contesti istituzionali psicoterapeutici e soprattutto non può non mettere in evidenza le vicissitudini e le diverse modulazioni che riguardano l'**Alleanza Terapeutica**, l'**Alleanza di Lavoro** o l'**Alleanza Negoziata**. Gli Articoli, ed anche la recensione del volume di Ferrero, sebbene si differenzino per la tipologia clinica e per le procedure dell'approccio psicoterapico, hanno quale *denominatore comune* il fatto importante che i trattamenti sono stati condotti in Strutture Pubbliche.

1. Il primo articolo di Secondo Fassino, dal titolo "**La resistenza ai trattamenti nell'anoressia nervosa: la psicoterapia psicodinamica adleriana ha una specifica**

[58] ROVERA, G. G. (2004), *Ibidem*.

[59] GABBARD, G. O. (2004), *Ibidem*: 189-193.

indicazione?”, si fonda su di una lunga esperienza teorico-pratica sui Disturbi del Comportamento Alimentare, focalizzata specialmente sull’Anoressia Nervosa (A.N.), di cui l’Autore è uno dei massimi esperti anche a livello internazionale.

L’Autore sottolinea l’importanza della resistenza ai trattamenti nei D.C.A., delle *cultural-dipendenze* e dei frequenti *drop-out*.

La psicopatologia clinica si costituisce quale circolo vizioso: un disturbo dello sviluppo sostenuto da molteplici fattori fa sì che l’Anoressia Mentale (A.M.) come il *sintomo alimentare* si instauri come *una risposta pseudo-autoriferita* e un sentimento di crollo dell’autostima.

Le *cronicizzazioni dei casi* suggeriscono appunto che una *nuova fase dell’alleanza terapeutica* (qui da intendersi in senso generale) è dovuta a vulnerabilità, dinamiche familiari, stile di attaccamento interindividuale: con la ridefinizione del ruolo del terapeuta, del processo di incoraggiamento e della comprensione empatica.

Fassino analizza inoltre le basi del trattamento, sottolineando l’importanza del *meta controtransfert* e delle variabilità controtransferali e di come il coinvolgimento del terapeuta nell’A.M. sia differente dagli altri interventi convenzionali. Ad esempio, il terapeuta, quando si “spaventa”, constata l’*illusione dell’alleanza terapeutica* e dell’accordo terapeutico, che spesso deve essere ri-contrattato (si potrebbe dire rinegoziazione dell’Alleanza). La paziente A.N. “richiede” un modello terapeutico diverso, giacché cerca di evitare il cambiamento.

Si considerano poi i *trattamenti psicodinamici adleriani brevi* attraverso una *psicoterapia multimodale a rete* nella forma B-APP (Ferrero): due cicli di B-APP per complessive 30 sedute con risultati in termini di *global intervention*.

Nelle **conclusioni** l’Autore sottolinea una serie di riflessioni, tra le quali:

- sapienza relazionale: giacché molti pazienti sono penalizzati dal timore di commettere un errore e non sopportano l’idea di essere umiliati;
- capacità dei terapeuti di un’alleanza per un attaccamento meno compulsivo e più sicuro;
- problemi quotidiani del controtransfert;
- relazione terapeutica in gran parte empatica con un metacontrotransfert positivo, giacché favorisce un attaccamento sicuro.

Il commento all’articolo di Secondo Fassino è sintetizzabile in un suo stesso scritto successivo, su “**La anoressia sfida la psicoterapia**” [60]. Egli sottolinea: «*Dagli studi proposti emerge la possibilità di ridefinire il ruolo del terapeuta nella psicoterapia dell’A.N. Ricerche sulle dinamiche famigliari e la personalità dei genitori di pazienti A.N., recenti studi sullo stile di attaccamento nell’A.N. supportano una revisione di un modello psicodinamico, patogenesi e cura, che consideri l’A.N. come **malattia connessa ad alterato sviluppo del Sé**, in cui vivere senza mangiare e piuttosto talvolta*

[60] FASSINO, S. (2014), *Newsletter Sipm*, N. 12, p. 3.

*morire sono compensazioni grandiose di gravi sentimenti di non valere nulla e di un pervicace scoraggiamento, come proposto vent'anni fa da H. Bruch. È indispensabile considerare lo stile di vita del terapeuta oltre a quello del paziente. essendo il processo di incoraggiamento il cuore del cambiamento, fenomeni come embodiedsimulation, intentional attuenement, moments meeting, comunicazione implicita, concettualizzati in recenti scoperte neurobiologiche e di brain imaging, concorrono ad avvalorare la **comprensione empatica come nucleo del processo di incoraggiamento**. Le esperienze precoci si ripetono nella reazione di transfert e condizionano contaminazioni e contagi emotivi sul metacontrotransfert positivo del terapeuta, tra rischi di zelo eccessivo e scoraggiamento.»*

2. Il secondo articolo, di Emanuele Bignamini e Cristina Galassi, dal titolo “**Per uno sviluppo della comprensione psicopatologica-culturale dell’addiction e per un fondamento dell’intervento psicoterapeutico**” si riferisce alla complessità dell’intervento terapeutico nei *disturbi da uso di sostanze*.

L’*addiction* è appunto una relazione patologica tra *soggetto* e *oggetto* (sostanze, comportamenti), caratterizzata: da alterazioni neurobiologiche, funzionali e strutturali del sistema di gratificazione; da desiderio forte e impellente; da coartazione dei mezzi con cui il soggetto si procura piacere e da marcata difficoltà alla rinuncia, che rende il suo utilizzatore in condizioni di dipendenza, o addirittura di schiavitù.

L’*addiction* travolge i paradigmi che la clinica abitualmente utilizza e spiazzata radicalmente qualsiasi tentativo d’approccio unidirezionale. Essa è una patologia della relazione, non è una malattia usuale, ma è piuttosto una *organizzazione patologica*.

Il contributo di Bignamini e Galassi sulle tossicodipendenze fa emergere appieno la peculiarità dell’approccio e del rischio di *pseudo-alleanze* da parte degli utenti: ciò pone quindi la necessità di una relazione contrattuale e di un’*alleanza organizzativa*. Bisogna comprendere la complessa relazione attraverso gli aspetti biologici, culturali, ambientali e sociali. Si deve superare il paradigma della complicazione (come termine in cui il problema è *pieno di pliche*) e ci si deve proiettare in quello della *complessità/sistemi aperti*, in cui imprevedibilità e paradosso sono sempre presenti con *effetto farfalla* (cioè un equilibrio instabile ai margini del caos).

Gli Autori si domandano quale possa essere il senso degli interventi, alla luce di una *gestione* e non di una *imposizione*, circa la natura dell’oggetto di lavoro.

Le importanti **conclusioni**, riferibili anche al tipo di Alleanza, sono:

- l’opportunità di un accordo precontrattuale per definire un successivo percorso: in questo primo periodo possono essere utilizzate le metodiche adleriane sul modello del costruttivismo della Oberst;
- se l’*addiction* è un’organizzazione patologica, allora l’A.T. deve anche fare capo ad un’Alleanza Organizzativa;
- il gruppo terapeutico entra a far parte dell’organizzazione terapeutica e della *negoziatura* degli obiettivi.

Nelle **conclusioni** viene ribadita l'importanza imprescindibile della psicoterapia nei casi di *addiction*: questa deve rientrare in un'*architettura organizzativa*. Quindi gli obiettivi contrattualizzati rientrerebbero prioritariamente in un'*Alleanza Negoziata*.

3. Il terzo articolo, di Goffredo Bartocci, dal titolo "*Il Bestemmiatore Redento. Una sinergia fra Psicologia Individuale e Psichiatria Culturale*", sottolinea l'irrinunciabile componente culturale che si registra in qualsiasi approccio psicopatologico e relazione psicoterapeutica.

Bartocci propone *due esemplificazioni* che si caratterizzano l'una come competizione e l'altra come *cooperazione*.

a. Il *primo esempio*, che riguarda il *terrorismo* quale fenomeno geo-politico-sociale, pone il *terrorista* come colui che intenzionalmente semina terrore, provocando un **evento traumatico intenzionale**, superiore ad un **evento traumatico naturale** (terremoti, eruzioni vulcaniche, tempeste, ecc). Il terrorista ha un enorme potere influenzante che viene esercitato dall'uso surrettizio di particolari simboli mitico-religiosi accreditati a livello socio-culturale.

Questo contributo evoca l'adleriana *aggressività violenta distruttiva* attraverso un uso improprio di credenze religiose manipolate a fini geopolitici specifici. Coi tempi che corrono, il problema è di *palpitante attualità* e gli aspetti di *cooperazione*, anche interreligiosi, dovrebbero prevalere su quelli di *competizione*, favorendo a livello interculturale strumenti di *prevenzione*. Si sottolinea che il terrorista, *sacralizzando la fine della propria esistenza*, si costituisce come un simbolo culturale potentissimo che esorcizza l'aberrazione di porre fine all'esistenza di un altro essere umano.

b. Nel *secondo esempio*, Bartocci sottolinea che il paziente segnalato vuole di fronte a sé un "essere umano (terapeuta, n.d.r.) con cui poter interagire qui e ora nella responsabilità della cura". Queste parole esprimono nel modo migliore quella che può essere considerata una richiesta di un'*Alleanza Terapeutica*.

L'Autore riporta il caso di un individuo adulto al secondo episodio di una presumibile depressione maggiore, il quale nella sua vita è stato un *bestemmiatore abitudinario*.

Nell'ambito di un colloquio effettuato con *fiducia nella psichiatria* di un Servizio Pubblico di Salute Mentale, il soggetto rievoca un evento psicologicamente cruciale (la caduta accidentale della moglie da un albero con traumi multipli) che lo avrebbe "redento". Egli dice, del ricordo passato: «*Lei lì, un sacco, ed io, anch'io lì disperato... Sì, chiesi aiuto a Dio! Dio fammi la grazia ed io, bestemmiatore, ti onorerò per sempre*». Questa comunicazione al terapeuta suggella un'A.T. (mediante un *metaccontrotransfert positivo anche sub-culturale*) che non sarebbe potuta avvenire con il solo utilizzo degli psicofarmaci, i quali peraltro erano stati correttamente somministrati.

Nelle **conclusioni**, l'Autore propone degli obiettivi per il futuro e sollecita gli addetti di una Psichiatria e Psicoterapia Culturale, in sinergismo con la Psicologia Individuale Comparata, a respingere la violenza distruttiva e ad essere rispettosi della dignità e

dell'Orientamento di Valori della persona, attraverso un coinvolgimento empatico. Ciò facilita il livello di *cooperazione* autentica attraverso la *comprensione del suo Stile di Vita* (immagine di Sé, valori etici, ideale del Sé), che per la P.I. sono concause fondamentali del comportamento. Nel caso di specie del bestemmiatore che si redime, la strategia psicoterapeutica mira a correlare lo Stile di Vita attraverso la comprensione (*Dasein*) del soggetto, della sua immagine della vita in generale (*Weltbild*) e di quella di vivere tra la gente (mondo socio-culturale).

4. Sembra utile riportare qui sinteticamente alcune riflessioni sul volume di Andrea Ferrero, “*Une psychothérapie modulée sur le fonctionnement psychopathologique. Le modèle sur-mesure de la psychothérapie psychodynamique adlérienne*”.

Il libro, recensito in questo Numero della Rivista, porta l'Autore ad occuparsi tanto dell'epistemologia psicopatologica, quanto del processo terapeutico. Ciò avviene in una Struttura di Salute Mentale, nella quale, per motivi di utenza ed organizzativi, si devono modulare gli interventi non solo sui processi delle Psicoterapie Adleriane Strutturate (APP), ma pure sugli indicatori di processo delle Psicoterapie time-limited che derivano dalla APP: la B-APP e la SB-APP.

Per ciò che attiene ai *fondamenti dell'Alleanza Terapeutica*, essi sono correttamente considerati quali *fattori non specifici* del processo psicoterapico, che riguardano, tra l'altro, l'attitudine alla relazione, caratterizzata per la capacità di unire e di proteggere, ed il Sentimento di appartenenza. La *sicurezza* è una capacità di interessarsi dell'Altro senza farsi contaminare dalla sofferenza; la *confidenza in Sé* diventa una sorgente di sostegno e un modello di speranza; la creatività incoraggia il cambiamento e può attivare la creatività stessa del paziente.

Per Ferrero, l'A.T. non corrisponde soltanto all'accettazione e alla fiducia del paziente, o ancora all'accordo con il terapeuta, ma proviene altresì dall'**incontro adattativo** (che si potrebbe ascrivere ad un'**Alleanza di Lavoro**) delle caratteristiche e delle attese reciproche, che all'inizio del trattamento (**alleanza terapeutica precoce**) dipendono in larga misura dalle relazioni attuali e da quelle passate. Queste considerazioni sembrano confermare l'importanza, nell'economia generale del trattamento, delle dinamiche del transfert e del controtransfert tradizionalmente segnalate dalle scuole ad orientamento psicodinamico.

VI. *Dopo la conclusione della Psicoterapia, cosa rimane dell'Alleanza Terapeutica?*

1.a. Quasi al termine dell'Editoriale, dopo aver riportato le esemplificazioni cliniche dei vari contributi, emergono ulteriori serie di domande con risposte “aperte” a nuovi tipi di approccio e rinnovate modulazioni nelle forme di A.T.

Che cosa rimane di un'Alleanza **dopo** la conclusione di una psicoterapia condotta su pazienti difficili?

Che cosa può essere rilevante nel “dopo” di una conclusione del trattamento, cioè al termine di un percorso condiviso, specie quando siano stati concordati “il” fine e “la”

fine di una psicoterapia a orientamento analitico?

Vi è un trauma del distacco? L'elaborazione della perdita? Il vissuto di abbandono? La continuazione del "lavoro" psicologico in riferimento a una funzione psicologica anticipatrice?

b. Questo complesso problema presuppone *alcune riflessioni*.

- Se in una psicoterapia non si ipotizza un termine, non si può parlare di post-conclusione. Il concetto, che sembra ovvio, esclude peraltro da questo tipo di considerazioni tutti gli interventi che ineriscono a quelle "*terapie che continuano*", le quali riguardano una cronicizzazione anche del trattamento per "dipendenze regressive" (Par. V, 3.b).

- La concezione di "fine" si riferisce a una conclusione dell'intervento circa una specifica patologia, o meglio con un individuo, attraverso le finalità del trattamento e del percorso terapeutico.

- Vi sono pazienti acuti/cronici, o con andamento ondulante, che di per sé non sono da considerare cronici o in via di cronicizzazione, ma che presuppongono il fatto che una psicoterapia non possa essere definitivamente risolutiva, e non per errori di modello, o metodologici, o tecnici.

- Sicché come si considerano delle "funzioni a posteriori" quali attività psichiche dirette ad attribuire nuovi significati a eventi già vissuti (*l'après-coup*): così vi potrebbero essere delle funzioni di elaborazioni psicologiche "post-conclusione", che forse varrebbero la pena di essere ulteriormente confrontate con un analista.

- Infine, vi possono essere delle situazioni psicopatologico-cliniche nelle quali può essere prevista una post-conclusione: come terapia di mantenimento, di ripresa di psicoterapia, di una "nuova" psicoterapia, e forse di un altro terapeuta.

c. Si può inoltre parlare di "**post-conclusione**" lungo *prospettive diverse*:

- di valutazione dei risultati ottenuti e di studi catamnestici a distanza rispetto alla sintomatologia o alla preesistente struttura psicopatologica;

- di previsione o di probabilità di recidive cliniche, in rapporto a quello che dovrebbe essere il decorso naturale;

- di variazione di una terapia o di "interruzione" della stessa per cause differenti (drop-out, errori del terapeuta, cause reali, ecc);

- di evoluzione del quadro clinico verso una cronicizzazione [61].

d. Il **periodo successivo alla conclusione** dovrebbe comportare un consolidamento dei risultati da parte del paziente senza l'aiuto del terapeuta. Questi dovrebbe favorire in lui l'autonomia e la maturazione psicologica. La posizione generale e implicita del terapeuta costituisce un'importante comunicazione esistenziale per il futuro del paziente. Come detto in precedenza, si possiedono poche e controverse informazioni dirette sulle conseguenze della capacità o meno da parte del terapeuta nel mantenere i

[61] ROVERA, G. G. (1995), *Ibidem*: 9-10.

confini della relazione terapeutica dopo la conclusione [62].

In linea di principio, non vi è alcun motivo di incrementare la relazione del terapeuta con il paziente quando è finito il trattamento, mentre vi sono molte ragioni per mantenere la **distanza** e i **confini** che sono invalsi durante la terapia.

Un' **Alleanza Terapeutica** (nel suo senso generale) lascia, anche per doveri professionali e deontologici, la *porta aperta* a ulteriori interventi terapeutici, qualora ad esempio si verifichi un'importante regressione. In questi casi, il paziente può essere preso in carico da un altro specialista. È opportuno in tali casi mettersi in comunicazione col nuovo terapeuta per operare in "rete" senza interferenze inopportune.

In altre situazioni bisogna far capo ad un' **organizzazione terapeutica** o ad interventi complessi, così come vengono riportati nei contributi di Fassino, di Bignamini e Gallassi, di Bartocci e di Ferrero.

2. In una cosiddetta terapia di mantenimento, alcuni psicoterapeuti continuano a vedere i pazienti una volta o due al mese, sebbene la psicoterapia sia finita. Questa prassi viene stabilita prima della fine della terapia stessa. Dobbiamo tenere distinto questo tipo di *prolungamento della terapia* sia dai controlli terapeutici specifici che il paziente può richiedere dopo la conclusione, sia da quelle che più raramente sono lasciate al "bisogno" del paziente, sia dalle cosiddette *terapie che continuano* (Par. V,3.b.) [63].

Come già in precedenza sottolineato, ci sembra utile rammentare che fra le cause principali delle richieste di visite o colloqui dopo la fine del trattamento vi sono:

- le *crisi acute della vita*;
- i *conflitti irrisolti*;
- la *tendenza alla cronicizzazione clinica* di certi quadri (ad esempio disturbi dell'umore).

Ogni paziente che torna dopo la conclusione deve essere studiato attentamente: nuovi percorsi terapeutici devono essere stabiliti e ci si deve porre la meta di prolungare la terapia con sedute appropriate [64].

3.a. Queste diverse situazioni sottolineano come il *processo della conclusione sia in genere più irregolare* rispetto a quello che abbiamo definito come *canonico*: anche perché il criterio clinico, quello psicopatologico ed ancor meno quello psicoterapeutico non sono coincidenti.

Sicché la **fine** della terapia rischia di *non essere un vero punto terminale*, nel senso che non pochi pazienti in seguito ritornano con la richiesta di un ulteriore trattamento, o più spesso di incontri saltuari. In alcuni casi sarebbe quindi più appropriato parlare di *interruzione*, piuttosto che di conclusione.

[62] LANGS, R. (1973-74), Ibidem: 626-631.

[63] FREUD, S. (1937), Ibidem.

[64] LANGS, R. (1973-74), Ibidem: 626-631.

D'altra parte, dobbiamo considerare il fatto che esista un *sottogruppo di pazienti* che trovano quasi impossibile porre termine al trattamento. Queste “**terapie che continuano**” si riferiscono a **pazienti non “a vita” ma “per una vita”** che continuano a fare progressi, se non vengono posti di fronte alla necessità di concludere il trattamento. *Più che il distacco, temono l'abbandono*, e sapere che vi è una *figura di riferimento* conferisce sicurezza. Altri possono anche ridurre progressivamente il numero delle sedute fino a una ogni tre-sei mesi. Finché hanno la certezza di poter frequentare ancora il terapeuta va tutto bene, ma se viene prospettata l'ipotesi di una conclusione definitiva spesso presentano una ricaduta clinica [65].

b. Ci si domanda se un’**A.T.** sia intrinseca specificatamente ad un **patto di non abbandono**. Questo deve inserirsi nell’ambito del rispetto e delle osservazioni che derivano dalle regole e dagli indicatori inerenti alla responsabilità professionale ed alla complessità della relazione terapeutica.

Chi ha l’opportunità di seguire per decenni il percorso di molti individui si può confrontare, oltretutto con se stesso, pure con altri psicoterapeuti, soprattutto nel decorso clinico dei suoi assistiti.

Diversi Autori al riguardo riportano esperienze differenti e le catamnesi di *follow up* sono più confacenti a studi randomizzati e a procedure operazionali, che non a stabilire che cosa succeda (all’interno della vita psichica del paziente) dopo la conclusione della terapia. Il dopo è una terra d’esilio? Oppure una “Terra Promessa”?

Qualora si parta dal presupposto di instaurare con il proprio paziente un **meta controtransfert positivo** culturalmente appropriato e, nello stesso tempo, ci si rifaccia ai punti che gli adleriani qualificano come **analisi dello Stile di Vita**, innanzitutto si sussumono le molteplici distinzioni psicopatologiche diagnostiche e ci si orienta verso gli aspetti di decorso e di prognosi. E quindi eventuali *ritorni in terapia*, anche solo per controlli clinici, non sono indici di fallimento terapeutico, ma di *A.T. autentica*.

c. Non infrequentemente si possono verificare oggi delle **Alleanze Terapeutiche Generazionali**. In questa evenienza, la committenza di visite singole, o di presa in carico, o di ascolto terapeutico viene sollecitata da ex-pazienti, in nome di una buona pregressa e personale Alleanza Terapeutica. I nuovi pazienti sono parenti (figli, cugini, sorelle, nipoti, ecc.) di individui che hanno concluso da anni un percorso psicoterapeutico.

Questo argomento stimola una **serie di quesiti**, tra i quali:

- È corretto prendere in carico un nuovo paziente che sia un parente od un affine di un soggetto in precedenza trattato, anche a distanza di anni?

La risposta è che, se vi sono stretti legami di parentela per tale presa in carico, è necessario che il terapeuta sia in grado di valutare se vi siano interferenze controtransferali. Se invece il nuovo soggetto è un “affine” (ad esempio un parente acquisito che non

[65] GABBARD, G. O. (2004), *Ibidem*: 187.

ha rapporti diretti con l'antico paziente) le difficoltà della presa in carico sono minori.

- Può essere utile effettuare un **trattamento terapeutico breve** se la consultazione è richiesta per una situazione di crisi. In un momento successivo sarà utile o appoggiare il paziente ad un altro terapeuta, o proseguire il trattamento, se non vi sono controindicazioni.

- Si potrebbe anche diventare “*psicoterapeuti della famiglia*”, con un tipo di *Alleanza Multipla*: ma ciò è tutto da discutere in sede di un *orientamento sistemico-familiare*.

VIII. Considerazioni

1. Nell'ambito delle *helping professions* adleriane, sono oggi differenti le tipologie psicoterapeutiche, il che comporta che si conoscano i vari indirizzi teorico-pratici.

La psicoterapia è uno strumento complesso non soltanto individuale: molti psicoterapeuti adleriani prendono in cura gruppi, famiglie e coppie. Gli psicoterapeuti utilizzano spesso nella pratica clinica combinazioni di diversi tipi di terapia (*eclettismo pratico*), che sfuggono a una precisa configurazione (*eclettismo teorico*), come la terapia basata sulla *mentalizzazione* e la terapia *dialettico-comportamentale*. Inoltre, l'articolazione tra neuroscienze e psicoterapia è considerata una delle aree di ricerca più appassionanti, poiché riflette il tentativo di stabilire connessioni tra la comprensione psicologica e la spiegazione scientifica.

2.a. Circa l'Alleanza Terapeutica, taluni modelli ed anche la Psicologia Individuale ritengono che la *relazione intersoggettiva* sia incentrata sul concetto delle *teorie del campo*, che notoriamente sono compatibili al modello adleriano specie rispetto alle forze dinamiche di base. Inoltre, non è una semplice coincidenza che quando si parli di *comprensione* si debba far capo alla *psicologia comprensiva* di Jaspers (affine in tal senso alle nozioni di Adler). Ciò è sottolineato sia dagli Ansbacher [66] che da Shulman e Mosak [67].

b. Inoltre, la sensibilizzazione culturale porta a considerare come elementi importanti il *metatransfert* ed il *metacontrotransfert* positivi, che si manifestano nel processo analitico e nelle modalità operative psicoterapeutiche riguardanti le funzioni dello Stile di Vita in un' **Alleanza Terapeutica Interculturale**.

In un uso generale del *metacontrotransfert*, il terapeuta adleriano deve empatizzare e identificarsi con lo stato affettivo del paziente (pur rimanendo sufficientemente distanziato e disponibile) per favorire la trasformazione delle comunicazioni del paziente in una forma simbolica utilizzabile.

Una psicoterapia adleriana, che sia in grado di trattare un'ampia gamma di problemi,

[66] ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), Ibidem: XXXII.

[67] SHULMAN, B. H., MOSAK, H. H. (1995), Ibidem.

difficilmente può attuare il *setting tipico* dello studio di consultazione, con un'atmosfera senza interferenze, che favorisce la riflessione e la comunicazione. Tuttavia, giacché molti psicoterapeuti lavorano in **contesti ospedalieri** e in **altre Istituzioni di Salute Mentale**, essi devono adattare il trattamento psicoterapeutico a pazienti difficili o cronicizzati, quasi sempre in **associazione con psicofarmaci**.

c. Peraltro, in **ambito accademico** l'interesse per le psicoterapie non è mai stato così grande. Molti lavorano nelle Università e sono impegnati in studi interdisciplinari (es. con le Neuroscienze), ma anche vivono contrasti socialmente e culturalmente cruciali (immigrazioni, precarietà, interreligiosità, ecc) che coinvolgono altre figure professionali (ad esempio i Mediatori Culturali).

3.a. Le Alleanze Terapeutiche in Psicologia Individuale quindi non sono solo un aprirsi all'esperienza dell'analista e un riconoscere che le manifestazioni transferali del paziente ed il controtransfer dello psicoterapeuta (anche interculturale) scaturiscono da una fonte preverbale di base: ma pure attengono a tipologie psicoterapeutiche diverse che costituiscono **campi terapeutici** differenti e modulazioni di **Alleanze Terapeutiche Interconnesse**.

b. La **"crisi della psicoterapia"** o la **"psicoterapia come situazione di crisi"** [68]) sono espressioni che si riferiscono: alle numerose sfide scientifiche ai modelli teorici degli ultimi 50 anni; agli effetti prodotti da una cultura postmoderna che tende alle "soluzioni rapide" (*quick-fix*); all'uso di prodotti farmacologici per trattare i pazienti; al cambiamento di atteggiamento nei confronti della sessualità; all'aumento di disuguaglianze sociali e politiche, alla violenza, al terrorismo, alle immigrazioni, ecc. Tutto ciò porta ad implicazioni per lo status/ruolo dello psicoterapeuta, che deve peraltro offrire una **dimensione specialistica ed umana** per favorire e sviluppare le Alleanze Terapeutiche, le quali si evolvono e si adattano ai grandi cambiamenti sociali e culturali che stiamo vivendo [69].

c. A queste trasformazioni dei trattamenti psicoterapeutici e dei *vari tipi di Alleanza Terapeutica confluenti fra loro* (*A.T.* in senso stretto, *A. di Lavoro* e *A. Negoziata*) devono adeguarsi anche i **programmi formativi**, per il crescente riconoscimento della psicoterapia come strumento fondamentale dell'approccio interindividuale e delle competenze centrali delle Scuole di Psicoterapia e di Psichiatria. Anche quegli specialisti che tratteranno i pazienti prevalentemente con la farmacoterapia dovranno confrontarsi con il compito di instaurare un'**alleanza con un altro terapeuta**. La **qualità dell'Alleanza Terapeutica** (nell'accezione generale) si è dimostrata infatti un elemento predittore dell'outcome in molti trattamenti di quadri clinici differenti. A

[68] ROVERA, G. G. (1977), "La psicoterapia quale situazione di crisi", in AA.VV., *La psicoterapia nelle situazioni di crisi*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2: 23-43.

[69] WILLIAMS, P. (2005), Che cos'è la psicoanalisi? Che cos'è uno psicoanalista?: 317, tr. it. in PERSON, E. S., COOPER, A.M., GABBARD, G. O. (a cura di), *Psicoanalisi. Teoria, clinica, ricerca*, Raffaello Cortina, Milano 2006.

tutti gli operatori specializzati è dunque richiesta, anche dalla legge, una preparazione sulle **competenze di base in psicoterapia** [70].

Per concludere: le **Alleanze Terapeutiche in Psicologia Individuale** dovrebbero favorire:

- l'*efficacy*, che si riferisce al potenziale terapeutico di un trattamento;
- l'*effectiveness*, che si riferisce ai risultati clinicamente osservati e relativi ad un determinata strategia terapeutica;
- l'*efficiency*, che si riferisce al rapporto costi-benefici di una terapia combinata.

Sembra quindi opportuno per una Psicoterapia Dinamica Adleriana, basata sul Sentimento Sociale, costituire una *corrente portante che dal senso di un'Alleanza Terapeutica porti al senso della vita*.

[70] GABBARD, G. O., a cura di, (2009), *Ibidem*: XX.