

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA**

**“LA SAPIENZA”**

**Facoltà di Psicologia 1**

*Indirizzo Psicologia clinica e di comunità (V.O.)*

**Psicoterapie dinamiche brevi**

Relatore:

*Prof. Massimo Grasso*

Correlatore:

*Prof. Paolo Fabozzi*

Laureanda:

**Roberta Floreani**

**Anno accademico 2004/2005**

# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>Pag. 5</b>
<b>DEFINIZIONE E STORIA</b>	<b>Pag. 7</b>
<b>Precisazioni terminologiche</b>	<b>Pag. 7</b>
<b>La storia della psicoterapia dinamica breve</b>	<b>Pag. 9</b>
<b>S. Freud</b>	<b>Pag. 10</b>
<b>Ferenczi e Rank</b>	<b>Pag. 12.</b>
<b>Alexander e French</b>	<b>Pag. 14</b>
<b>A. Maeder</b>	<b>Pag. 16</b>
<b>F. Deutsch</b>	<b>Pag. 17</b>
<b>Il gruppo del Tavistok Institute</b>	<b>Pag. 18</b>
<b>J. Mann</b>	<b>Pag. 19</b>
<b>D.H. Malan</b>	<b>Pag. 21</b>
<b>Bellak e Small</b>	<b>Pag. 23</b>
<b>La psicoterapia breve e l' "intervento di crisi"</b>	<b>Pag. 24</b>
<b>K.Lewin</b>	<b>Pag. 29</b>
<b>P. Sifneos</b>	<b>Pag. 30</b>
<b>E. Gillieron</b>	<b>Pag. 32</b>
<b>H. Strupp</b>	<b>Pag. 34</b>
<b>L. Luborsky</b>	<b>Pag. 35</b>
<b>H.Davanloo</b>	<b>Pag. 36</b>
<b>D. Fosha</b>	<b>Pag. 42</b>
<b>F. Osimo</b>	<b>Pag. 49</b>
<b>L'Analisi della Domanda</b>	<b>Pag. 53</b>

<b>I METODI DELLA PSICOTERAPIA DINAMICA BREVE</b>	<b>Pag. 61</b>
La dinamica delle psicoterapie	Pag. 61
I metodi delle psicoterapie dinamiche brevi	Pag. 62
Criteri di selezione	Pag. 62
La tecnica attiva	Pag. 65
Il focus	Pag. 67
Il Setting	Pag. 69
Il Tempo	Pag. 72
Considerazioni generali	Pag. 75
Organizzazione della personalita' e temporalita'	Pag. 78
Lo Spazio	Pag. 82
La Relazione	Pag. 85
Possibile integrazione delle varie tecniche	Pag. 90
Il Transfert	Pag. 96
Il Controtransfert	Pag. 100
<b>LA VERIFICA</b>	<b>Pag. 101</b>
Riflessioni sulla valutazione in Psicoterapia	Pag. 101
Le procedure di valutazione	Pag. 103
Modelli di ricerca	Pag. 107
La scelta degli strumenti per la valutazione	Pag. 110
Gli effetti delle psicoterapie	Pag. 112
Il punto di vista dei terapeuti	Pag. 114
Ricerche e considerazioni sugli esiti	Pag. 116
Risultati sullo studio dei predittori	Pag. 119
La valutazione del processo psicoterapeutico	Pag. 121
I meccanismi di difesa	Pag. 126

<b>I processi interpersonali</b>	<b>Pag. 127</b>
<b>Un modello di psicoterapia basato su evidenze</b>	<b>Pag. 128</b>
<b>Altre ricerche sulla valutazione</b>	<b>Pag. 130</b>
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>Pag. 132</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>Pag. 136</b>

## **INTRODUZIONE**

### **La psicoterapia dinamica breve: una “nuova” realtà**

La nascita della psicoterapia dinamica breve viene fatta risalire allo stesso fondatore della psicoanalisi S. Freud. Infatti egli, in diversi casi, più volte ha applicato nella pratica delle psicoterapie che potremmo definire, dal punto di vista temporale, “brevi” o addirittura “brevissime”.

Non si trattava però di variazioni della tecnica ma solo di un’ applicazione concentrata nel tempo delle sue tecniche usuali.

Con il passare degli anni, in seguito ai molti mutamenti storici e sociali, si è verificato un notevole cambiamento sia qualitativo che quantitativo nella richiesta di interventi psicoterapici, con incremento del numero, della varietà delle richieste e dei campi di applicazione.

A queste mutate esigenze hanno risposto diversi autori con varie proposte teoriche e metodologiche di intervento, tra le quali riveste notevole importanza la Psicoterapia Dinamica Breve (PDB).

Il vantaggio principale offerto dalle tecniche di Psicoterapia Dinamica Breve consiste fundamentalmente nella consistente riduzione del tempo dell’intervento, con tutti i benefici che ne conseguono.

L’ applicazione di questi modelli comporta la ridefinizione degli obiettivi (focalizzazione), del setting (durata, frequenza, posizione faccia a faccia), della relazione (attività del terapeuta, maggiore interazione reciproca) e una maggiore strutturazione dell’intervento. In compenso consente, sia per la brevità dei trattamenti che per la riproducibilità delle tecniche, un confronto tra i vari metodi e apre nel contempo la strada allo studio degli effetti delle diverse variabili tecniche sul processo terapeutico.

Sotto l'aspetto dell'attività clinica nella pratica dei servizi sanitari si può osservare, come rivela una ricerca negli U.S.A.(Guimon 2001), che l'84% dei clinici applica una terapia breve, anche se gli operatori di indirizzo psicodinamico tendono ad applicare psicoterapie più lunghe.

Le psicoterapie dinamiche, infatti, hanno come scopo una ristrutturazione profonda della personalità mediante tecniche analitiche, che richiedono per propria natura dei tempi più lunghi; si è anche dimostrato, però, che i cambiamenti ottenuti con questa impostazione teorica sono più profondi e duraturi e in questo modo vengono vissuti dai pazienti.

In linea di massima questo tipo di prassi terapeutica si è dimostrata adatta ad un vasto numero di pazienti: da coloro che presentano disturbi sintomatici circoscritti, ai caratteropatologici gravi, ai portatori di disturbi funzionali, alle disfunzioni psicosomatiche, fino ai portatori di disturbi depressivi e di turbe di personalità.

Si è ormai dimostrato che la psicoterapia in genere risulta efficace sia al livello qualitativo che quantitativo (Smith, Glass e Miller, 1980), superando il preconcetto che la PTB sia semplicemente un surrogato della psicoanalisi.

Sotto l'aspetto clinico e pratico dell'assistenza fornita dal servizio pubblico, del rapporto costi-benefici, dell'aumento delle richieste, delle possibilità di valutazione della terapia, le PDB offrono un importante campo di applicazione e di studio.

## DEFINIZIONE E STORIA

**Con il termine di psicoterapia dinamica breve si fa riferimento ad una gamma di psicoterapie caratterizzate da un numero di sedute limitato e basate su principi e tecniche psicoanalitiche.**

### **Precisazioni terminologiche**

Chiedendo alle persone non esperte di definire i termini “analisi” e “terapia”, si nota subito che vi è una certa confusione e che i termini non vengono usati nell’accezione propria della psicologia; infatti, oltre al significato proprio e scientifico dei termini stessi, vi è un alone di significato, che potremmo definire “ingenuo”, e che può dare origine a confusione e a fraintendimenti.

Questa situazione di confusione può essere fatta risalire all’impatto che la psicoanalisi ha avuto sulla cultura scientifica del Novecento, toccando profondamente l’immaginario collettivo e rivoluzionando il rapporto dell’uomo con il mondo e con se stesso, rendendo quindi i termini confusi e sovradimensionati. E’ possibile quindi distinguere:

1. *Atti con valenza psicologica.* E’ evidente fin dall’antichità come qualsiasi atto che riguardi la cura del corpo o dell’anima abbia anche un impatto psicologico per il fatto stesso che si rivolge a persone con affetti, paure, speranze e a volte con disagio psichico. L’atto ( parole o azioni ) può avere effetti “buoni” o “cattivi” ma comunque ha “valenza psicologica” o addirittura “psicoterapeutica”, come l’effetto di una parola detta da un amico, un genitore o un superiore con una precisa identità professionale. Diversi riferimenti teorici e metodologici sono alla base delle diverse psicoterapie che si sono sviluppate nel tempo. Sono sorte così varie scuole diverse per profilo ed affidabilità.
2. *Psicoterapia psicoanalitica.* Di derivazione dinamica e ispirata alla psicoanalisi si rivolge a situazioni e patologie diverse come la cura della psicosi, l’intervento su

bambini e adolescenti, gli interventi sui gruppi ecc. Il terapeuta ha sempre una formazione psicoanalitica; storicamente era inoltre richiesta una analisi personale con uno psicanalista dell' IPA (International Psychoanalytical Association ). I criteri legislativi oggi puntano più sul training indicato dalla Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica cui l'allievo accede, che sull'analisi personale.

3. *Psicoterapia dinamica breve*. Trattamento analogo come metodica alla psicoterapia psicoanalitica, limitato nel tempo, con una fine predeterminata in quasi tutte le forme di psicoterapia breve, e utilizzata specificatamente per gli interventi mirati alla risoluzione di un problema focalizzato.
4. *Psicoanalisi*. Secondo Limentani (83): “un corpo di conoscenze sul funzionamento mentale, una disciplina scientifica che si è sviluppata dall'opera di S. Freud. Essa comprende un metodo di indagine sul funzionamento mentale e dei disordini mentali, come pure il metodo di cura. Il trattamento psicoanalitico del paziente è lo strumento di base, sia della ricerca, sia della terapia.”

## **La storia della psicoterapia dinamica breve.**

E' possibile definire e comprendere la storia e l'evoluzione delle P.D.B (Psicoterapie Dinamiche Brevi) solo se non si perde di vista l'origine da cui tutte sono derivate: il trattamento psicoanalitico classico.

La storia delle psicoterapie brevi di tipo dinamico attraversa la storia della psicologia fin dalle sue origini e prende contatto con ogni aspetto delle teorie e delle tecniche che si sono sviluppate dal pensiero di Freud. Nessun terapeuta, di fatto, è esente dall'aver applicato, volontariamente o involontariamente (anche per drop-out), terapie brevi, compreso lo stesso Freud che ne ha fatto spesso uso.

E' necessario quindi iniziare l'esame delle varie teorie proprio dalla storia dello sviluppo della psicoanalisi e dal fondatore della stessa S. Freud

## **S. Freud**

Già nel testo “studi sull’isteria” Freud pone le basi di molti elementi che caratterizzano oggi la psicoterapia breve a orientamento analitico. Gli stessi casi descritti da Freud si possono annoverare tra le psicoterapie brevi o addirittura brevissime (anche un solo intervento, come nel caso della paziente Katerina).

All’inizio, insieme a Breuer egli usava la tecnica dell’ipnosi come metodo per provocare la crisi catartica nel paziente. Questo consisteva nell’aiutare, con interventi attivi, il paziente a riportare alla memoria l’evento traumatico che aveva causato la formazione dei sintomi e quindi superarlo, riacquistando la normale funzionalità.

In seguito, dopo aver abbandonato questa tecnica, Freud ha strutturato nel tempo una forma di terapia che si è diversificata in molti parametri da questi primi interventi.

Nelle prime terapie gli elementi che più richiamano la P.D.B. sono: la selezione dei pazienti in base all’intelligenza e alla motivazione, un atteggiamento abbastanza attivo del terapeuta, la limitazione del trattamento ad un’area circoscritta. Non venivano invece avvertiti i pazienti della durata della terapia e non vi era selezione in base alla gravità e alla focalizzazione dei disturbi.

Inoltre Freud non aveva ancora sviluppato l’interpretazione dei meccanismi di difesa e l’analisi dei sogni e delle fantasie. La nuova tecnica introdotta si basa sulle “associazioni libere” ed è da lui considerata superiore alla prima e “l’unica possibile”, insieme all’analisi dei sogni, per arrivare all’inconscio. Il perfezionamento della tecnica della terapia psicoanalitica porta ad una diminuzione drastica dell’attività del terapeuta (che diventa uno “specchio opaco”), degli interventi di provocazione e di sostegno e la perdita della focalizzazione su un aspetto ristretto delle produzioni del paziente.

Le conseguenze più gravi, secondo Malan sono state un incremento enorme della durata del trattamento a causa dell'analisi delle resistenze e delle difese, della nevrosi da transfert, della rielaborazione, ecc. che si sono aggiunte con il passare del tempo e l'evolversi della teoria.

Terapeuta e paziente si vengono a trovare alla lunga in una situazione di atemporalità e di ricerca di perfezione allo scopo di analizzare ogni aspetto della vita psichica del paziente con una regressione a livelli sempre più precoci. Nelle sue sei lezioni sulla tecnica Freud ha definito formalmente i parametri della tecnica della psicoanalisi classica, considerando poi ogni deviazione da essi come una minaccia alla psicoanalisi stessa che ha difeso da ogni cambiamento con molta forza

## **Ferenczi e Rank. (1925)**

Ferenczi e Rank (*The development of psychoanalysis 1925*), stretti collaboratori di Freud, sono stati i primi ad occuparsi del problema della durata del trattamento.

A **Rank** viene attribuita l'introduzione di un limite temporale, giustificato dall'esigenza di limitare la gratificazione della situazione transferale e aiutare il paziente a imparare a rinunciare agli aspetti irrealistici delle sue fantasie.

Rank riteneva inoltre che compito dell'analista fosse riportare alla coscienza il "trauma della nascita", cioè aiutare l'elaborazione dei processi di separazione-individuazione con la figura materna. La coscienza di un limite temporale della terapia, facilita nel paziente, secondo l'autore, l'elaborazione della separazione, questa volta dall'analista.

**Ferenczi** è considerato invece il primo sostenitore di una terapia "attiva" che permette al terapeuta di limitare in parte il ricorso alle associazioni libere, e, a volte, intervenire anche fornendo istruzioni comportamentali specifiche al paziente.

Secondo questi autori non è infatti sempre necessaria una analisi completa di tutti gli aspetti inconsci e una regressione troppo spinta (aspetto investigativo della psicoanalisi), ma è sufficiente la focalizzazione sulle aree dello sviluppo della libido infantile su cui l' Io è rimasto fissato, pena una eccessiva tendenza all'intellettualizzazione che può diventare alla fine una vera ossessione terapeutica.

Il cambiamento positivo nel paziente avviene infatti, secondo gli autori, con il rivivere degli affetti legati al trauma e la comprensione intellettuale del conflitto originario, ed è sollecitato dalla provocazione attiva dell'intervento del terapeuta. Secondo gli autori infatti la libera associazione da sola non basta se non sono coinvolti gli affetti ad essa legati. Riprende in questo modo importanza il concetto di esperienza traumatica da cui era partita la stessa teoria di Freud.

Queste considerazioni crearono molte controversie e critiche e furono infine rifiutate dallo stesso Freud, tuttavia anticiparono gli interventi di circa venti anni dopo di Mann e di Alexander e French.

### **Alexander e French (1946)**

Nel 1946 Alexander e French (*Psychoanalytic Therapy*) espongono i risultati della loro ricerca su seicento pazienti al Chicago Institute for Psychoanalysis svolta “per definire quei principi di base che permettono di elaborare metodi psicoterapeutici più brevi ed efficienti e, ogni volta che se ne presenta la possibilità, di utilizzare metodologie specifiche di trattamento”.

Alexander, allievo insieme a Balint di Ferenczi, contesta il postulato della psicoanalisi che “profondità della terapia e risultati siano correlati necessariamente alla lunghezza del trattamento e alla frequenza delle sedute”.

Essi misero in evidenza che la variazione dei tempi dipendeva dalle problematiche e dagli scopi di ogni singola terapia.

Come Ferenczi e Rank, Alexander sostiene che non è necessario analizzare tutti gli aspetti della vita psichica del paziente, ma solo recuperare il punto in cui si è verificato il trauma da cui derivano le difficoltà attuali.

Le tecniche proposte tendono a ridurre al minimo la regressione, con espedienti tecnici come variare la frequenza delle sedute, interrompere il trattamento, usare la posizione vis a vis.

Per ogni paziente, dopo un periodo iniziale di valutazione si dovrebbe formulare uno specifico “piano di trattamento” individuale in base alla comprensione psicodinamica, il più completa possibile, della personalità del paziente. Gli elementi di questa valutazione comprendono la fase di sviluppo del paziente, le resistenze adottate, la forza dell’Io e la motivazione all’intervento.

Per gli autori il terapeuta deve usare una tecnica attiva per ridurre la regressione e mantenere una alta tensione emotiva nella relazione per tutta la durata del trattamento, in modo da consentire al paziente di arrivare alla “esperienza emotiva correttiva” che riprende il concetto della catarsi di Breuer e Freud.

L'attività del terapeuta in questo tipo di terapia può arrivare anche a manipolare il transfert, in quanto il terapeuta può decidere di assumere un ruolo specifico nella relazione per consentire al paziente di arrivare al più presto all'esperienza emotiva correttiva.

La maggior parte di queste idee sono oggi considerate ovvie dagli psicoterapeuti, ma hanno dato luogo a molte controversie quando sono state presentate. Importante in quel periodo la discussione sulla distinzione tra psicoterapia analitica e psicoanalisi (da Alexander definita "tecnica standard").

### **A. Maeder (1950-70)**

A.Maeder, ritenendo che Freud avesse sviluppato il suo metodo di indagine psicoanalitica in funzione del suo interesse finalizzato più ai fini alla ricerca che ai fini curativi della terapia, si interessò alla forme brevi di psicoterapia e propose un metodo definito “appellativo”, in quanto si fonda sulla domanda (appello) di aiuto rivolta dal paziente.

L'autore presta particolare attenzione al contenuto manifesto della richiesta nella prima consultazione. Anche lui prevede per il terapeuta un atteggiamento attivo nella tecnica della terapia.

## **F. Deutsch (1950)**

F.Deutsch sviluppa negli anni 50 la “terapia settoriale”, riprendendo in considerazione le idee di Ferenczi, Rank e Alexander e insistendo sul concetto della focalizzazione (determinazione ed analisi di un’area circoscritta della vita intrapsichica del paziente).

L’autore ha inoltre sviluppato la tecnica della “anamnesi associativa” (individuazione ed uso di parole chiave, affetti e comportamenti ricorrenti del soggetto continuamente riproposti nella relazione e interpretati e confrontati dal terapeuta) che contribuisce a mantenere il trattamento all’interno del focus scelto e che ricorda la successiva terapia proposta da Davanloo.

## **Il gruppo del Tavistok Institute (1950)**

Negli anni '50 alcuni esponenti del Tavistok Institute , tra cui Balint, Malan, Mann e Goldman avviarono delle sperimentazioni sulle terapie a tempo determinato, i cui risultati furono molto importanti per lo sviluppo della tecnica delle terapie brevi.

Balint aveva puntualizzato come “la cura psicoanalitica, anche nel senso classico dello specchio ben levigato, è essenzialmente una relazione oggettuale ...” (1972). L'accento viene chiaramente posto sull'interazione dinamica terapeuta-paziente. Tra i risultati in particolare risultano importanti queste considerazioni:

- Le terapie dinamiche potevano portare giovamento a pazienti nevrotici o con disturbi del carattere in tempi più brevi di quelle classiche.
- Alcuni principi della tecnica psicoanalitica, come l'interpretazione del transfert e delle resistenze, potevano essere applicati anche nel corso delle terapie brevi.
- Anche le terapie limitate nel tempo potevano provocare cambiamenti duraturi nella struttura del carattere dei pazienti.(Strupp, Binder, 1994).

Le tecniche messe a punto dal gruppo si possono così descrivere:

- La terapia faccia a faccia
- Fissazione immediata del termine del trattamento, salvo il fatto che, se il risultato non viene raggiunto nel tempo prescritto, si potrà considerare un'altra forma di psicoterapia.
- Formulazione di una ipotesi psicomica di base riferita alla problematica principale del paziente
- Tecnica di interpretazione più attiva e strettamente focalizzata.

## **J. Mann (1973)**

La caratteristica principale del suo metodo terapeutico è l'attenzione al concetto di tempo sia negli aspetti clinici che teorici. L'esperienza del tempo accompagna e rende significativi i vari momenti della nostra vita e allo stesso modo rende significativo il processo terapeutico.

Egli parla infatti di “significato dinamico ed evolutivo”. La sua terapia si svolge in un numero rigido ed immutabile di 12 sedute, strettamente focalizzata su un punto nodale di “sofferenza cronica” che ha avuto ripercussioni significative nella vita del paziente per l'adattamento e lo sviluppo, individuato dal terapeuta nelle prime quattro sedute.

I destinatari di questa terapia possono essere, secondo l'autore, pazienti con disfunzioni psicopatologiche di ampio raggio, sia con conflitto edipico che preedipico. Sono invece esclusi pazienti con diagnosi di depressione grave, psicosi ecc., in cui la funzione dell'Io sia compromessa gravemente.

Nella terapia di Mann non è prevista “l'analisi dell'Io profondo”, cosa che amplifica i criteri di scelta rispetto ad altre forme di psicoterapia breve, in quanto l'autore ritiene possibile trattare anche forme gravi di psicopatologia, purché la struttura organizzativa dell'Io sia adeguata, in quanto in ogni momento si può modificare il piano terapeutico, se si evidenzia un errore diagnostico, senza danno per il paziente.

Per quanto riguarda l'organizzazione dell'Io sono importanti sia l'attitudine potenziale ad un coinvolgimento affettivo rapido, sia il livello di tolleranza alle frustrazioni, in particolare al disimpegno affettivo e alla perdita dell'oggetto (il terapeuta).

Successivamente all'identificazione del focus la terapia procede con l'analisi delle problematiche nucleari e del transfert negativo, sia con l'esame del vissuto personale del paziente rispetto al termine della terapia. Il fatto che la durata della terapia sia uguale

per tutti i pazienti ha il significato di ricordare al paziente che il tempo è un parametro fisso per tutti e che la morte e le separazioni ( dalla madre, dalle figure significative o dal terapeuta) sono normali per ogni essere umano. Il paziente, accettando il piano terapeutico, innesca una serie di eventi dinamici che si possono dividere in tre fasi:

- Produzione di “magiche aspettative inconse” di nutrimento illimitato nel tempo.
- Disillusione ottimale delle aspettative con contrarietà e presa di coscienza della realtà inevitabile della separazione (possibile transfert negativo da elaborare con l’aiuto dell’alleanza terapeutica stabilita all’inizio).
- Elaborazione dei significati della fine della terapia come ripetizione nel transfert attuale di precedenti separazioni.

E’ evidente il riferimento alla teoria del “trauma della nascita” di Rank e al suo ruolo centrale.

Il controtransfert è, inoltre, valutato da Mann come un conflitto inconscio del terapeuta stesso nei confronti della rigidità della strutturazione temporale della terapia.

## **D.H. Malan (1975)**

D.H.Malan, seguace di Balint, ha lavorato nella Tavistok Clinic di Londra, allo studio dell'applicazione e della validità della psicoterapia dinamica breve all'inizio per pazienti nevrotici acuti, poi allargando gli interventi anche a pazienti con gravi disturbi strutturali dell'Io.

Dagli studi catamnestici molto particolareggiati sulla selezione dei pazienti e sui risultati egli poté mostrare che anche con una psicoterapia breve si possono ottenere risultati duraturi con modificazioni strutturali valide della personalità. Vide inoltre che questi risultati potevano essere ottenuti anche con strutture di personalità gravemente disturbate, in quanto, più che la severità della patologia o la sua cronicità, contano la motivazione del paziente e la focalità del conflitto.

Risultano particolarmente importanti quindi per Malan i criteri di selezione: il paziente deve essere in grado di consentire l'identificazione da parte del terapeuta del suo conflitto interiore, deve avere la capacità di esprimere i propri sentimenti, avere una forte motivazione, interagire proficuamente alle interpretazioni di prova attuate già nella prima seduta.

Per la focalizzazione del problema viene data grande importanza da Malan alla "valutazione diagnostica", che consente anche una stima predittiva sull'andamento della stessa terapia. Questa valutazione serve infatti a testare la capacità del paziente di affrontare e superare le conflittualità sorte nell'adattamento alle situazioni della vita e aiuta a ipotizzare la modalità di espressione del conflitto nell'iter terapeutico.

Malan sottolinea l'importanza delle interpretazioni di transfert, che propone già nella prima seduta come sonda, e che collega con le relazioni correnti extra-transferali e con quelle del passato, utilizzando il classico "triangolo dell'insight" di Menninger.

Secondo le sue ricerche più alto è il numero di relazioni di transfert interpretate dal terapeuta ed elaborate dal paziente, maggiore è la probabilità di riuscita della terapia.

Minore importanza viene attribuita al controtransfert che viene indicato come conseguenza di una errata selezione di quel paziente per questo tipo di terapia. Le terapie durano in media 20 sedute, fino ad un massimo di 30 nelle terapie didattiche.

Nella sua rassegna sulla psicoterapia breve tra il 1936 e il 1970 individua due categorie di autori : i conservatori e i radicali.

Per i conservatori la psicoterapia breve è adatta solo per pazienti dotati di una certa forza dell' Io senza serie difficoltà e con disturbi di recente comparsa. La tecnica prevede interpretazioni limitate alla situazione attuale. Scopo del trattamento: il ripristino del livello di funzionamento precedente al disturbo.

Per i radicali l'applicazione riguarda una gamma più ampia di patologie, anche abbastanza gravi e con disturbi profondi. La tecnica comprende l'insieme di tutte le tecniche psicoterapeutiche. Lo scopo non è limitato al ripristino dello stato precedente, ma anche a cambiamenti caratteriologici e miglioramenti del funzionamento.

Malan ritiene che la posizione radicale includa e non invalidi la posizione conservatrice.

Nell'ultimo periodo (1981) Malan ha collaborato strettamente con Davanloo e le due tecniche si sono molto avvicinate.

## **La psicoterapia breve e d'urgenza di Bellak e Small (1968)**

Bellak e Small si trovarono a lavorare a New York dopo la seconda guerra mondiale, momento storico caratterizzato da un aumento vertiginoso di richieste di terapia ambulatoriale e di urgenza in seguito ai traumi dovuti alla guerra. Sorse quindi la necessità di trovare trattamenti più brevi che consentissero una spesa minore per i pazienti e la possibilità di trattare un maggior numero di persone.

Gli autori teorizzarono una terapia d'urgenza che riguarda la soluzione di una emergenza psicologica, focalizzata sul cambiamento di un comportamento inadeguato che deve essere sostituito da un nuovo apprendimento più adattivo, eliminando così i sintomi nevrotici. A questo scopo strutturarono degli interventi in ambito ambulatoriale della durata massima di 5 sedute.

Nella tecnica dei due autori si ritrovano elementi comuni al comportamentismo ed una grande versatilità.

La procedura consiste in tappe precise; prima l'identificazione di un problema attuale circoscritto che porta ad una prima ipotesi diagnostica da verificare con l'anamnesi; in secondo luogo l'accertamento dei rapporti causali e dopo aver determinato la causa dei sintomi, si procede con interventi verbali e non-verbali anche attivi per eliminare il comportamento sintomatico attraverso l'elaborazione del problema e l'introduzione di nuovi comportamenti più adattivi; infine al termine della terapia, avendo sempre cura di impedire la nevrosi di transfert e mantenere per tutta la durata un transfert positivo con il paziente.

Da questi primi studi si sviluppa poi la "terapia di crisi".

## **La "psicoterapia breve" e "l'intervento di crisi"**

Spesso vengono confuse tra loro ma presentano caratteristiche molto diverse.

L'origine delle attuali tecniche di intervento di crisi risalgono agli studi di Lindemann (1944) sui superstiti dell' incendio di un nightclub di Boston. Solo dopo gli anni 60 l'intervento di crisi venne preso in esame dai terapeuti della psicoterapia breve e gli venne riconosciuta l'efficacia terapeutica.

Negli Stati Uniti i centri di salute mentale federali sono stati obbligati ad organizzare servizi per il trattamento di emergenze e interventi di crisi prima che fosse presa in considerazione la psicoterapia breve, la cui accettazione fu favorita dal successo ottenuto dagli interventi di crisi.

Sifneos (1972) fu il primo a considerare tra i suoi criteri di scelta la presenza di una situazione di crisi emotiva. Tuttavia il più illustre autore che ha fissato il concetto di crisi è stato Caplan (1964) che ha definito la crisi come una situazione di rischio in cui le normali strategie di risoluzione non hanno effetto e in cui la tensione nell'individuo può arrivare a vissuti di angoscia, paura, senso di colpa, vergogna, impotenza, senso di inutilità, o addirittura alla disorganizzazione della personalità. Se il vissuto personale è di non essere in alcun modo in grado di risolvere il problema qualsiasi cosa si faccia, allora si è in presenza di una situazione di crisi.

Principi fondamentali dell'intervento di crisi secondo la tecnica di Bellak e Small: una volta stabilito che l'individuo si trova in una situazione di crisi, dal momento che la sensazione principale è il senso di impotenza, secondo Caplan e gli altri autori, il terapeuta deve agire proprio per eliminare questa sensazione e rimettere il paziente in grado di provare un senso di padronanza nella situazione.

Questo ritrovamento delle proprie capacità può avere molte conseguenze positive che vanno dal riacquistare il precedente livello di funzionamento, ad un aumento

dell'autostima, ad un miglioramento in altre aree della personalità ed alla crescita personale.

Unico criterio di selezione è l'accertare la situazione di crisi, che comunque prevede una buona coscienza del problema da parte del paziente (i sintomi psicotici difendono l'individuo dalla presa di coscienza della situazione).

Alcuni fattori esterni sono segnali utili per la presenza di una situazione di crisi, anche se non è automatico che siano tali per tutte le persone. Tra questi fattori ci sono: guerre, combattimenti, incidenti, terrorismo, lutti, divorzi, pensionamento, ecc. Tuttavia sempre è necessario considerare la particolare vulnerabilità della persona e le sue capacità di resilienza.

Come in tutte le terapie è fondamentale la relazione paziente-terapeuta che in questi casi è facilitata dal sentimento di impotenza del paziente, ma rischia di diventare facilmente una relazione di dipendenza.

Lo scopo dell'intervento di crisi, dopo un primo periodo di regressione del paziente è di riuscire a fargli raggiungere il senso di controllo che aveva perduto. Dopo aver stabilito l'alleanza terapeutica il primo passo è arrivare ad una chiara visione degli elementi che hanno portato alla crisi.

Poiché maggiore è la conoscenza del paziente da parte del terapeuta, maggiore è la possibilità di aiutarlo ad avere una chiara visione del suo problema, il terapeuta deve mantenere un grande equilibrio tra l'esigenza di fornire empatia nel momento attuale e la necessità di conoscere elementi del passato utili per la terapia. A questo scopo deve essere attivo, ma usando la minor quantità possibile di attività, apparire sicuro, ma non direttivo né autoritario.

L'abilità del terapeuta sta nel saper dosare l'intervento e trovare un giusto equilibrio tra interventi sul passato e sulla situazione presente.

E' utile a questo scopo avere sedute abbastanza lunghe da permettere di alternare indagini sul passato e sul presente nell'ambito della stessa seduta, oppure sedute molto ravvicinate, soprattutto all' inizio del trattamento.

Un'altra caratteristica dell' intervento di crisi consiste nell'incoraggiare il paziente a esprimere tutte le sue emozioni. Non è consigliabile invece far emergere affetti rimossi in quanto il carico emotivo del paziente è già abbastanza pesante. Anche l'interpretazione delle difese è sconsigliata, almeno nella fase acuta, in quanto le poche difese rimaste sono senz'altro necessarie e il compito del terapeuta è aumentare, non diminuire le difese del paziente.

Passato il momento più grave sarà poi possibile, se necessario, interpretare le modalità difensive disfunzionali attivando un intervento psicoterapeutico diverso. Molto importante è ristabilire le normali reti di aiuto, facilitando le comunicazioni con parenti e amici, che si erano depauperate a causa della situazione di crisi.

A volte, in particolari circostanze, il terapeuta può trovarsi a dover fornire alcuni servizi concreti di assistenza. La terapia può, in alcuni casi, essere integrata da farmaci per ridurre lo stress o da un periodo di parziale o temporanea ospedalizzazione.

Il numero delle sedute varia in genere da sei a dieci e la terapia termina quando il paziente ha riacquisito un certo equilibrio emotivo. E' tuttavia molto importante avvertire subito il paziente che l' intervento sarà breve, ma che, se necessario, potrà proseguire con altri tipi di terapia e comunque sempre rientrare in caso di necessità. Il sentimento finale dovrebbe comunque essere di soddisfazione verso la terapia svolta.

La differenza fondamentale con la psicoterapia è che nell'intervento di crisi non è necessaria, come nella psicoterapia, una precisa diagnosi, né una selezione molto accurata né una terapia di prova. Per accedere all' intervento di crisi è sufficiente essere in uno stato di crisi e l' intervento è essenzialmente un intervento di sostegno.

L'intervento di crisi prescinde dallo stato socioeconomico, dal livello scolastico, dal livello di funzionalità precedente, dall'intelligenza; è sufficiente che le difese del paziente siano abbastanza flessibili e il paziente percepisca di essere in una situazione critica.

E' necessario inoltre che la richiesta di intervento sia formulata subito dopo l'esordio della crisi. Il focus è fondamentalmente circoscritto alla situazione attuale e il materiale sul passato viene utilizzato solo per facilitare la comprensione e il superamento della crisi stessa.

Contrariamente alla rigidità strutturale delle psicoterapie brevi, l'intervento di crisi è caratterizzato da una notevole flessibilità nel numero degli incontri, nella loro durata, nel coinvolgimento di parenti e amici. Anche la formazione del transfert è diversa nell'intervento di crisi rispetto alla psicoterapia breve. Il sentimento di impotenza del paziente lo porta ad accettare subito l'aiuto e instaurare un transfert regressivo. Il legame con il terapeuta diventa molto forte ed è compito di quest'ultimo controllare la relazione per far diminuire a poco a poco la regressione. E' raro che siano necessarie le interpretazioni del transfert.

Nel caso delle psicoterapie brevi invece le difese del paziente sono molto più strutturate e il terapeuta cercherà di far sviluppare il transfert fino ad un livello ottimale e mantenerlo a quel livello, senza causare una dipendenza che renda poi difficile la risoluzione della terapia.

Tutto il setting della terapia di crisi ha lo scopo proprio di limitare la regressione e l'interpretazione precoce delle manifestazioni transferali è importante proprio per attuare questo controllo.

Non è probabile confondere la necessità di un'intervento di crisi con la possibilità di una terapia breve in quanto la situazione emotiva e cognitiva del paziente è senz'altro diversa.

E' possibile invece che, superata la fase acuta della crisi, il paziente accetti o ritenga utile continuare la terapia sotto altra forma.

## **K. Lewin (1970)**

Anche la tecnica di questo autore si riferisce ai concetti della psicoanalisi e come molti altri metodi di terapia breve si attiene a due regole fondamentali:

- Determinazione di una causa ipotetica semplice della patologia
- Organizzazione attiva del lavoro del terapeuta

Per questo Autore inoltre, oltre alla scelta di un problema centrale su cui agire, vi è la scelta di una ipotesi centrale che spiega sia l' insieme dei disturbi psichici, sia i disturbi principali. La concezione di base particolare dell'origine dei disturbi nevrotici è che questi sarebbero legati a un problema di sensi di colpa e di masochismo.

Nella tecnica di Lewin si ritrovano sia i concetti di attività del terapeuta, che di contratto terapeutico, che di autoaiuto con attività da svolgere a casa.

E' presente in questa terapia la focalizzazione continua del paziente e l'interpretazione precoce del transfert.

Compito del terapeuta è mettere continuamente il paziente di fronte al suo comportamento autopunitivo e fornire un modello di coscienza più normale e meno negativo.

E' importante sottolineare il concetto di pianificazione della cura e di conduzione attiva.

## **P. Sifneos (1972)**

Ha svolto il suo lavoro a Boston presso il Massachusetts Hospital dove per primo negli S.U. ha creato un servizio psicoterapico di urgenza. Come clinico si è interessato alla psicosomatica (campo in cui ha sviluppato il concetto di alexitimia) e alle psicoterapie brevi con risultati positivi anche su pazienti con disturbi nevrotici gravi, in cui è riuscito ad ottenere una modificazione duratura del carattere.

Ha comunque sempre mantenuto anche una attività psicoanalitica classica.

Sifneos distingue due tipi di psicoterapie brevi:

- Psicoterapia ansiolitica o di supporto: fornisce sostegno in un periodo di crisi ad un paziente che soffre di difficoltà emotive di lunga durata. Lo scopo finale è diminuire l'ansia.
- Psicoterapia che provoca l'ansia o dinamica (Short-term anxiety provoking psychotherapy, STAPP), che porta alla risoluzione di un problema mediante la presa di coscienza.

Per la terapia breve, secondo l'autore, sono fondamentali due punti:

- La selezione dei pazienti
- La definizione di una tecnica specializzata

Per la selezione dei pazienti l'autore pone alcune condizioni: una reale "motivazione al cambiamento", una considerevole forza dell'Io, capacità di instaurare un valido rapporto terapeutico, aree problematiche circoscritte e definite in termini edipici, per consentire un ambito più ristretto di intervento.

Dato il rigido sistema di selezione, i pazienti difficilmente presentano dinamiche transferali negative e il controtransfert non arriva a porre problematiche di rilievo.

Sifneos, a questo proposito, ritiene indispensabile per il terapeuta un periodo di training ed una autoanalisi personale per evitare la cristallizzazione dell'analisi intorno ad un eventuale controtransfert

La tecnica della STAPP è molto attiva, con incoraggiamenti ed interventi per mantenere la focalizzazione; viene subito stabilito il contratto terapeutico, viene usato il faccia a faccia, viene comunicato che la terapia sarà di breve durata (da 12 a 18 sedute circa) senza però fissare una data limite per la sua fine.

Le indagini catamnestiche, condotte da Sifneos, mettono in evidenza risultati molto validi e duraturi. La qualità dei risultati risulta fortemente correlata alla forza della motivazione del paziente all'inizio della terapia.

## **E. Gillieron (1985)**

Gillieron ha effettuato con molta cura studi su vari aspetti delle psicoterapie brevi , rilevando la carenza di una teorizzazione chiara ed esauriente.

Il suo lavoro come direttore della Scuola di Psicoterapia Breve di Losanna, una delle più prestigiose scuole europee, è volto ad analizzare lo sviluppo e le variabili che caratterizzano queste tecniche per chiarire i legami tra la teoria e la fenomenologia che risulta dall'applicazione della tecnica presa in esame.

Dai suoi studi risulta che fondamento essenziale e influente sulla terapia stessa è il setting. Egli propone, in un'ottica integrativa, la procedura di indagine psicodinamica breve (IPB), che prevede , attraverso la tecnica dell'anamnesi associativa di Deutsh e l'uso dell'interpretazione fin dal primo incontro, la costruzione di una o più ipotesi psicodinamiche da mettere alla prova nell'arco di quattro incontri.

Gli scopi dell'IPB sono: valutare la natura del cambiamento psichico realizzabile, determinare i mezzi più adatti per attuarlo, stabilire un' alleanza terapeutica e un setting in cui portare avanti poi l'eventuale terapia più adatta al paziente. La terapia può avere poi una durata variabile, da tre mesi ad un anno e il paziente viene messo al corrente, già dal primo incontro della data terminale.

La posizione è faccia a faccia e la cadenza delle sedute è settimanale con durata prefissata.

L'aspetto paradossale del setting, secondo l'autore, sta nel presupporre un aspetto libero della relazione attraverso la richiesta di libere associazioni, mentre definisce implicitamente che ogni atto relazionale verso il terapeuta è, in realtà, riferibile ad altri oggetti.

Una particolare attenzione viene attribuita alla psicosomatica, perno tra soma e psiche interdipendenti, in quanto le psicoterapie brevi sollecitano la connessione tra la funzione psichica e l'insieme spazio-tempo-relazione (setting).

Per l'interpretazione iniziale è importante l'osservazione del paziente (ciò che agisce o dice durante e prima della seduta, la sintomatologia in atto, l'autonomia della richiesta, l'analisi del controtransfert).

Come espone lo stesso Gillieron nell'intervista concessa in occasione del VII congresso di psicoterapia del 2003, la sua attenzione si è centrata dapprima sulle modalità relazionali che si stabiliscono tra paziente e terapeuta e poi sull'interazione setting- relazione in un'ottica di interferenza reciproca, per cui il setting non è imposto, ma concordato da entrambi ed influenza la relazione con tutti i suoi parametri.

L' intervento di IPB si fonda sul rapporto psicodinamico che si stabilisce, fin dall'inizio, tra terapeuta e paziente e fornisce la base diagnostica iniziale sia per la soluzione della crisi (recupero delle antiche difese o cambiamento evolutivo), sia per la formazione di una alleanza di lavoro in vista di una prosecuzione del trattamento con modalità diverse da stabilire secondo la situazione del paziente.

La proposta di Gillieron si avvicina in parte, sia per la tecnica che per la finalità, "all'analisi della domanda" proposta da Carli. Entrambe le proposte si occupano della presa in carico del paziente e, dopo una analisi preliminare, di restituire al paziente l'analisi della sua situazione, ottenendo o la risoluzione della crisi o proponendo la prosecuzione dell'intervento con la terapia più consona alla situazione.

## **H. Strupp (1984)**

Professore di psicologia all'università Vanderbilt (USA) dopo aver svolto ricerche comparative sugli effetti delle psicoterapie brevi, ha di recente sviluppato un metodo psicoterapeutico fondato sulle transazioni paziente-terapeuta.

L'attività del terapeuta è fondata sugli elementi menzionati verbalmente dal paziente che egli organizza in quattro categorie: azioni proprie, ciò che ci si aspetta dalla reazione altrui, azioni degli altri rispetto a sé, azioni proprie introvertite.

L'interrelazione di queste quattro categorie di azioni costituisce lo schema di una narrazione, che viene analizzata dal terapeuta (metacomunicazione). L'attività del terapeuta si concentra quindi sulle transazioni interpersonali attuali e poco sull'inconscio del paziente.

Per la selezione dei pazienti, fin dal primo colloquio si valutano diversi parametri: disagio emotivo, fiducia di base, volontà di ricercare ed esaminare conflitti interpersonali e sentimenti, capacità di instaurare un rapporto valido, motivazione.

Per quanto riguarda la tecnica si applicano le seguenti modalità: faccia a faccia, nessun limite di durata, focalizzazione sulle transazioni interpersonali e la narrazione, atteggiamento empatico e attivo del terapeuta per mantenere un certo livello di tensione che faciliti e acceleri il processo.

## **L. Luborsky (1984)**

Professore di psicologia all'università di Pennsylvania (S.U.) ha svolto studi comparativi sulle psicoterapie e ha sviluppato un metodo per l'analisi dei conflitti fondato sulla problematica relazionale del paziente, che viene ricercata esaminando la sua produzione verbale.

La messa in evidenza di un "tema relazionale conflittuale centrale" è la base di una terapia "supportiva-espressiva" in cui si rielabora il CCRT prima evidenziato.

Luborsky sottolinea la necessità di avere parametri chiari per misurare il cambiamento terapeutico di un paziente in seguito al trattamento. Egli raggruppa i parametri nel seguente modo:

- Cambiamenti che avvengono nel paziente (migliore comprensione dei sintomi, cambiamenti sintomatici, maggiore controllo sui problemi legati al CCRT, modificazioni delle componenti di quest'ultimo, alleanza terapeutica interiorizzazione di una maggiore capacità di padroneggiare il problema.)
- Come avviene il cambiamento dal punto di vista del paziente (impegno attivo nella comprensione del problema ed elaborazione con il terapeuta anche di problemi passati pertinenti, capacità di stabilire una alleanza terapeutica, interiorizzazione di quanto acquisito nella terapia ed elaborazione del significato della fine della stessa.)
- Quali mezzi usa il terapeuta (facilita l'espressione e la comprensione, spinge verso la rielaborazione, aiuta la formazione di una alleanza terapeutica, sostiene l'integrazione delle acquisizioni). La terapia "supportiva-espressiva" comporta un limite temporale fissato in almeno 25 sedute con una focalizzazione molto marcata. E' prevista anche una forma "atemporale" della stessa terapia.

## **H.Davanloo (1978-80)**

Habib Davanloo, dalla McGill University di Montreal, recentemente (1978-1980) ha perfezionato una tecnica di terapia breve molto simile a quella di Malan, con criteri di selezione più ampliati, adatta ad una applicazione ambulatoriale per pazienti con problematiche mulifocali.

La ISTDP (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy) è nata per superare i limiti delle psicoterapie brevi basate sull'interpretazione che risultano poco efficaci soprattutto con pazienti molto resistenti, dotati di forti difese egosintotiche. con problemi edipici e pre-edipici, fobico-ossessivi, riguardanti la perdita e il lutto, e con più focus. Secondo l'autore circa il 35% della popolazione psichiatrica ambulatoriale può trarre vantaggio da questa tecnica. L'ISTDP prevede un numero di sedute che va da 5 a 40, con una media di 15-25 secondo la gravità della patologia.

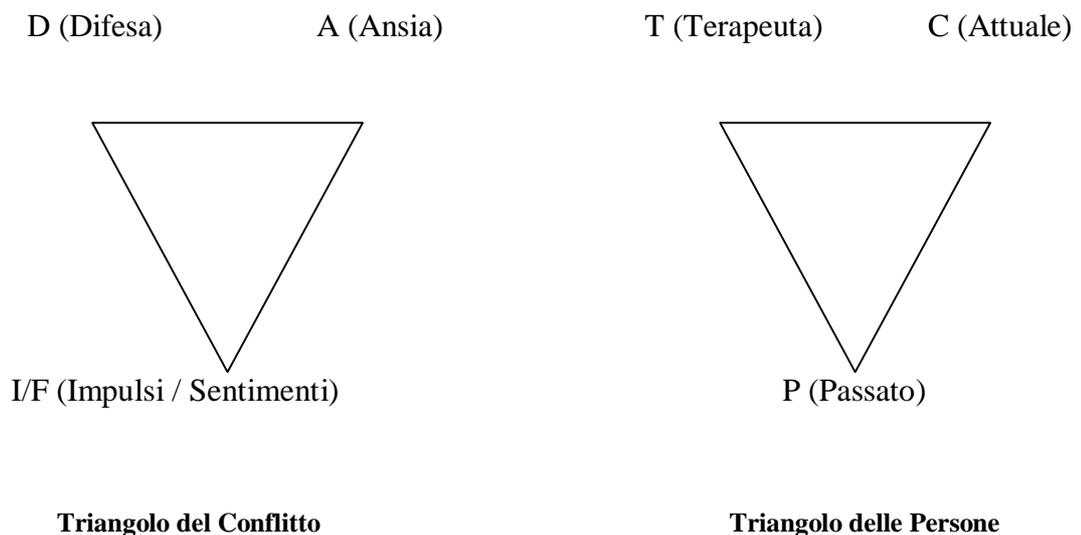
Per capire la teoria e la tecnica dell'ISTDP seguiamo l'articolo di Palvarini pubblicato su *Terapia e Scienze Umane*, 2005, XXXIX,3: 311-334.

Il modello di teoria della tecnica cui fa riferimento Davanloo è rappresentato dai due triangoli di Malan: il "triangolo del conflitto" (o del sé) e il "triangolo delle persone".

Nel primo triangolo ai vertici superiori troviamo le Difese e l'Ansia, e al vertice inferiore gli Impulsi ed i sentimenti inconsci (I/F, feelings).

Nel secondo triangolo troviamo nei vertici in alto la relazione col terapeuta (T, anche per Transfert), le Relazioni Attuali (C, current) e a quello inferiore le relazioni con le figure dell'attaccamento primario del Passato (P).

Compito di tutte le terapie dinamiche è aiutare il paziente a riconoscere le proprie difese (D), messe in atto per difendersi dalla consapevolezza delle proprie pulsioni (I/F), che sono fonte di ansia (A).



La triade del primo triangolo va poi considerata nel contesto di ogni vertice del secondo triangolo, nelle relazioni attuali, nella relazione con il terapeuta, nelle relazioni passate. Delle massicce difese o un livello di ansia troppo elevato possono bloccare l'emergere dei conflitti inconsci. Nell' ISTDP il terapeuta concentra i propri interventi proprio contro le difese invalidanti del paziente.

Per quanto riguarda la selezione dei pazienti Davanloo stabilisce un continuum su cui colloca cinque gruppi di pazienti con gravità dei sintomi in aumento da sinistra a destra.

A sinistra si situano i pazienti con: elevata risposta al trattamento, problemi circoscritti, focus singolo, poca resistenza, assenza di rabbia omicida inconscia.

A destra coloro che presentano: elevata resistenza, molti sintomi e disturbi di carattere, presenza di un Super-Io punitivo e forti tratti masochistici, presenza di rabbia

omicida inconscia in relazione alle figure precoci di attaccamento, associata a colpa e dolore.

L'ISTDP è considerata adatta a pazienti con disturbi depressivi, somatizzazioni, attacchi di panico, gravi disturbi fobici, disturbi ossessivi e nevrosi del carattere. Secondo l'autore tutti i pazienti, tranne quelli situati all'estrema sinistra del continuum, hanno, a livello inconscio, una rabbia omicida verso le figure primarie, sentimento accompagnato da senso di colpa e dolore, che attivano le difese disfunzionali.

Questa attivazione di forze dinamiche è stato denominato da Davanloo "perpetratore dell'inconscio" ed ha origine nelle esperienze di abbandono da parte delle figure primarie. Tanto più precoce e ripetuto è il trauma, tanto più primitiva sarà la rabbia omicida che si è sviluppata nel paziente e che ha strutturato, attraverso un Super-Io esigente e punitivo, pesanti tratti masochistici che bloccano le potenzialità e portano alla sofferenza.

Per vincere le resistenze del Super-Io Davanloo ha proposto il concetto di "alleanza terapeutica inconscia", cioè una forza positiva, attivata dalla relazione con il terapeuta, che, attraverso il confronto continuo e diretto all'interno del transfert con le difese, porta al loro indebolimento a favore dell'alleanza stessa. Questa sfida inizia già nella prima seduta di prova spingendo il paziente a mettersi in contatto con i propri sentimenti (unlocking dell'inconscio) e arrivare ad accedere alla visione dei conflitti responsabili dei disturbi di carattere e dei sintomi del paziente.

Nel quarto Simposio Europeo di Psicoterapia Intensiva Dinamica Breve tenutosi a Firenze il 26 e 27 settembre 1997 e condotto dallo stesso Davanloo, una intera giornata è stata dedicata all'analisi della tecnica della "terapia di prova", un colloquio di valutazione iniziale della durata di 2-4 ore che si svolge secondo una sequenza di 8 fasi definita "Sequenza Dinamica Centrale".

1. *Inchiesta*: esplorazione delle difficoltà del paziente, valutazione della capacità di risposta iniziale, identificazione e chiarificazione delle difese.
2. *Pressione sull'esperienza emotiva*: gli interventi del terapeuta sulla esperienza emotiva fanno emergere la resistenza come una serie di difese.
3. *Chiarificazione e messa in discussione delle difese*: la chiarificazione al paziente delle sue difese e la messa in discussione delle stesse, per mettere il paziente di fronte e contro la propria resistenza. E' fondamentale che il paziente capisca che la confrontazione è rivolta contro le difese invalidanti e non contro la sua persona (alleanza inconscia). Seguirà "1'head on collision", cioè lo scontro con la resistenza caratteriale nel transfert, in particolare la resistenza al contatto emotivo e la resistenza superegoica.
4. *Interventi sulla resistenza nel transfert*: chiarificazione e sfida delle resistenze all'interno del transfert.
5. *Crisi intrapsichica*: esperienza diretta in seduta dei sentimenti transferali profondo. Questa fase si divide in tre momenti: unlocking, attivazione dell'alleanza terapeutica, prima apertura dell'inconscio.
6. *Analisi sistematica del transfert* per il superamento delle resistenze residue e il crollo del meccanismo di rimozione dei conflitti interiori sia attuali che del passato.
7. *Ulteriore indagine* rivolta al periodo dell'infanzia.
8. *Fase di accesso diretto all'inconscio* e visione diretta della struttura nevrotica centrale multifocale.

Palvarini (2005) sottolinea che, secondo la teoria di Davanloo, l'emergere dei sentimenti transferali viene ad interessare prima il corpo e successivamente la mente e che questo autore è stato il primo a sviluppare tecniche che favoriscono l'esperienza viscerale delle emozioni. Poiché la tecnica prevede il ripresentarsi della resistenza più volte durante la terapia e ogni volta il ritorno al punto 3 della sequenza dinamica

centrale (la sfida alla resistenza), si viene ad avere un modello a spirale, più che un modello lineare come è invece previsto dalle altre terapie brevi. Di grande interesse nella ricerca di Davanloo è aver individuato tre differenti modalità di scarica inconscia dell'ansia in relazione al grado di solidità dell'Io:

- *la via somatica* della muscolatura striata, tipica dei pazienti senza deficit dell'Io, che possono tollerare bene l'esposizione all'ansia.
- *la via viscerale* della muscolatura liscia degli organi interni per pazienti senza deficit dell'Io ma con bassa tolleranza all'ansia.
- *la via cognitivo-percettiva*, con esperienze di confusione, disorientamento, fino a veri disturbi del pensiero in caso di fragilità dell'Io.

Questo schema, applicato alle modalità di difesa del paziente darà indicazioni sull'atteggiamento da assumere verso le difese del paziente e sull'indirizzo da imprimere al processo terapeutico.

Molto importanti anche alcuni meccanismi da lui rilevati e definiti "difese tattiche", che si attivano al bisogno nella relazione col terapeuta allo scopo inconsapevole di allontanare il paziente dai propri sentimenti e tenerne lontano anche il terapeuta.

Tra questi meccanismi Davanloo ha rilevato la razionalizzazione, la rimuginazione, l'intellettualizzazione, la generalizzazione, la ritrattazione, la vaghezza, l'evasività e, tra i comportamenti non verbali, l'evitare lo sguardo e il sorriso.

La prassi terapeutica prevede una terapia di prova che può avere anche una durata superiore alle tre ore, un setting vis a vis, con il terapeuta in camice bianco alla presenza di una telecamera fissa, un contratto terapeutico concordato con il paziente, l'esplicitazione che ogni responsabilità per un esito non positivo del trattamento è da ascrivere al paziente stesso, incapace di abbandonare il suo sistema difensivo.

E' possibile variare il numero o la frequenza e la durata delle sedute per problemi di salute o di deficit di forza del paziente.

#### **D. Fosha (1992)**

L'autrice presenta alcune critiche alla teoria e alla tecnica di Davanloo, centrate soprattutto sui limiti della sua applicabilità in quanto solo una piccola parte dei pazienti presenta una patologia psiconevrotica totalmente in relazione a finalità autodistruttive ed autolimitanti di origine superegoica.

Inoltre solo una parte dei terapeuti riuscirebbe a far propria questa tecnica altamente confrontativa e in qualche modo combattiva.

Fosha ha cercato di ampliare il ventaglio della patologia interessata, conservando la parte esperienziale della terapia, ma adottando una modalità relazionale fondata sull'empatia.

La tecnica dell'AEDP è volta a ridurre le difese del paziente consentendogli di sentirsi sicuro nella relazione con un terapeuta empatico ed emotivamente coinvolto.

Secondo questa autrice l'origine della psicopatologia è determinata, per la maggior parte dalle esperienze di solitudine del bambino (a causa dell'incapacità delle figure di attaccamento di aiutarlo ad elaborare le proprie emozioni), che lo portano a sviluppare misure difensive contro queste esperienze emozionali sopraffacenti.

Queste misure difensive servono a garantire la sopravvivenza del Sé e a conservare il legame con la figura di attaccamento, ma deviano il percorso normale di sviluppo dell'individuo, causano un impoverimento e inaridimento della sua personalità e favoriscono l'insorgere di sintomi.

Per Fosha la psicopatologia del paziente è il migliore risultato di adattamento che l'individuo è riuscito ad ottenere nel suo ambiente, ritiene tuttavia che al di sotto della patologia permanga sempre viva la potenzialità di essere sano, che può essere riattivata da condizioni ambientali favorevoli.

Compito del terapeuta è proprio fornire le condizioni favorevoli e facilitare questa attivazione della parte sana e positiva per la crescita ed il benessere emozionale.

L'esperienza viscerale degli affetti profondi, improntata alla vicinanza, alla condivisione e all'empatia, porta a cambiamenti di vasta portata di solito repentini e non lineari, individuati in tre stati con due passaggi di stato da uno all'altro:

- stato dominato dalle difese senza alcun cambiamento
- aggiramento delle difese con l'esperienza viscerale dell'affetto profondo per accedere a materiale inconscio, prima trasformazione per raggiungere il secondo stato.
- L'esperienza piena dell'affetto profondo attiva il terzo stato, lo stato profondo (core state). Il passaggio dall'affetto profondo allo stato profondo è la seconda trasformazione di stato.

“Per stato profondo si intende uno stato alterato, di particolare apertura e scambio, nel quale l'individuo entra in contatto con aspetti essenziali della sua propria esperienza” (Fosha 2002, p.3).

L'autrice ha sottolineato, insieme a Osimo, l'importanza dell'emisfero destro, dominante nell'elaborazione delle emozioni e dominante in tutte le funzioni nei primi tre anni di vita.

Gli autori individuano una relazione tra maturazione neurobiologica e relazione madre-bambino e dicono: “tutta la struttura psichica individuale viene a dipendere dalle vicissitudini della regolazione emotiva all'interno della diade: queste esperienze diadiche uniche danno forma nientemeno che alle connessioni del cervello”.

Per la regolazione dell'affetto all'interno della diade, è necessario un contatto tra l'emisfero destro della madre e quello del bambino. L'intervento riparativo della terapia può realizzarsi solo attraverso modalità che permettano un contatto e una sintonizzazione tra i due emisferi destri del terapeuta e del paziente con il linguaggio delle emozioni, che è l'unico compreso da questo emisfero. Di fatto l'esperienza

corporea delle emozioni deve, all'interno della terapia, precedere la comprensione verbale/intellettuale.

Anche la teoria dell'attaccamento è sottintesa in questo modello: dove non vi è un attaccamento sicuro a causa di una relazione carente madre-bambino, si sviluppano delle difese. Il fornire nella terapia un contesto in cui il paziente può sentirsi sicuro, attenua il bisogno di scatenare le difese e favorisce quindi l'esplorazione degli affetti profondi con un'ansia tollerabile.

E' fondamentale in questo modello l'esperienza viscerale delle emozioni profonde (quelle categoriali come la paura, la rabbia, la tristezza, la gioia, il disgusto, espresse da movimenti mimici universali e con un pattern specifico di attivazione fisiologica), per poter accedere al materiale inconscio e favorire l'emergere dei sentimenti, fantasie e pensieri che chiariscono i nuclei patologici del paziente.

Inoltre questo tipo di esperienza attiva nel paziente nuove capacità di adattamento definite dall'autrice "tendenze adattive all'azione", che portano nuove risorse e nuova energia.

Grande importanza, in questa terapia, assumono i sentimenti positivi che insorgono. Questi sentimenti vengono favoriti per rafforzare il controllo sulle emozioni e trasformarlo in una "conquista". Anche i sentimenti positivi verso il terapeuta, che rafforzano l'alleanza terapeutica, sono utili a stabilire un senso di benessere con l'Altro.

Fosha rileva inoltre come questi sentimenti sorgano anche dopo un lavoro esperienziale su emozioni profonde dolorose e che costituiscono dei markers che indicano la presenza di trasformazioni in atto verso la guarigione.

Il modello AEDP propone una serie di tecniche che mirano a favorire l'instaurarsi di una relazione calda accogliente e empatica, che sono elencate di seguito:

1. Lavoro con le difese. L'atteggiamento del terapeuta non è giudicante né aggressivo verso le difese del paziente che vengono considerate la migliore soluzione possibile

costruita dal paziente nella sua situazione, ma si limita ad individuarle e prenderle in esame sottolineando gli aspetti positivi.

2. Manifestazione di empatia da parte del terapeuta. L'empatia, in questa terapia, è la capacità di comprendere i sentimenti dell'altro anche a livello esperienziale e di risuonare con essi. Per questo motivo è molto importante che il terapeuta sia in grado di accedere ai propri sentimenti e sia assolutamente genuino nelle sue manifestazioni. Ciononostante il terapeuta risulterà empatico solo se verrà esperito tale dal paziente. Non esiste per questo una tecnica particolare.
3. Autorivelazioni del terapeuta. (self-revelations disclosure). Espressione diretta dei sentimenti che il terapeuta sente dentro di sé in relazione a quanto il paziente porta in terapia. Questo consente al paziente di esperire il coinvolgimento del terapeuta.
4. Monitoraggio reciproco. Attraverso l'osservazione dei messaggi non verbali, oltre a quelli verbali, si aumenta in entrambi la consapevolezza dello stato affettivo proprio e dell'altro, diminuendo la distanza nella relazione diadica e aumentando la sintonia.
5. Confronto tra punti di vista. Allo scopo di dissipare giudizi erronei nei confronti del terapeuta a causa del transfert le percezioni reciproche sono continuamente confrontate in modo da avere una percezione dell'altro il più possibile realistica.

Palvarini, nel suo articolo già citato e fin qui seguito, opera un confronto tra queste due tecniche sottolineando, prima delle differenze, le caratteristiche comuni elencate di seguito:

- entrambi i modelli sono orientati psicodinamicamente,
- considerano basilare, durante la terapia, l'analisi del "triangolo del conflitto" e del "triangolo delle persone"
- Entrambi sono approcci brevi multifocali. L'abbreviazione della cura avviene attraverso una accelerazione del processo allo scopo di arrivare ad una trasformazione profonda nell'individuo.

- E' centrale l'approccio esperienziale, portare il paziente a vivere pienamente, in modo viscerale, le proprie emozioni nella seduta, realizzando prima l'esperienza corporea e poi l'elaborazione cognitiva.
- Entrambe si riferiscono, anche se con modalità diverse, all'esperienza emozionale correttiva di Alexander nel qui e ora della seduta e la ritengono fondamentale.
- Richiedono entrambe una modalità di intervento molto attiva da parte del terapeuta fin dall'inizio per neutralizzare-aggirare le difese ed arrivare al contenuto profondo.
- Entrambe utilizzano la videoregistrazione sia per la supervisione che per la restituzione al paziente e per la ricerca.

Le differenze maggiori tra i due modelli vengono rilevate da Palvarini nel confronto della metapsicologia. Davanloo fa risalire la patologia al conflitto tra le pulsioni sadiche e il Super-Io punitivo e, a prima vista, sembra faccia riferimento ad un conflitto intrapsichico. In realtà parla di "formazione sadica reattiva", che sarebbe la conseguenza di esperienze traumatiche all'interno della relazione di attaccamento.

Tuttavia egli considera la patologia come un nucleo malato da estirpare ad opera del terapeuta/chirurgo con l'alleanza della parte più sana del paziente. Non a caso il terapeuta indossa il camice bianco, che richiama inconsciamente le caratteristiche dell'intervento medico. Per arrivare al benessere il paziente deve attraversare la piena esperienza viscerale della rabbia omicida inconscia e, più è forte l'esperienza, più efficace sarà il trattamento. L'intera terapia dell'ISTDP è basata fondamentalmente sul sadismo e sulla situazione che si crea nel conflitto tra la pulsione sadica e il Super-Io punitivo.

Nel modello della Fosha invece, le radici della patologia sono da ricercare all'interno della relazione diadica, in esperienze di fallimento della relazione per incapacità delle figure di attaccamento di sintonizzarsi sui bisogni emotivi del bambino, che è quindi

costretto ad affrontare in solitudine, senza un adeguato supporto, esperienze emotive dolorose di intensità intollerabile.

Scopo della terapia è aggirare le difese che si sono create attraverso interventi empatici che permettono al paziente di esprimere i propri sentimenti intollerabili in un ambiente emotivamente più supportivo. In questo modello l'origine della patologia è quindi extrapsichica in un conflitto diadico che viene poi interiorizzato producendo la patologia. Il sadismo viene quindi visto come una difesa e non come una pulsione, sotto la quale vi sono sentimenti di perdita, solitudine, deprivazione, abuso, dolore.

E' proprio questo dolore relativo ad esperienze traumatizzanti che deve essere esperito e superato attraverso il lavoro della terapia. Rispetto ad alcuni pazienti che non sono in grado di esprimere alcuna aggressività o sentimento negativo, Davanloo ipotizza una organizzazione sadica estremamente primitiva, con un Super-Io così severo da bloccare l'Io troppo fragile, Fosha ritiene invece questi pazienti estremamente dipendenti dagli altri significativi per la coesione del proprio sé e la propria autostima, e impossibilitati ad esprimere sentimenti negativi verso di loro per il rischio di perdere le figure di attaccamento.

Per queste persone il rafforzamento dell'io passa attraverso l'esperienza emozionale correttiva del transfert e questo lavoro aumenta l'integrità del Sé e la tolleranza verso l'esperienza di impulsi aggressivi.

Se per Davanloo le difese sono da considerare un nemico contro cui combattere, per Fosha le difese sono la migliore soluzione adattiva sviluppata dal paziente per la sua protezione e saranno ridimensionate o abbandonate quando il paziente le riterrà non più necessarie.

Il terapeuta risulta alleato con il paziente per la Fosha, alleato con la parte positiva del paziente contro le proprie difese per Davanloo. Il terapeuta mantiene il massimo

rispetto per il paziente, che è visto come una vittima delle sue difese, ma non ha nessuna remora nei confronti delle sue difese.

Per quanto riguarda la tecnica l'ISTDP usa una modalità confrontativa con una strenua battaglia contro le difese, il terapeuta si dichiara alleato con l'Io del paziente ed usa un linguaggio "forte" in quanto per indebolire il Super-Io punitivo è necessario utilizzare le sue stesse armi.

Nell'AEDP si utilizzano tecniche relazionali, esprimendo una piena accettazione di ogni parte del paziente e instaurando un clima empatico, affettivamente caldo ed accogliente, con condivisione di esperienze emotive al fine di creare una situazione sicura che permetta di cortocircuitare le difese ed arrivare al contenuto profondo.

## **F. Osimo (1991)**

Esaminando le proposte di modelli di terapia dinamica più recenti, come l'ISTDP di Davanloo sulla discussione delle difese, la START di McCullough per la regolazione dell'ansia e l'AEDP di Fosha sulla regolazione diadica delle emozioni profonde, Osimo sottolinea nella sua proposta le basi comuni e riprende in considerazione il concetto di Malan della scienza psicodinamica.

Egli osserva infatti che ognuna di queste terapie si occupa in modo privilegiato di uno dei vertici dinamici del triangolo dei conflitti, e propone un modello integrativo e radicalmente funzionale alla specifica situazione bipersonale della psicoterapia. La PBDE pone attenzione ad entrambi i triangoli, quello dei conflitti e quello delle persone, rilevando, di momento in momento, da quale vertice arriva la comunicazione del paziente sia verbale che non-verbale a adottando quindi l'attività più adatta al momento.

In questo modo l'attività del terapeuta non è prefissata, ma viene regolata sulle necessità del paziente, usando le tecniche più idonee. In questo modo il modello PBDE riporta tutti gli altri approcci dinamico-esperienziali all'interno della teoria psicodinamica del conflitto.

Di seguito si prendono in considerazione alcune caratteristiche di base della PBDE:

- Regolazione costante del sistema dinamico in evoluzione costituito dalla diade terapeuta- paziente. Si prende in considerazione dall'esame del verbale e del non-verbale, momento per momento, la funzione dinamica prevalente, che serve al terapeuta come indicatore per il procedere della terapia. Si ha quindi un continuo feedback e l'adattamento alla situazione dell' "attività dinamica", che comprende una gamma infinita di interventi diversi, tra cui le più comuni sono la regolazione dell'ansia, la ristrutturazione delle difese, la maieutica delle emozioni.

- Riconoscimento e valorizzazione degli effetti prodotti dalla relazione interpersonale reale (“corrente interpersonale”), considerata un vero strumento terapeutico, anche se non codificabile. Questi effetti vanno distinti da quelli che si ottengono dalla somministrazione di tecniche specifiche e manualizzabili.
- Importanza dell’aspetto esperienziale. E’ fondamentale l’esperienza piena e viscerale delle emozioni profonde nel “qui e ora” della seduta e si usano domande specifiche e particolareggiate per ricreare la situazione emotiva degli episodi conflittuali specifici, per esplorare i termini del conflitto nei minimi dettagli.

L’autore indica come fattori fondanti del suo modello la “Funzione di Specchio” e “l’Attività Dinamica” di cui di seguito si esaminano le caratteristiche:

La funzione di specchio consiste nella restituzione immediata al paziente della sua comunicazione verbale e non verbale in una esplicitazione di quanto il terapeuta riesce a cogliere, allo scopo di approfondire l’esperienza affettiva del paziente.

Per quanto riguarda le attività dinamiche si fa riferimento a tre modalità principali di intervento, ciascuna rivolta ad un vertice del triangolo del conflitto: abbiamo quindi AD, cioè la ristrutturazione delle difese, AA, regolazione dell’ansia, e AX, maieutica delle emozioni. Il triangolo delle attività del terapeuta si sovrappone, vertice su vertice al triangolo del conflitto del paziente.

Vediamo ora in particolare ognuna delle tre tecniche.

-Ristrutturazione delle difese. Consiste nell’ “aiutare il paziente ad identificare (per poi rinunciarci) le difese meno vantaggiose e più deleterie per la sua vita di relazione” (Osimo, 2001a, p.82). Questo prevede la capacità, da parte del terapeuta, di identificare le difese di carattere e le difese tattiche e di rispecchiarle al paziente tanto più quanto le

difese sono egosintoniche. Poichè è stato rilevato che non è sufficiente il riconoscimento semplice da parte del paziente delle proprie difese Osimo indica due possibili vie per il loro abbandono: la sfida delle difese, secondo il metodo di Davanloo, oppure la loro validazione-accettazione e la presa di coscienza della loro inattualità, secondo i metodi di Fosha. Si può quindi usare una tecnica molto confrontativa, oppure un approccio empatico e, secondo Osimo, entrambi sono efficaci, subordinatamente allo stile del terapeuta e al tipo di specifica relazione terapeuta-paziente che si è venuta a creare.

- Regolazione dell'ansia. Nell'angolo dell'ansia l'autore considera la presenza di altre emozioni, che definisce affetti inibitori, come la vergogna, il senso di colpa, il dolore emotivo, che vengono attivati soprattutto se si usa il metodo confrontativo per la ristrutturazione delle difese. Se gli affetti inibitori raggiungono livelli troppo elevati, si ha un effetto paralizzante e coprente, che impedisce l'esame del contenuto inconscio e può riproporre e riattivare l'esperienza traumatica. Per tenere sotto controllo il livello dell'ansia, essendo essa sempre correlata a manifestazioni somatiche, si può invitare il paziente a prendere in esame proprio le sue sensazioni corporee e, con il supporto empatico del terapeuta, aumentare la padronanza del paziente sull'ansia stessa.
- Maieutica delle emozioni. Dal significato di "Maia", parto, questa attività si occupa dell'operazione di espressione delle emozioni in modo pieno e profondo. Non sono delle vere e proprie tecniche in quanto si basano sull'empatia e sul coinvolgimento emotivo del terapeuta espresso al paziente. L'espressione dei sentimenti è diversa dalla loro esperienza, ma, pur essendo un momento doloroso e insieme gioioso, come il parto, dopo l'espressione si arriva ad uno stato di maggiore sollievo, rilassamento ed energia. In questi momenti gli interventi del terapeuta sono più empatici che verbali. E' possibile quindi capire quale

immagine o pensiero è stato alla base dell'emozione e risalire al conflitto psicodinamico sottostante.

La strategia sottostante il modello della PBDE è che, qualunque tecnica sia usata, confrontazione, empatia, regolazione maieutica, si deve arrivare al vertice X, cioè all'esame dei sentimenti conflittuali inconsci.

Vi è quindi una ampia possibilità di scelta sui metodi, ma la finalità è sempre la stessa: raggiungere e attivare all'interno della relazione terapeutica, i sentimenti conflittuali inconsci.

## **Un trattamento breve in ambito psicologico-clinico: l'Analisi della Domanda**

Alla fine degli anni 80 si sviluppa all'università La Sapienza di Roma, ad opera di alcuni docenti e ricercatori della stessa università una interessante proposta di lettura dell'intervento clinico della psicoterapia.

**Renzo Carli, Rosa Maria Paniccia, Massimo Grasso** ed altri autori hanno sviluppato un nuovo punto di vista sull'intervento clinico. Alla base di queste considerazioni ci sono alcune importanti riflessioni sui concetti di inconscio, di contesto, di emozione sociale.

Già nell'opera di Freud l'inconscio ha una valenza duplice: come parte esperienziale ed emotiva rimossa perché intollerabile e, quindi, causa di conflitto patogeno, e come parte della mente che utilizza schemi e significati diversi dalla logica conscia.

Il primo aspetto ha trovato attuazione proprio nella psicoanalisi e, di seguito, nelle psicoterapie in genere, che hanno portato avanti, in modo spesso acritico, il modello medico. In questo modello è stabilita la presenza di un paziente, portatore di una patologia che viene presentata nella domanda di intervento, e di un terapeuta, che ha la competenza di "curare" la patologia presentata.

Non è prevista alcuna riflessione sulla domanda stessa, ma solo la capacità di stabilire una diagnosi precisa e di seguito una cura adatta. Il tutto inoltre non prevede, nella maggior parte dei casi, alcuna necessità di contestualizzare il problema portato dal "paziente". La relazione che si stabilisce si basa quindi sull'accettazione della domanda portata e sull'azione che ne deriva conseguentemente.

Tuttavia, partendo dal concetto del secondo aspetto dell'inconscio, come di un modo di essere della mente, contemporaneo e necessariamente coesistente, (inseparabile come l'Hardware e il software di un computer, che si influenzano a vicenda), si arriva al concetto di "Doppia referenza" proposto da Fornari (1975).

Ognuno dei due modi di essere della mente, quello inconscio e quello conscio, interpreta e simbolizza a modo suo la realtà sociale in cui l'individuo vive.

Le categorizzazioni affettive ( per Matte Blanco (1975) le emozioni) rappresentano l'espressione del modo di essere inconscio della mente nel rapporto con il contesto ambientale. E' infatti nel contesto sociale che possiamo conoscere l'inconscio in quanto il contesto stesso costruisce, nella cultura specifica, l'orientamento delle simbolizzazioni affettive degli individui che vi appartengono, durante la loro crescita.

Ogni categoria porta quindi con sé un doppio significato, quello logico elaborato della parte conscia e quello emotivo che è prodotto dalla parte inconscia.

In realtà non è corretto stabilire una separazione tra le due parti in quanto, costituendo un unico insieme, sono attive e dinamicamente interagenti in ogni momento ed in ogni situazione.

Il problema è saper elaborare concetti, proposte, tecniche che consentano di motivare il pensiero logico a riflettere su se stesso e trasformare le proprie emozioni in pensiero. Partendo dal concetto che non esiste individuo senza contesto, Carli (2003) propone di definire *collusione* l'insieme delle simbolizzazioni affettive evocate dal contesto nei diversi partecipanti alla relazione sociale.

La collusione è quindi la manifestazione sociale del modo di essere inconscio della mente. Questa manifestazione ha luogo nella "cultura" e nell' "agito sociale" che da essa è atteso. La collusione è in grado di evocare e di mantenere consenso e coesione sociale sulla base delle simbolizzazioni affettive comuni, reciproche o complementari del contesto, risultando quindi molto "economica" e comportando un coinvolgimento implicante e profondo.

L'inconscio quindi non è più considerato solo come il serbatoio delle pulsioni, dei desideri e dei conflitti rimossi, ma anche la parte della psiche che , attraverso i principi di generalizzazione e di simmetria (Matte Blanco, 1981), consente di comprendere

fenomenologie sociali, organizzative e istituzionali che coinvolgono sia singoli individui che gruppi sociali.

A differenza della psicoterapia e della psicoanalisi, che conservano “l’agito istituzionale” del modello medico, Carli (1995) definisce la Psicologia Clinica, almeno in una sua parte fondamentale, come fondata sull’analisi della dinamica istituzionale “agita” dall’utente che pone la domanda di intervento allo psicologo. Ciò che interessa allo psicologo, in quest’ottica è la dinamica sociale che l’utenza istituisce con lui nel momento della richiesta di intervento. Grasso (1993), insieme ad altri ha approfondito l’esame della richiesta considerando le motivazioni, il contesto e gli stili della domanda.

Per quanto riguarda le motivazioni, è opinione di Grasso che la domanda scaturisca da una crisi di decisionalità e si basi essenzialmente sul meccanismo della delega. La crisi di decisionalità viene avvertita come uno iato tra la propria capacità decisionale e lo scopo verso il quale l’azione stessa è orientata. Il soggetto sociale, individuo o istituzione, può rivolgere la domanda-delega ad uno psicologo clinico per recuperare la capacità decisionale perduta o in crisi. Più precisamente Grasso rileva tre possibili strategie di recupero:

- ricercare all’interno dell’azione il recupero delle possibilità di successo (non ricorso ad agenzie esterne)
- ricercare nella modifica delle condizioni ambientali il recupero dell’efficacia dell’azione, (spesso con delega ad un esperto); l’errore non è nell’azione, ma viene posto all’esterno, nell’ambiente, nell’altro da sé.
- ricercare nella revisione del modello di azione il recupero della sua stessa efficacia, (anche qui con delega ad un esperto che, come tale, mutui tattiche di comportamento più idonee allo scopo).

Nella terza ipotesi è possibile l’intervento dello psicologo clinico, in quanto è possibile una assunzione di responsabilità da parte del cliente nei confronti del

cambiamento da attuare, e da parte dello psicologo vi è la valorizzazione della prospettiva di offrire risorse metodologiche per supportare l'analisi e la revisione del modello in esame.

Per quanto riguarda il contesto bisogna tenere conto dei numerosi parametri che intervengono nella presa di contatto con il cliente (modalità tecniche, mandante, committente, tempo, luogo, tipo di delega e altro).

Il contributo della psicologia clinica è, fondamentalmente, l'analisi dell'agito collusivo che si esprime nella richiesta di intervento allo scopo di ampliare la funzione di categorizzazione della realtà del cliente. Grasso ha individuato, analizzando la dinamica della richiesta in un campo relazionale duale e dal punto di vista della delega, alcuni stili di domanda, espressione di particolari qualità di funzionamento psichico definito "fantasia relazionale prevalente".

L'esposizione di questi stili, i principali meccanismi difensivi implicati e la fenomenologia delle domande sono riassunti nella seguente tabella: (riportata da Grasso-De Coro, 1993)

**Tab. n. Stili, Difese e Fenomenologia della domanda**

	<b>Stili di domanda</b>	
<i>Tipi di domanda</i>	<i>Meccanismi relazionali implicati</i>	<i>Fenomenologia della domanda</i>
Domanda di trasformazione	Scissione/proiezione	-Assenza di richiesta -Trasformazione di un'altra persona -Trasformazione della propria testa -Trasformazione del proprio corpo
Domanda di mutamento preordinato	Scissione/diniego/identificazione proiettiva	-mutamento di altri -mutamento di sé precostituito
Domanda di cambiamento	Scissione/identificazione	-cambiamento di sé delegato -cambiamento di sé assunto

Grasso sottolinea come, quanto più il paziente è in grado di riferire a sé stesso il problema, tanto più il terapeuta riuscirà ad ampliare e restituire le capacità decisionali bloccate dalla presa di distanza dal problema e dallo scarico dello stesso sull'ambiente o sull'altro da sé.

La domanda comporta sempre un agito psicosomatico (basato sulla scissione) e la delega è un agito che richiede immediatamente un altro agito come risposta (modello medico).

L'intervento di analisi della domanda inizia con il "livello minimo di collusione" che consente l'instaurarsi della relazione con il cliente secondo le sue modalità relazionali prevalenti e prosegue con la sospensione dell'agito per la presa in esame del significato della domanda stessa.

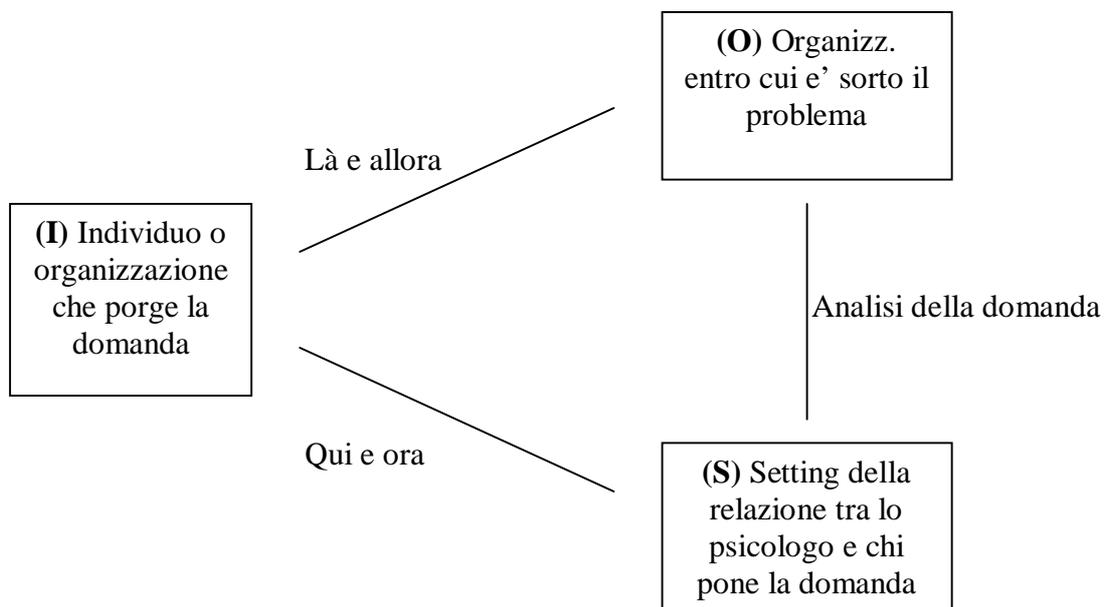
Carli (2003) propone, nell'analisi della domanda tre elementi fondamentali:

- Il fallimento della collusione, (la crisi del modello che fino a quel momento ha supportato la relazione e la sua improponibilità nella relazione stessa.)
- La riproduzione, nella relazione di domanda, dello stesso modello fantasmatico-emozionale di relazione che si aveva nella collusione fallita (sull'analisi di questa modalità si basa l'intervento dello psicologo)
- L'individuazione di linee di sviluppo. (migliore categorizzazione della realtà e maggiore capacità decisionale)

Il modello principale per questo intervento è l'analisi della relazione secondo il triangolo ISO (Individuo, Setting, Organizzazione). Secondo questo modello ad ogni vertice è situato un componente importante della relazione e i lati rappresentano le relazioni che si stabiliscono tra loro.

Prendiamo in esame una parte alla volta:

Nel vertice I (individuo) è posta la persona o l'organizzazione che porge la domanda e che, attraverso la narrazione di quello che è avvenuto (là e allora) porta a O (organizzazione in cui è sorto il problema). Dal terzo vertice S (setting tra chi pone la domanda e lo psicologo) partono le due relazioni, una relazione emozionale nel "qui e ora" che permette la seconda relazione, attraverso la tecnica dell'analisi della domanda, cioè la comprensione del fallimento della collusione avvenuto in O.



La dinamica collusiva è la base della teoria del rapporto tra individuo e contesto in quanto, attraverso la simbolizzazione affettiva del contesto, culturalmente connotata e trasmessa, l'individuo viene a far parte della sua società.

La collusione impedisce la visione reale dell'oggetto (contesto) e quindi una azione adeguata. Ristabilire la relazione con l'oggetto reale e non con l'immagine costruita attraverso la collusione, consente una maggiore capacità decisionale. "Nell'analisi della domanda si vuol facilitare il perseguimento degli obiettivi di sviluppo"(Carli 2003), non l'adeguamento a modelli precostituiti in base al mandato sociale, distinguendo tra utenza e committenza e superando la polisemia insita nella collusione.

Come la tecnica IPB di Gillieron, l'Analisi della domanda occupa lo spazio iniziale della presa in carico del cliente e, fondandosi su concetti dinamici (relazione oggettuale, conflittualità interna, sviluppo del sé), usando tecniche interpretative del transfert e della polisemia della realtà, restituisce un significato alla domanda posta dal cliente, aumentando in questo modo le sue potenzialità di analisi e di scelta.

Sulla base di tutto questo, si può inserire questo tipo di intervento tra le psicoterapie dinamiche brevi.

## **I METODI DELLA PSICOTERAPIA DINAMICA BREVE**

### **La dinamica delle psicoterapie**

Tutte le psicoterapie dinamiche si basano sui concetti base della psicoanalisi ma fin dall'inizio lo stesso Freud le considerò con un certo sospetto paragonandole al rame rispetto all'oro della psicoanalisi.

Tuttavia bisogna considerare che a tutti gli psicoterapeuti è capitato di praticare delle psicoterapie che sono risultate brevi non per loro volontà o impostazione, ma a volte in seguito all'abbandono della cura da parte dei clienti. La pressione esercitata negli ultimi decenni, soprattutto negli U.S.A., dall'aumento delle richieste, dai fattori economici legati alla lunghezza dei trattamenti, dalla necessità di verifica dei risultati hanno portato gli operatori ad occuparsi del problema del cambiamento psichico e dei mezzi più adatti per ottenerlo.

Le pratiche terapeutiche attuali sono il frutto di una lunga evoluzione che ha comunque mantenuto nel tempo due fattori fondamentali: la messa in opera di un dispositivo spazio-temporale fisso (setting) e la ricerca di una modalità di gestione efficace del rapporto terapeuta-paziente.

Relazione e dispositivo formano il setting, ma questo varia in funzione degli obiettivi e dei modelli teorici che lo ispirano.

## **I metodi delle psicoterapie dinamiche brevi**

Dalla breve storia presentata, necessariamente riferita solo agli autori più importanti e attivi nell'innovazione e nella sperimentazione, si vede che le psicoterapie dinamiche brevi fanno tutte, e con molta attenzione, riferimento ai principi base della psicoanalisi: il concetto di sintomo come risultato dei conflitti inconsci, il ruolo dell'inconscio stesso, la forza patogenetica delle disfunzioni relazionali nelle fasi precoci dello sviluppo, le relazioni oggettuali.

Per tutte queste terapie lo scopo è di risolvere i sintomi dovuti alla rigidità delle difese disfunzionali e proporre un riassetto della personalità in modo più adatto al contesto reale e attuale del paziente.

La psicoterapia breve, per la sua caratteristica di essere limitata nel tempo, è costretta a circoscrivere l'intervento ai problemi più pressanti, rinunciando alla profondità dell'investigazione e alla ristrutturazione completa della personalità, tipiche della tecnica psicoanalitica. Proprio per ottenere dei risultati, comunque importanti, anche in breve tempo, le psicoterapie brevi utilizzano alcune tecniche specifiche che si possono così elencare:

- Adozione di rigorosi criteri di selezione dei pazienti
- Ruolo attivo svolto dal terapeuta
- Focalizzazione dell'intervento
- Limitazione temporale della terapia

Vediamo di seguito, nello specifico le caratteristiche di ognuno di questi parametri e la loro evoluzione attraverso le varie teorie.

### **Criteri di selezione**

Uno dei problemi chiave nei trattamenti psicoterapeutici è la chiarezza dei criteri di selezione per ognuno dei tipi di terapia che sono stati proposti. Già lo stesso Freud

indicava la sua tecnica più adatta alla nevrosi che alla psicosi, ritenendo molto importanti per la riuscita della terapia la capacità di comprensione, rielaborazione, e, non ultima, una buona motivazione.

Passando alle psicoterapie brevi, date le loro caratteristiche peculiari di brevità e focalizzazione, i criteri di selezione diventano ancora più importanti e significativi, sia per la riuscita della terapia, sia in un'ottica di confronto e validità tra le varie tecniche.

Quasi tutte le teorie danno grande rilevanza al momento della presa in carico che può diventare, attraverso varie sedute, come nella IPB di Gillieron, nella terapia di Mann, di Davanloo e ultima, ma non per importanza, l'Analisi della domanda, una vera e propria terapia di prova, dove si testa la motivazione e la capacità del cliente di adattarsi ad un lavoro breve ma molto intenso.

Schematizzando, un paziente idoneo ad una terapia breve dovrebbe avere le seguenti caratteristiche:

- Capacità di instaurare una solida relazione di alleanza terapeutica
- Motivazione al trattamento
- Capacità di insight e di comunicazione verbale dell'esperienza emotiva
- Meccanismi di difesa poco rigidi e diversificati
- Tolleranza all'ansia e alla frustrazione
- Sufficiente forza e strutturazione dell'Io

I pazienti in cui è controindicata una terapia breve sono coloro che necessitano di una ristrutturazione profonda della personalità, quelli che presentano una storia di tossicodipendenza o farmacodipendenza e, per quanto riguarda il punto di vista psicodinamico:

- coloro che hanno poca forza e strutturazione dell'Io
- presentano una dipendenza simbiotica intensa

- hanno forte tendenza all'acting out
- mostrano scarsa motivazione
- non presentano un focus definito

L'Analisi della domanda, proprio per la sua ottica particolare, non basata sul modello medico, ma sull'analisi del transfert agito nella domanda stessa, si situa a monte di ogni diagnosi ed è applicabile ad un a gamma vastissima di casi clinici individuali, di gruppo e istituzionali, che possono poi evolvere in terapie propriamente dette o in altri tipi di interventi di tipo sociale.

## **La tecnica attiva**

Introdotta da Ferenczi, la tecnica attiva era all'inizio un ausilio per la tecnica classica, quando quest'ultima si rivelava troppo statica, non una contrapposizione come si è poi definita in seguito.

All'inizio si limitava a esplicitarsi in una prescrizione o un divieto del comportamento patologico manifestato dal paziente nella speranza di veder emergere, dopo l'intervento, materiale inconscio non altrimenti raggiungibile e al fine inoltre di facilitare il procedimento psicoanalitico, si configurava quindi più come una attività del paziente che del terapeuta.

Si è poi giunti con Alexander ad un intervento attivo del terapeuta finalizzato alla produzione nel paziente "dell'esperienza emozionale correttiva", si è passati quindi dall'attività del paziente all'attività programmata del terapeuta.

Con Malan l'attività del terapeuta passa alla scelta di una finalità limitata, alla focalizzazione dell'intervento e in modo particolare al mantenimento attivo dell'intervento sul focus scelto. Da Malan in poi tutti gli autori postulano la necessità di una focalizzazione della terapia. Per Malan la scelta del focus è definita "cristallizzazione di un punto focale" la cui scelta ci riporta alle tecniche di presa in carico del paziente (colloqui iniziali, test, interviste più o meno strutturate) e di analisi della domanda del paziente.

Per Davanloo l'attività del terapeuta è un continuo e strenuo porre il paziente di fronte ai propri sentimenti, alla presa di coscienza delle proprie emozioni, al riconoscimento dei propri meccanismi di difesa.

Per Sifneos il ruolo del terapeuta è provocatorio e ansiogeno e strettamente concentrato sul focus terapeutico scelto.

Per Mann, Bellak e Small il terapeuta può avere anche ruolo direttivo o di sostegno. E sempre con supporto e sostegno si propone la tecnica empatica di Fosha.

Infine Osimo propone una attività su misura per la situazione del paziente, da scegliere momento per momento.

In tutti questi modelli è compito ulteriore del terapeuta non procrastinare la terapia, ma programmare gli interventi anche in funzione della temporalità stabilita della terapia.

E' chiaro che le diverse tecniche di intervento rendono importante soprattutto una corretta analisi del tipo di terapia più adatta per la patologia del paziente che si presenta con la sua richiesta particolare.

In ogni caso siamo molto lontani dal modello dello specchio opaco proposto da Freud.

## **Il focus**

L'oro della psicoanalisi, secondo Freud, sta nella possibilità di questa tecnica di riportare alla coscienza e di rielaborare l'intero contenuto dell'inconscio del paziente. Anzi la psicoanalisi non termina fino a che questo processo non è arrivato alla fine.

E' chiaro che per portare alla luce tutto l'inconscio occorre molto tempo, prolungato dal criterio di astensione dell'analista, un tempo che diventa sempre più lungo con il progredire dell'analisi, che alla fine diventa praticamente interminabile.

Per quanto riguarda le psicoterapie brevi, tutti gli autori, a partire da Ferenczi che è stato il primo a porre la questione, sono concordi sulla necessità di restringere il campo dell'intervento ad alcuni temi più pregnanti per il paziente ed evitare la regressione completa sull'intera area della personalità.

Tutte le terapie brevi ricorrono quindi alla tecnica della focalizzazione, cioè alla scelta di uno o pochi temi su cui lavorare. A questo proposito si pongono due interrogativi fondamentali:

Come riconoscere e decidere i temi della focalizzazione?

Come mantenere il processo terapeutico concentrato sul focus scelto?

Alla prima domanda quasi tutti gli autori hanno risposto proponendo una accurata intervista iniziale, comprendente anche più incontri, per evidenziare i problemi del paziente, impostare la diagnosi, circoscrivere l'area di lavoro, programmare l'intervento stesso, stabilire con il paziente una prima relazione per la collaborazione terapeutica.

E' chiara l'importanza di questo primo periodo dell'analisi: se manca uno di questi indici, tutti più o meno importanti la terapia vera e propria può non avere buoni risultati. La presa in carico del paziente dipende dalla teoria sottostante ogni terapia e dalle finalità stabilite per la stessa.

Lo stesso Freud aveva stabilito quale categoria di disturbi era possibile risolvere con la psicoanalisi. Ogni scuola terapeutica ha quindi delle indicazioni più o meno precise e limitate da seguire per iniziare la terapia.

Cerchiamo di analizzare brevemente alcuni passaggi che risultano problematici. Già per quanto riguarda il primo incontro e la modalità stessa del contatto sono state fatte interessanti considerazioni, soprattutto nell'ambito dell'analisi della domanda (Carli) sulla creazione di aspettative corrette/scorrette ma che comunque influiscono sullo stabilirsi della relazione stessa.

Come esposto da Grasso e Carli (1993) bisogna prendere in esame il contesto di invio, il mandante, il cliente e tutto ciò che può avere qualche influenza sulle aspettative sia del paziente che del terapeuta. La relazione infatti prende l'avvio ancora prima del primo incontro e i fantasmi che si sviluppano in questo periodo guidano poi la relazione stessa.

La procedura dell'analisi della domanda permette l'evitamento della collusione con l'agito del paziente, l'esame attento delle problematiche reali, la restituzione al paziente del vero senso della sua richiesta e poi l'avvio verso la terapia vera e propria, secondo la necessità.

Per la seconda risposta le tecniche proposte sono quanto mai varie e spaziano dalla confrontazione continua e pressante di Davanloo all'atteggiamento empatico e supportivo di Fosha, con una zona intermedia che vede comunque interventi attivi che riportano continuamente il paziente sull'argomento in esame.

## **Il setting**

Il setting è sicuramente uno degli elementi portanti del metodo psicoanalitico. Il termine, di origine inglese, ha il doppio significato di strutturare-organizzare e di scenario-situazione (Montesarchio 2002) "...insieme di criteri e di aspetti materiali e mentali che consentono, determinano e conferiscono identità a qualsiasi intervento psicologico-clinico...una cornice precostituita, metodologica e teorica..”

Grasso (2004) lo definisce “l’insieme degli elementi esterni, che articolano lo spazio fisico e relazionale dell’incontro terapeutico...e l’insieme degli elementi interni, connessi con l’atteggiamento mentale di paziente e psicoterapeuta”.

Freud ha stabilito in modo preciso le condizioni necessarie per la manifestazione del fenomeno della traslazione e della conseguente nevrosi da transfert. Del setting fanno parte il luogo, la frequenza degli incontri, l’orario, il tempo della seduta, il pagamento. Freud ha inoltre stabilito per il paziente le regole della libera associazione e della non omissione, per il terapeuta le regole della neutralità e dell’astinenza. Queste regole, attraverso la frustrazione dei bisogni e dei desideri favoriscono il meccanismo di regressione e l’emergere dell’inconscio.

In “Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi” (1913) Freud , tenendo conto della grande varietà delle costellazioni psichiche e dei numerosi fattori che intervengono, consiglia una maggiore flessibilità nei casi necessari, pur nell’appropriatezza del comportamento del medico.

Per approfondire le problematiche che sorgono da ogni variazione del setting risulta estremamente valido il pensiero di Gillieron (1993) sulla interazione paziente terapeuta.

Queste considerazioni sono state esaminate dettagliatamente da Grasso (2001) ed altri autori, considerando in particolare l’aspetto dinamico delle modifiche stesse sulla relazione. Ogni parametro del setting influisce sia sul paziente, che sul terapeuta, e sulla circolarità della relazione che si viene a formare tra loro creando una continua risonanza

tra queste tre componenti inseparabili. La scelta, da parte del terapeuta, di un particolare ambiente, della disposizione spaziale dell'incontro, della gestione del tempo ecc. creano, nell'interazione con il particolare paziente che è presente in quel momento, una precisa risonanza sia nel transfert del paziente che di conseguenza nel controtransfert del terapeuta.

Se ne deduce che ogni situazione terapeutica è peculiare, perché, pur nella ripetitività del meccanismo del setting, la relazione che vi si determina è assolutamente unica e irripetibile.

Il setting psicoanalitico stabilito da Freud è dovuto all'abbandono da parte dello stesso della tecnica attiva dell'ipnosi e della catarsi e all'introduzione della libera associazione del paziente, dell'attenzione fluttuante e dell'interpretazione da parte del terapeuta. Viene dunque formulata la struttura tipica del setting psicoanalitico: il divano, su cui sta il paziente, la poltrona alle spalle, fuori dalla sua vista, su cui siede il terapeuta, le sedute giornaliere e l'allungamento della terapia fino a che tutto l'inconscio non è stato portato al livello della coscienza.

Per il terapeuta: l'attenzione fluttuante, il silenzio, la neutralità, l'astinenza, il non intervento sull'ambiente del paziente, l'interpretazione.

Per il processo psicoanalitico, a carico del paziente troviamo il transfert, le resistenze, le motivazioni; per il terapeuta il controtransfert (insieme dei sentimenti vissuti dall'analista nei riguardi del paziente) che deve essere analizzato.

Abbiamo visto che fin dall'inizio ci sono state contestazioni su questa evoluzione e come le varie tecniche di psicoterapia breve abbiano recuperato o cambiato i parametri del setting psicoanalitico pur cercando di mantenere un contatto continuativo almeno con i concetti dinamici della teoria di Freud. I cambiamenti hanno riguardato lo spazio, il tempo e la relazione.

Come già illustrato da molti autori il setting è un insieme formato da due aspetti: la relazione (i codici relazionali) e il dispositivo, il tutto supportato dai modelli teorici dal setting e dagli obiettivi. Il setting determinerà il campo terapeutico, distinguendolo dal campo socioculturale in cui vivono sia il paziente che il terapeuta.

In mancanza di un setting preciso e ben strutturato non può aver luogo una psicoterapia, tuttavia si possono avere, anche con interventi eclettici, degli effetti terapeutici. La funzione del setting è quindi quella di favorire lo svolgersi del processo terapeutico, tuttavia anche il setting presenta dei problemi.

I problemi del setting possono essere dovuti all'uso, da parte del paziente, dei dispositivi stessi del setting sotto forma di resistenze. Tutti i parametri possono così lavorare contro, anziché a favore della terapia.

Vediamo ora nel dettaglio ognuno dei parametri del setting, in riferimento alle tecniche specifiche delle psicoterapie dinamiche brevi.

## **Il Tempo**

Il problema posto dalla durata temporale della terapia e dalla necessità di abbreviare gli interventi è stato affrontato da tutti gli autori che si sono interessati di terapie brevi. Ognuno di loro ha tuttavia elaborato concetti e tecniche particolari.

Alexander non stabilisce un limite temporale preciso alle sue terapie, ma ne collega la durata al “livello di intensità che l’ Io del paziente può sopportare, nell’esperienza emotiva di transfert, senza ricorrere a fughe regressive”. In altre parole più è forte l’ Io del paziente più il terapeuta può essere attivo, più breve risulta il trattamento. L’autore inoltre non presta attenzione all’elaborazione del significato della fine della terapia, pur ripetendo spesso al paziente che la terapia non sarà lunga. Considera comunque un massimo di tempo di intervento di diciassette mesi.

Sifneos fin dall’inizio comunica che sarà una terapia di breve durata ma non stabilisce una precisa data per la fine: spetta al paziente decidere quando terminare; in questo modo si riduce la passività e la dipendenza dal terapeuta. Comunque le sue terapie non sono mai andate oltre le venti sedute.

Mann è il primo ad interrogarsi criticamente sul significato del concetto di tempo, sulla sua evoluzione nello sviluppo dell’individuo e sul suo ruolo nella psicoterapia. Il concetto di tempo è infatti legato strettamente al concetto di mortalità ed al concetto di limite. Questo rende problematico sia per il terapeuta che per il paziente affrontarne l’esame nel corso della terapia. Questa resistenza può essere spiegata considerando il processo dello sviluppo della temporalità nell’individuo. Dall’iniziale stato fusionale con la madre, che è caratterizzato da un senso di atemporalità (un tempo sospeso, senza inizio e senza fine) e dal vissuto di onnipotenza, si acquista man mano il senso della separazione e della finitezza. Si struttura così, oltre ad un tempo soggettivo, un tempo oggettivo contemporaneamente con lo sviluppo del senso della realtà. Il senso di atemporalità e di eternità rimane tuttavia in noi e si manifesta nell’ atemporalità

dell'inconscio, nei sogni, nelle fantasie, negli stati alterati della coscienza. Mann stabilisce un limite irrevocabile di dodici sedute (anche Rank aveva fissato inizialmente un limite, ma poi non aveva continuato con questa tecnica). In questo modo utilizza la concezione temporale del paziente che passa dalla sensazione iniziale di onnipotenza-atemporalità, all'ambiguità della presa di coscienza del trascorrere del tempo, alla consapevolezza infine dell'inevitabile termine della terapia, rivivendo in modo più adattativo lo sviluppo già avvenuto nell'infanzia. E' impossibile, in questa situazione, non elaborare il senso profondo e i sentimenti relativi alla separazione. E' prevista tuttavia all'inizio della terapia una fase di valutazione che può arrivare a quattro sedute, non comprese nelle dodici fissate per il processo terapeutico

Malan ha utilizzato entrambi i sistemi : numero fisso di sedute, o numero aperto di incontri. Nel primo caso consiglia venti sedute per un terapeuta esperto, trenta per uno non esperto. Nell'altro caso al paziente viene comunque comunicato che il numero degli incontri sarà limitato ma senza fissare un termine preciso. In entrambi i casi si comunica al paziente che, se vuole, potrà avere ulteriori sedute con il terapeuta ad intervalli regolari da stabilire.

Come lo stesso autore riporta, alcune di queste terapie, iniziate come brevi, si sono poi trasformate in terapie a lungo termine senza variazione nella tecnica. In casi di questo tipo, qualora sia stato fissato un limite preciso all'inizio, bisogna comunque trattare con il paziente il "fallimento" della terapia breve in quanto tale prima di passare alla psicoterapia a lungo termine. Poiché era interesse dell'autore dimostrare la continuità tra le psicoterapie brevi e quelle lunghe, mantenendo invariata la tecnica, egli suggerisce il rischio che il terapeuta, abituato alle vecchie tecniche, non mantenga il focus dell'intervento e proceda ad interpretazioni inutilmente estese e profonde.

Davanloo ha iniziato i suoi studi nel 1962 , contemporaneamente, ma separatamente da Sifneos e Malan. La durata della sua terapia non viene fissata rigidamente, ma in

modo approssimativo. Il numero esatto delle sedute dipende infatti dalla complessità della patologia, dalla forza delle resistenze e dall'esperienza del terapeuta. All'inizio è prevista una fase di valutazione che può arrivare fino a tre/quattro ore in sedute diverse o nella stessa seduta. Il numero delle sedute può variare da cinque a quaranta, oltre la terapia iniziale di prova.

Wolberg propone una psicoterapia eclettica e poco rigida. Dopo un ampio processo di valutazione, i pazienti vengono avviati verso diversi tipi di trattamento, breve o lungo, con diversi interventi e metodi, secondo la necessità. Le psicoterapie brevi non superano le venti sedute, ma la terapia continua poi con l'autoaiuto e i supporti tecnici forniti dal terapeuta.

Né Fosha, né Osimo stabiliscono tempi fissi per la terapia, sottintendendo che, comunque, sarà breve.

## **Considerazioni generali**

Anche Gillieron ha affrontato la dimensione temporale in psicoterapia sottolineando che il vissuto temporale è il riflesso della vita soggettiva del paziente (il tempo è caotico per lo schizofrenico, costringente per l'ossessivo, segnato dai bisogni immediati per il borderline). Il tempo è anche parte integrante del setting e della natura della relazione interpersonale che vengono proposti.

Nessuno contesta che, per ciascuno, il vissuto temporale è frutto dell'incontro della propria vita interna e del contesto in cui vive. La scansione temporale dei ritmi biologici porta l'essere umano ad avere un profondo desiderio di continuità e di ripetizione già ampiamente rilevato dalle varie scuole psicologiche come il pattern ripetitivo della teoria sistemica e la coazione a ripetere della psicoanalisi. Quando, nel corso della vita si producono situazioni di rottura nella continuità temporale, come cambiamenti o crisi, la persona cercherà all'esterno la continuità che gli sfugge.

Nel 68 Stierlin dà rilevanza al significato del tempo nelle relazioni interpersonali definendo la situazione "la bilancia momento-durata". In un rapporto casuale la prevista brevità dell'incontro può portare entrambi gli interlocutori ad attivare sia capacità empatiche profonde sia la disponibilità a rivelazioni sugli aspetti intimi della propria personalità. Questa attitudine scompare o si diluisce se il tempo della relazione aumenta, e l'intuizione che era chiara all'inizio diventa poi sempre più confusa.

La natura del rapporto che si viene a determinare è quindi fortemente condizionata dal tempo del rapporto stesso, sia del tempo oggettivo, sia del tempo soggettivo che paziente e terapeuta riescono a mettere nel campo interrelazionale.

J.F.Kafka (1993) rileva che la comprensione della realtà interna del paziente da parte del terapeuta dipende fortemente dai loro ritmi di comunicazione e dal collimare della risonanza interna dei dati temporali.

Una diversa interpretazione del senso e del significato del tempo produce senz'altro dei problemi.

Alcune considerazioni generali vengono suggerite da Gillieron (1997) che pone l'accento sulla dialettica tra il momento della consultazione e la durata del trattamento determinato da due aspetti primordiali: il rapporto del paziente con la temporalità, dovuto alla sua particolare personalità, e il setting temporale proposto dal terapeuta. La richiesta di aiuto da parte del paziente avviene sempre in un momento di crisi del suo rapporto con l'ambiente e con se stesso, una perdita di capacità decisionale nei momenti esistenziali che normalmente o eccezionalmente si susseguono nell'arco della vita.

L'ipersensibilità al reale delle crisi evolutive ad esempio è anche una ipersensibilità allo scorrere del tempo, dato che il tempo è parte integrante del nostro vissuto personale, sia biologico che psicologico, e del rapporto con la realtà.

Anche il vissuto del terapeuta nei confronti della terapia e della sua durata sono importanti nello stabilire sia la modalità di accoglienza sia la durata della terapia.

In psicoterapia il tempo interviene:

- nella durata della cura e nella frequenza delle sedute
- all'inizio del trattamento
- alla fine del trattamento
- all'inizio e alla fine delle sedute

L'uomo prova un profondo bisogno di collocarsi nel tempo e, per fare questo, si riferisce a tutti i dati della realtà materiale a sua disposizione (punti di riferimento di ogni genere). Si può ammettere con Freud che la temporalità è dell'ordine dei processi coscienti. Il valore soggettivo del tempo dipende dall'umore del momento, variabile secondo il contesto emotivo, e dall'organizzazione della personalità.

Si possono collocare le diverse modalità di organizzazione mentale su un continuum che va dall'atemporalità dello psicotico all'onnipotenza del tempo dell'ossessivo, passando per la difficoltà di vivere nel presente delle personalità narcisistiche.

Il significato che il tempo riveste per i soggetti è ispirato alla modalità del funzionamento mentale.

Di seguito si riporta un elenco tabella esplicativo adattato da “Trattato di psicoterapie brevi” di E. Gillieron:

## **Organizzazione della personalita' e temporalita'**

### *Prepsicosi*

In generale sentimento di eternità, tempo privo di interruzioni.

### Psicosi

In generale c'è un uso frammentato del tempo, il corso del tempo è interrotto, il tempo è discontinuo e reversibile, l'organizzazione cronologica è disturbata.

In particolare:

-Schizofrenia: attività anticipatrice alterata, assenza di nozione di durata, costruzione dell'avvenire ostacolata dalla diminuzione della capacità di anticipazione, passato presente e futuro non sono integrati in un quadro storico

-Paranoia: tempo contato, rigido, bisogno di vivere nella predeterminazione del futuro.

-Mania: diniego del passato e eterna possibilità di nuova partenza.

### Borderline

Nessuna temporizzazione, gratificazione immediata "subito o mai", intolleranza alle dilazioni.

### Perversione

Scorrere del tempo erotizzato, piacere della ripetizione che diventa circolarità del tempo.

### Narcisista

Difficoltà di vivere nel presente, senso di temporaneità, difficoltà a porsi nel tempo.

### Nevrosi

Organizzazione temporale corretta, ma volta di spalle al futuro, le interruzioni sono vissute come limiti sul modello della castrazione, con modalità diverse per l'ossessivo (Messe in scene ripetitive), fobico (evitamento del presente mediante un'attività continua), isterico (anticipazione erotizzata, in funzione del passato, dell'effetto che si produrrà sull'altro).

In conclusione, secondo Gillieron la limitazione temporale della Psicoterapia a breve termine è utile nelle personalità nevrotiche, narcisistiche e in parte prepsicotiche. Per i borderline sono molto efficaci gli interventi di crisi.

Con le personalità dipendenti, che si attendono l'abbandono è meglio invece non fissare un termine ultimo.

Due domande essenziali si pongono infine nel considerare le problematiche legate alla temporalità:

-Esistono degli elementi, in termini di tempo, che anziché favorire la terapia ne ostacolano la riuscita?

-Sono necessari i lunghi tempi dell'analisi classica ai fini terapeutici?

La riduzione del tempo, sia nella durata complessiva della terapia che nella durata delle sedute è, forse, la caratteristica principale delle psicoterapie brevi. Avere a disposizione "un certo tempo", non "il tempo", influisce sia sul paziente che sul terapeuta. Entrambi si sentono spinti ad essere più attivi e a dare più valore agli incontri terapeutici.

E' logico che questa maggiore attività dipende anche dalla forza della motivazione del paziente. La coscienza del tempo che passa spinge entrambi verso la soluzione del problema focalizzando sin dall'inizio le dinamiche di individuazione-separazione, aumentando l'attenzione al presente, incoraggiando l'autostima e l'indipendenza del paziente.

Tutti gli autori esaminati concordano sul fatto che la maggiore durata del trattamento non conduce necessariamente a risultati migliori ma spesso comporta difficoltà ed una tendenza alla stagnazione nell'evoluzione della terapia.

La seconda domanda solleva il problema del concetto di “guarigione” e di “cambiamento”.

Ancora oggi continua il dibattito su quali siano i parametri adeguati e condivisi per dichiarare “guarito” il paziente e su come valutare il “cambiamento”.

E’ logico che se la terapia si focalizza solo su uno specifico focus, i tempi automaticamente si riducono, ma questo comporta, come osserva Mann (1973), una tecnica di intervento molto vicina al modello medico. E’ vero che nel programmare un intervento ci si deve riferire alle esigenze dell’utenza, “ma è opportuno tener presente che sono proprio gli interventi offerti a definire la domanda” (Grasso, 2001).

I pazienti hanno sicuramente più confidenza con il modello medico, ma questo non deve portare a proporre un eccessivo rinforzo, in quanto la proposta di un numero fisso di sedute può permettere al paziente una fuga nella resistenza.

Ogni problema psicologico richiede, nella prospettiva psicodinamica, insight, introspezione, elaborazione, presa di coscienza, cioè metodi e tempi diversi da quelli previsti dal modello medico.

Diventa molto importante, a questo punto, affrontare correttamente il problema e puntare su una esauriente valutazione iniziale della situazione del paziente, delle sue motivazioni, di tutte le caratteristiche utili per l’accettazione in terapia breve.

**TABELLA RIASSUNTIVA** (tratta da Grasso “Psicologia clinica e psicoterapia, 2001)

	Sedute			Durata del trattamento	Relazione paz-ter	Uso del videotape
	Numero	Frequenza	Durata			
<b>Alexander e French</b>	2-65	Settimanale		17 mesi circa	Vis a vis	
<b>Bellak e Small</b>	5	Settimanale	45-50 minuti	5 settimane	Vis a vis	
<b>Malan</b>	10-40	Settimanale	45 minuti	variabile	Vis a vis	
<b>Mann</b>	12	Settimanale	45-60 minuti	12 ore	Vis a vis	
<b>Gillieron</b>	Non definito	1-2 volte a settimana	45 minuti	3-12 mesi	Vis a vis	
<b>Davanloo</b>	5-40	Settimanale		Variabile	Vis a vis	Si
<b>Pinkus</b>	8-25	Settimanale	45-60 minuti	6 mesi circa	Vis a vis	
<b>Sifneos, Ter. Ansiogena</b>	12-20	Settimanale	45 minuti	Variabile	Vis a vis	Si
<b>Sifneos, Ter. Ansiolitica</b>	Variabile	1-3 volte a settimana	<60 minuti	2-12 mesi	Vis a vis	

## **Lo Spazio**

E' ormai chiaro che ogni cambiamento del dispositivo influisce sul rapporto intersoggettivo, che possiamo considerare un processo circolare tra due partner che si influenzano reciprocamente in un determinato contesto.

Il dispositivo del setting psicoanalitico era stato progettato per ridurre al minimo l'interazione tra paziente e terapeuta, concentrando la comunicazione nel solo canale verbale e proteggendo terapeuta e paziente dallo scambio di riscontri emotivi e di scambi non-verbali. Ciononostante anche il semplice contesto edilizio influisce sulla relazione in quanto è diverso fare terapia in una stanza di ospedale, in uno studio privato e così via.

La neutralità totale del contesto è impossibile e controproducente in quanto può creare un senso di scollamento tra la realtà terapeutica e la normale realtà sociale. La relazione terapeutica è una relazione tra due persone e le persone non vivono normalmente in ambienti rarefatti.

Nel contesto Schefflen (1981) segnala almeno sei tipi diversi di comunicazione non verbale riguardanti il paralinguistico, la cinestesi, il corpo e i suoi correlati ( tatto , vestiario, prossemica, odori ecc.). I messaggi non verbali sono fondamentali per la coordinazione tra i partner nella comunicazione e per la corretta comprensione del senso del messaggio in quanto aiutano la collimazione tra la fonte della trasmissione e il ricevente.

In mancanza di questa corrispondenza, il messaggio può essere dubbio o equivoco. E' chiaro che il passaggio dal divano alla posizione vis a vis ha implicato un profondo sconvolgimento nella relazione terapeuta-paziente in quanto sono aumentati notevolmente il numero e il tipo di comunicazioni che passano tra gli interlocutori.

Se da un lato il messaggio verbale diventa più completo e più comprensibile, rischiano di passare, in modo inconscio e incontrollato molti messaggi non verbali, magari non voluti o controproducenti, da entrambe le parti.

L'accesso alle immagini, alle idee, al mondo interno del paziente e del terapeuta è sicuramente facilitato dalla possibilità di accedere a tutta la gamma delle informazioni non verbali, che completano il messaggio linguistico.

Il tempo della psicoterapia è senz'altro il presente della relazione, mentre il tempo della psicoanalisi è invece il passato. Il faccia a faccia mobilita tutti i meccanismi di attualizzazione delle pulsioni.

Contro questa attualizzazione si alzano le difese e il soggetto opera delle proiezioni per non vedere la realtà dell'altro, oggetto reale che vorrebbe uguale al suo mondo interno. L'intensità degli scambi può provocare angoscia e sollecitare l'alzarsi delle barriere inconsce per entrambi gli interlocutori, la spinta all'acting out è più marcata.

A causa dell'immediatezza e della maggiore drammatizzazione degli scambi è più difficile distinguere transfert e realtà. Lo scambio visivo tra i due riduce il campo fantasmatico del paziente, ma provoca anche nel terapeuta confusione tra i propri sentimenti e il controtransfert sollecitato dal paziente e dubbi sulla propria capacità interpretativa.

Quanto sopra detto riguarda in modo particolare la psicoterapia istituzionalizzata, sia essa pubblica o privata, tuttavia nell'esercizio delle proprie funzioni può capitare allo psicologo di dover svolgere l'intervento in situazioni diverse da quelle canoniche.

Ad esempio, come a volte richiesto dalle strutture pubbliche di assistenza sul territorio, a domicilio del paziente, nell'ospedale, nel carcere ecc.. In questi casi il luogo è sicuramente non stabilito dallo psicologo, né scelto dal paziente. Dato che l'ambiente di per sé è un veicolo di emozioni ed aspettative in entrambi, paziente e terapeuta, è chiaro che si devono poter stabilire almeno le condizioni minime come tranquillità,

sicurezza, praticità, comodità che consentano la possibilità dell'instaurarsi della relazione, e, data l'importanza già citata dell'abitudine, la possibilità di ripetere lo stesso setting. Una variabilità eccessiva, del luogo o del tempo, sicuramente influisce sulla relazione e sulla terapia.

Poter scegliere quindi un luogo o una particolare disposizione o posizione, significa scegliere sia la quantità dello spazio interattivo, sia la qualità delle interazioni. L'attività maggiore che il terapeuta esplica nella psicoterapia, rispetto alla passività della psicoanalisi, è senz'altro dovuta anche alle sollecitazioni portate da una posizione "a vista" e da una interazione sicuramente più alta.

Tutto questo deve essere considerato dal terapeuta e si deve consentire un tempo maggiore per il riesame del transfert e del controtransfert, magari distanziando le sedute.

Una conseguenza importante è anche, nella posizione faccia a faccia, una concentrazione maggiore sul presente e una maggiore focalizzazione dell'intervento

## **La Relazione**

Una interessante analisi del momento relazionale e dei possibili parametri intervenienti è stata fatta da Grasso (2001) e da Gillieron (1997).

Si definisce “la relazione” come un’azione reciproca mediata, almeno nella psicoanalisi, fondamentalmente da una serie di messaggi , verbali e non, scambiati in successive interazioni.

L’interazione stessa si può considerare come la sovrapposizione parziale dei campi intrasoggettivi del paziente e del terapeuta, che crea il campo intersoggettivo .

Nel campo intersoggettivo si possono osservare diversi fattori:

- Il corpo;
- Il comportamento relazionale;
- Il linguaggio verbale;
- Il linguaggio paraverbale;
- Il linguaggio non verbale.

Dall’osservazione di questi fattori, sulla base di un modello teorico (teoria dinamica della psiche) si deducono i fattori del mondo intrapsichico del soggetto in esame. Si vede bene, dunque l’importanza e la peculiarità di ogni relazione terapeutica.

La personalità si fonda su un equilibrio che implica aspetti somatici, psicologici e relazionali, per cui il modo in cui le persone si relazionano è abbastanza complicato. L’uomo per mantenere il proprio equilibrio psichico ha bisogno degli altri per cui è fondamentale capire il modo in cui le persone entrano in relazione le una con le altre.

Ciò che si nota è la tendenza a riprodurre costantemente lo stesso tipo di relazione (coazione a ripetere o pattern ripetitivo). Per capire questo si deve ricorrere non già al modello causalistico lineare, ma al modello della causalità circolare. Questo modello

permette di capire il concetto dell'influenza reciproca (A influenza B, che a sua volta influenza A ).

Si stabilisce così un equilibrio relazionale dinamico, soggetto a continue variazioni, sia per eventi esterni che per eventi interni.

Il paradosso della psicoanalisi consiste nel descrivere il mondo intrapsichico di un individuo partendo dall'osservazione di una relazione specifica, la relazione terapeutica-paziente.

La relazione comprende tutti gli scambi che avvengono, in tutti i modi, tra i due interagenti e il postulato prevede che i comportamenti relazionali saranno guidati, per entrambi dalla realtà psichica dell'inconscio. Questa realtà viene "conosciuta" dai derivati che si manifestano nella relazione interpersonale. Si distingue sottilmente l'interazione intesa come serie di messaggi verbali e non verbali (Watzlawick 72) dalla relazione (legame di influsso reciproco che implica delle rappresentazioni dell'altro ed un contesto).

L'esperienza soggettiva vissuta nella relazione è quindi osservabile solo attraverso ciò che avviene nella relazione stessa. Questi fattori deducibili si fondano, per le terapie di origine psicoanalitica proprio sulla teoria freudiana.

Gillieron propone un modello eziologico, nel senso che tutti e ciascuno dei fattori che costituiscono la personalità, biologici psichici e ambientali, possono rompere l'equilibrio evolutivo della autoregolazione (omeostasi) della personalità.

Gli stadi evolutivi di Freud rappresentano l'incontro-scontro dell'individuo con la realtà, che può esitare in una crescita o in un blocco dell'evoluzione. In età adulta le relazioni affettive vengono mediate costantemente dai nostri fantasmi, cioè rivestiamo il mondo esterno con il nostro immaginario individuale che si basa sulle nostre esperienze infantili.

Tutti i conflitti che l'individuo deve superare nelle varie tappe evolutive secondo Freud sono di natura relazionale, interpersonale e il loro superamento passa attraverso la mentalizzazione (fattore equilibrante nei rapporti tra il soggetto e il proprio ambiente).

I disturbi della personalità vengono esaminati in base alle deficienze di mentalizzazione dei conflitti inerenti le differenti tappe obbligate dello sviluppo dell'individuo.

E' importante per il terapeuta distinguere, nell'ascolto il rumore (informazioni non pertinenti) dalle reali informazioni, che vengono fornite dai tre elementi seguenti:

- la reazione emotiva dello psicoterapeuta
- la maniera in cui vengono fornite le informazioni (non-verbale, paraverbale, prossemica)
- il contenuto dei dati forniti.

**Tabella sulle caratteristiche relazionali fondamentali delle diverse organizzazioni di personalità. (Gillieron, 1997)**

<i>CARATTERISTICHE RELAZIONALI FONDAMENTALI</i>		
Organizzazione	Paziente	Terapeuta
Nevrotica	Il paziente parla di sé, distingue chiaramente il proprio mondo interno dal mondo esterno. Senso di colpa, non accusa gli altri dei suoi sbagli. Temi: inibizioni, sensi di colpa.	Il terapeuta è libero di pensare, non si annoia, è relativamente coinvolto e può osservare dall'esterno i problemi del paziente.
Nevrosi di carattere	Il paziente attira l'attenzione del terapeuta su fatti e avvenimenti di cui egli è uno degli attori. Trascina l'interlocutore in una specie di romanzo, che fa venire voglia di intervenire nella realtà	Il terapeuta tende a dimenticare che il paziente ha una vita soggettiva. È incline a fare dei commenti sui fatti reali vissuti dal paziente.
Narcisistica	Approccio affascinante e coinvolgente, ma apparenza fredda o ipersensibile. Difficoltà a tenere conto dell'interlocutore. Parla sempre di sé. I termini riguardano il valore/non valore delle cose e dei sentimenti, vergogna o ammirazione. Spesso denigra l'altro.	Il terapeuta tende a sentirsi sfruttato, spesso dubita di sé stesso
Perversa	Il soggetto cerca la complicità per un gioco di trasgressione di leggi e regole. Relazione di appropriazione in cui la seduzione diventa fascinazione e non lascia indifferenti	Il terapeuta reagisce a volte con la ribellione, a volte con la sottomissione
Borderline	Il paziente parla delle sue relazioni affettive in termini di scissione: tutto buono o tutto cattivo. Cerca nell'interlocutore appoggio anaclitico. Idealizza l'interlocutore che però viene poco toccato affettivamente. Rigetta le responsabilità sull'esterno.	Il terapeuta è portato all'acting out, si sente irritato, ha difficoltà a mantenere la calma, si sente anche impotente e scoraggiato.
Psicotica	Il paziente è distante (diffidenza, freddezza, superiorità). Dà l'impressione di eccessiva normalità. Si evidenziano comunque disturbi logici e inverosimiglianze.	Il terapeuta crede di seguire il discorso del paziente ma è lui a stabilire i legami. Di fatto si sente distaccato affettivamente.
Prepsicotica	Il paziente sembra un po' perso, ipersensibile, poco controllo delle sue emozioni. Sembra cosciente delle proprie difficoltà e di avere una buona capacità di introspezione tuttavia è a volte evanescente.	Il paziente illude con una buona prima impressione, tuttavia esige un grosso sforzo di attenzione. Il terapeuta si sente spesso affaticato e può nutrire l'illusione di una grande empatia reciproca.
Paranoica	Il discorso è organizzato coerentemente intorno al sentimento di essere stato lesa. Il rapporto logico tra gli avvenimenti presentati e il sentimento del danno appare subito poco verosimile.	L'interlocutore ha voglia di ristabilire la verità, dando origine ad un conflitto palese o dissimulato attorno al sapere chi ha ragione.

E' bene ricordare continuamente che le informazioni fornite dal paziente sono sempre complesse, in quanto contengono sia parti oggettive che parti soggettive.

Nel considerare la relazione terapeuta/paziente non si deve dimenticare che è stato rilevato da Gillieron come ogni metodo psicoterapeutico sia caratterizzato da un transfert specifico dello psicoterapeuta.

Prima di vedere il suo paziente, il terapeuta ha già una idea preconcreta di ciò che si aspetta dal paziente e questo sicuramente influisce sul corso della terapia. Esaminando le differenti tecniche da questo punto di vista si osserva che:

-Ferenczi oscilla tra una posizione paterna attiva e una posizione materna accogliente.

-Alexander propone di offrire al paziente la relazione correttiva di cui ha bisogno.

-Bellak propone di sostenere nel paziente un transfert positivo.

-Malan si presenta come una guida illuminata.

-Sifneos si appoggia su un transfert paterno molto positivo.

-Luborsky si presenta come un fine segugio.

-Davanloo si appoggia manifestamente su un transfert negativo e persecutorio

-Gillieron ritrova la neutralità e l'astinenza dello psicoanalista

Queste diverse posizioni dimostrano il fatto che il tipo di attività svolta dal terapeuta è in realtà una posizione relazionale dotata di senso e adottata volontariamente fin dall'inizio della psicoterapia.

## **POSSIBILE INTEGRAZIONE DELLE VARIE TECNICHE**

Secondo Flegenheimer è fondamentale considerare i parametri di selezione delle varie psicoterapie, espressi dai vari autori che le hanno testate su campioni specifici, prima di mescolare o cambiare le varie tecniche.

Malan descrive infatti alcuni casi clinici in cui errori di selezione hanno portato a gravi complicazioni. Secondo questo autore, come regola fissa non si dovrebbe mai utilizzare con pazienti a livello inferiore di sviluppo tecniche adatte ad un livello superiore. L' autore presenta una interessante tabella comparativa tra le tecniche di molti terapeuti in cui attraverso incroci cartesiani si evidenziano tratti comuni e, nei riquadri di autoincrocio sono evidenziate le singolarità non utilizzabili dagli altri.

Di seguito si riporta la tabella:

## TABELLA DI CONFRONTO TRA I VARI AUTORI

Autore; Numero Sedute	Alexander	Sifneos	Mann	Malan	Davanloo	Wolberg
Alexander (2-65)	<i>Flessibilità nella frequenza delle sedute</i>	Incoraggia i cambiamenti nella vita reale	Incoraggia i cambiamenti nella vita reale	Manipolazione del transfert	Incoraggia i cambiamenti nella vita reale	Manipolazione del transfert e cambiamenti nella vita reale
Sifneos (12-20)	Focus edipico e criteri di selezione	<i>Attacchi ansiofobici delle difese</i>	Focus edipico e criteri di selezione	Focus edipico e criteri di selezione	Focus edipico e criteri di selezione	Focus edipico e criteri di selezione
Mann (12)			<i>Durata fissa di 12 sedute. Problema centrale. Ampi criteri di selezione</i>			
Malan (20-30)	Criteri di selezione		Criteri di selezione		Criteri di selezione e limite temporale prefissato	Criteri di selezione e limite temporale prefissato
Davanloo (5-40)					<i>Confronti diretti rispetto a rabbia e risposte evasive</i>	
Wolberg (12-20)	Autoterapia dopo la conclusione	Autoterapia dopo la conclusione			Autoterapia dopo la conclusione	<i>Ipnosi Esercizi di rilassamento</i>

Dall'esame della tabella si vede che, se alcune tecniche possono sovrapporsi per durata temporale o per i criteri di selezione o per il focus scelto, altre sono in effetti inconciliabili sia nella tecnica che negli altri parametri.

Se si vuole dunque imparare qualcuna di queste tecniche, sarebbe necessario, per poter agire su un vasto numero di casi, impararle tutte, oppure esercitare una rigida selezione delle richieste.

Anche se la psicoterapia breve si presta meglio della psicoanalisi alla ricerca è difficile per il singolo psicoanalista sperimentare su un numero sufficientemente alto di pazienti per ottenere dati significativi molti cambiamenti di tecnica.

Se l'uso delle terapie brevi si diffondesse invece tra i terapeuti delle strutture pubbliche, dato il grande numero di utenti e attuando particolari protocolli condivisi, si potrebbe in effetti attuare un numero molto maggiore di ricerche e verificare le tecniche in funzione dei criteri di selezione e dei cambiamenti.

**STRUMENTI TERAPEUTICI. TABELLA DI CONFRONTO (GRASSO, 2001)**

	Sifneos Ansiolit	Sifneos Ansiog.	Pinkus	Mann	Malan	Gillieron	Davanlo	Bellak Small	Alexander e French
Interpretazione			*	*	*	*	*	*	*
Catarsi Indiretta								*	
Confronto			*			*	*		*
Abreazione				*					
Suggestione				*					
Chiarificazione		*	*	*					
Contestazione		*							
Rinforzo Difese								*	
Domande Ansiogene		*							
Rassicurazione	*		*					*	
Ospedalizz.	*							*	
Farmaci	*							*	
Manipolazione Ambientale	*			*				*	
Sostegno	*		*	*			*	*	*
Consigli	*							*	
Educazione				*				*	
Consultazione Congiunta								*	
Terapia di Gruppo								*	
Riabilitazione motoria								*	

Dalla tabella di comparazione tra alcuni autori presi in esame esposta precedentemente e dall'esame delle tecniche terapeutiche usate si possono delimitare due gruppi in confronto con la tecnica psicoanalitica che si basa solo sull'interpretazione:

-per alcuni autori lo strumento indispensabile ed esclusivo rimane l'interpretazione, circoscritta però ad un focus

-per altri l'interpretazione è solo uno dei possibili strumenti, correlata ad altri a seconda dei casi.

Per gli autori del primo gruppo (Malan, Davanloo; Alexander e in parte Gillieron che non attua una terapia di tipo focale) le interpretazioni, soprattutto quelle profonde, sono strettamente correlate ai migliori risultati terapeutici e c'è concordanza con il metodo psicoanalitico. Naturalmente è vitale capire che in una terapia dove la selezione privilegia coloro che, nell'intervista di valutazione, mostrano una maggior capacità di insight e disponibilità ad accogliere le interpretazioni stesse.

Per gli autori che non effettuano interpretazioni di prova e che utilizzano un numero ridotto e fisso di sedute, l'interpretazione troppo profonda può condurre a depressione e panico, anziché portare sollievo. Per questi autori altre forme, come l'abreazione, la suggestione, la catarsi indiretta, possono essere più validi dell'interpretazione ritornando quasi ai metodi iniziali della terapia freudiana, con una inversione di causalità: per tempi brevi risulta più utile la catarsi.

Gli autori che, come Bellak e Small, hanno svolto la loro opera nelle strutture pubbliche, dove la richiesta di intervento è in continuo aumento e il servizio è rivolto a pazienti in stato di crisi, in situazione psicotica, in depressione per operazioni, lutti divorzi ecc., con problemi dovuti all'età e altro. In questi casi il terapeuta distingue solo

a livello formale tra “psicoterapia breve” e “psicoterapia di urgenza” e il ricorso al “rame” della suggestione è senz’altro vero, dovuto all’applicazione della terapia su larga scala, senza criterio di scelta.

Più chiara la posizione di Sifneos, che distingue tra psicoterapia ansiogena, psicoterapia ansiolitica e intervento di crisi, differenziando per ognuno i diversi obiettivi e le diverse tecniche.

Per concludere con Grasso, sembra che, se si adottano criteri di selezione sia per la capacità di insight che per la sindrome presentata, e se la brevità del trattamento è solo una indicazione di massima, non è quindi predeterminata, allora l’interpretazione è utilizzabile adeguatamente e la psicoterapia dinamica breve può portare a miglioramenti non solo sintomatici

## **IL TRANSFERT**

Prima di affrontare questo tema è necessario dare qualche definizione di transfert:

- Been e Sklar (1985): tutte quelle fantasie, reazioni e sentimenti, consci o inconsci, sperimentati dal paziente nei confronti del terapeuta.
- Greenson (1967): il vissuto di sentimenti, fantasie e atteggiamenti rivolti ad una persona nel presente, che comunque non si adattano a quella persona, perché sono una ripetizione di reazioni originariamente scaturite nel passato in rapporto a figure significative dell'infanzia e inconsciamente spostate su figure che fanno parte dell'esperienza di vita attuale di un individuo.

Tutto ciò è originato secondo Grasso (2001) da tre fattori :

- La relazione reale tra paziente e terapeuta
- La configurazione caratteriologica del paziente
- Le tradizionali potenzialità transferali

Nel trattamento psicoanalitico l'obiettivo fondamentale è lo sviluppo e la risoluzione della nevrosi di transfert, cioè quell'insieme di reazioni transferali in cui analista e analisi divengono il centro dei conflitti nevrotici del paziente, riproposti nella situazione analitica.

Al contrario, nella psicoterapia dinamica breve l'obiettivo prioritario è sviluppare una alleanza terapeutica inconscia proprio per evitare lo svilupparsi di una nevrosi di transfert. A questo scopo viene enfatizzato il "qui e ora", attraverso l'interpretazione costante, la chiarificazione e la confrontazione di tutte le difese verso l'esperienza emotiva relazionale, delle tendenze regressive, di ogni segno di resistenza.

Il paziente viene incoraggiato a lavorare usando al massimo le capacità del proprio Io e richiamandolo alla responsabilità nei confronti del progetto terapeutico e dell'alleanza

stabilita. Si possono così analizzare i sentimenti verso il terapeuta connettendoli con quelli provati verso figure importanti della vita attuale e passata del cliente, rivivendo pienamente le esperienze passate con solo un minimo di regressione.

Negli ultimi modelli di psicoterapia dinamica breve di Davanloo, Fosha e Osimo si fa sempre riferimento ai due triangoli di Malan: il Triangolo del Conflitto e il Triangolo delle Persone.

La struttura particolare delle terapie brevi porta ad una sistematica analisi iniziale della dimensione caratteriologica del paziente, che scatena le ansie per l'azione intrusiva e le difese, pur nell'aspettativa di un intervento "forte" da parte del terapeuta.

Questa ambivalenza può essere collegata all'ambivalenza primaria verso le figure parentali. Il paziente viene immediatamente stimolato ad analizzare i suoi sentimenti negativi, gli impulsi aggressivi e le regressioni, rafforzando la responsabilità e l'alleanza terapeutica. Le difese dell'Io sono scatenate dal timore di una perdita degli oggetti primari e quindi dalla dimensione depressiva derivata dalla necessità di elaborare un lutto. Questa elaborazione deve essere particolarmente seguita se si ha una situazione di "lutto patologico" fissata che, a causa della brevità della terapia può essere ulteriormente aggravata.

Secondo Been e Sklar(1985) si può riassumere il lavoro sul transfert nella psicoterapia breve secondo il seguente paradigma:

- Iniziale lavoro sulla dimensione caratteriologica
- Analisi del "lutto patologico", se presente.
- Ripetute analisi del transfert negativo e delle resistenze collegate.
- Consolidamento dell'alleanza terapeutica inconscia.
- Analisi dei desideri erotici e di passività e delle difese collegate verso l'intimità relazionale con il terapeuta

- Breve analisi della separazione dal terapeuta nella fase finale.

Quasi tutti gli autori analizzano il transfert molto precocemente, a volte già nella prima seduta di valutazione e tutti concordano sulla necessità di evitare la nevrosi transferale, con conseguente regressione e dipendenza. Le interpretazioni comunque riguardano solo le manifestazioni inerenti al focus scelto per la terapia e, solitamente, quelle negative, mentre quelle positive sono incoraggiate ai fini dell'alleanza.

Grasso si chiede se i cambiamenti ottenuti con queste tecniche non siano “guarigioni da transfert” realizzatesi per compiacere il terapeuta e se gli effetti siano effettivamente duraturi in un tempo più lungo.

E' importante considerare quale tipo di configurazione assume il transfert nei trattamenti brevi.

Sostiene Eissler (1953) che l'introduzione di parametri altera la qualità del transfert, per cui le variazioni parametriche introdotte nei trattamenti brevi portano a particolari connotazioni del transfert.

Prendiamo in esame di seguito le dimensioni transferali connesse tipicamente con le psicoterapie brevi (Mendelsohn 1978)

- Configurazione del transfert a livello orale: la brevità del trattamento può portare ad una reazione di tipo orale-dipendente caratterizzata all'opposto dall'inattività, con la tendenza a lasciare fare tutto il lavoro al terapeuta. Può essere utile, per formazioni caratteriali di tipo orale-dipendente, l'intervento breve come prova di assaggio per una terapia più profonda.
- Configurazione di transfert a livello anale: si può sviluppare la tendenza a trattenere materiale significativo, o favorire una espulsione rapida e priva di elaborazione per contenuti penosi. Può fornire comunque l'opportunità per acquistare una certa capacità decisionale.

- Configurazione del transfert a livello fallico: l'attività del terapeuta può portare ad un pattern identificatorio non adeguatamente integrato. Se avviene l'integrazione si può aumentare la determinazione al conseguimento degli obiettivi.
- Configurazione a livello edipico: a causa delle fantasie aggressive e sessuali verso il terapeuta, la brevità dell'intervento può essere vissuta come un abbandono, che deve essere comunque elaborato all'interno della terapia.

## **IL CONTROTRANSFERT**

Secondo Laplanche e Pontalis (1967) è l'insieme delle reazioni inconsce del terapeuta nei confronti del paziente e del suo transfert.

Nelle psicoterapia dinamica breve, l'impostazione spaziale e temporale del setting porta inevitabilmente ad un maggiore coinvolgimento del terapeuta e ad una maggiore difficoltà a distinguere le proprie emozioni da quelle del paziente. Tuttavia il continuo richiamo alla realtà del "qui e ora" riduce senz'altro la reciproca regressione e interazione.

Dove l'azione del terapeuta è particolarmente ansiogena o confrontativa si possono trasformare tali strumenti in azioni sadiche e punitive, causando nel paziente complicazioni quali depressione, panico, reazioni psicotiche e suicidio.

Sempre Mendelsohn esamina il controtransfert a livello sia orale (con fuga dal coinvolgimento emotivo), che anale ( con attività di controllo e spinta all'acting-out ), che edipico (minimizzando le difficoltà dei pazienti e spingendoli a fare ciò che lui non si sente in grado di fare).

La sensazione più comune è una sorta di sentimento di colpa esistenziale per una terapia sentita come di "tamponamento", che porta ad una svalutazione della terapia stessa ed al ritiro dal coinvolgimento nel proprio lavoro.

In questi casi viene a mancare la spinta fondamentale al coinvolgimento con le problematiche del paziente e la forza per sostenerlo nel cambiamento.

## LA VERIFICA

### **Riflessioni sulla valutazione della psicoterapia.**

Il tema della valutazione dei risultati coinvolge numerosi ambiti problematici che riguardano sia i concetti teorici sia la metodologia e su molti di questi la discussione è ancora aperta.

Tra i concetti teorici ci sono i criteri di diagnosi, di selezione dei pazienti per le varie forme di terapia, i vari concetti di validità presi in esame dalla letteratura scientifica, le discussioni sulla possibilità o meno di valutare scientificamente questa materia e molti altri. Per quanto riguarda le metodologie si pongono problemi per quanto riguarda il tipo e il numero di variabili che si possono operationalizzare, le modalità di raccolta dei dati, le operazioni di analisi degli stessi, i metodi di confronto delle variabili ed altro.

La prima riflessione nasce dal fatto che lo stesso Freud ha, fin dall'inizio, sostenuto la necessità di una scientificità della psicoanalisi, attuata delimitando gli oggetti dello studio, precisando le metodologie dell'osservazione e della raccolta dei dati, rifiutando le ipotesi non sufficientemente provate. Tuttavia ha anche sottolineato la peculiarità del lavoro clinico, senz'altro diverso dall'ambiente della psicologia sperimentale e ha identificato l'interpretazione sia come strumento terapeutico che come strumento di osservazione, raccolta e organizzazione dei dati clinici. (Dazzi, De Coro, Psicologia dinamica 2001) causando una certa confusione tra questi due campi.

Già nel 1927 arriva dagli U.S.A. una forte spinta verso la ricerca sperimentale e la verifica ad opera soprattutto di Sullivan e poi, in seguito, da Rapaport, Kernberg, Wallerstein ed altri.

La possibilità di svolgere ricerca e verifica nel campo delle terapie ispirate alla psicoanalisi è un tema molto dibattuto, in quanto molti autori ritengono che i metodi della ricerca portino al riduzionismo tecnico una materia di per sé molto complessa e in

gran parte soggettiva e che i risultati delle ricerche poco si rapportino alla competenza e all'abilità dei terapeuti.

D'altra parte l'aumento della richiesta di prestazioni, la necessità di fornire un servizio adeguato, la riflessione sul problema costi-benefici, così importante quando entrano in gioco strutture pubbliche per l'assistenza sanitaria, hanno spinto lo sviluppo della ricerca empirica nel campo delle psicoterapie e della psichiatria dinamica, ricerca fondata su dati osservabili e riproducibili e su definizioni operative dei concetti

## **Le procedure di valutazione**

Le procedure di valutazione possono riguardare ogni momento dell'iter della terapia: la presa in carico, le varie fasi del processo, i risultati finali, i metodi usati, le tecniche, il drop-out, le caratteristiche del terapeuta, le caratteristiche del paziente e molto altro.

Mentre le terapie comportamentiste sono già teoricamente impostate sul metodo scientifico, le terapie dinamiche e la psicoanalisi in particolare, hanno avuto molte difficoltà ad affrontare il problema, rischiando, proprio per questa carenza, di essere escluse dalle linee guida per il trattamento dei disturbi mentali.

E' infatti difficile far riconoscere l'utilità dei trattamenti dinamici al livello delle strutture pubbliche, della medicina legale, della pubblica opinione, se risultasse che il paziente non è stato curato con metodi di riconosciuta efficacia.

Per una ricerca non solo clinica occorre raccogliere dati indiscutibili su cui ci sia una condivisione chiara e univoca dei concetti utilizzati. Per prima cosa quindi occorre una condivisione delle definizioni dei concetti di base e l'accettazione di norme di correlazione costanti e condivise tra gli indicatori e i concetti teorici cui si riferiscono (Nagel in: Hook "Psicoanalisi e metodo scientifico", 1959).

Bisogna comunque dire che l'operazionalizzazione dei concetti polisemici della psicoanalisi e della psicologia dinamica porta comunque ad una deformazione della realtà in quanto, per accurata che sia, la mappa non è mai il territorio. Gli indicatori devono quindi mantenere il loro valore epistemologico per poter arricchire la ricerca, ma non sostituirsi alla realtà clinica.

Molto utili possono essere tecniche mutuare da discipline affini, che possono fornire supporto per nuove tipologie di indagini.

Molti problemi sono sorti a causa della metodologia stabilita per il disegno di ricerca sperimentale che si scontra fortemente con l'etica della terapia, sia per la

randomizzazione della distribuzione dei pazienti, sia per la pretesa di una lista di attesa senza terapia per il gruppo di controllo.

Nel campo clinico, a causa delle finalità terapeutiche, sono più attuabili ricerche quasi sperimentali con le terapie brevi, sia perché in queste ultime sono più strutturati gli interventi, sia per la durata limitata, che consente lavori longitudinali e minori tempi di attesa per i pazienti.

Particolarmente utili sono l'utilizzazione delle nuove tecnologie sia di registrazione che di elaborazione delle sedute e dei dati raccolti. Sono stati costruiti inoltre diversi strumenti di rilevazione per vari parametri che esamineremo in seguito.

Buona parte della problematicità della valutazione dei risultati ottenuti è legata a due tipi di fattori:

- la misurazione del cambiamento del paziente nel corso della cura (variazione di variabili individuate tra l'inizio e la fine del processo)
- la comprensione di quanto il cambiamento sia dovuto all'efficacia terapeutica e/o ad altri fattori intrinseci o estrinseci alla terapia stessa.

La prima domanda è come definire il cambiamento. Kinght (1941) ha proposto tre criteri prioritari per la valutazione che sono ancora validi:

- esaurimento dell'insieme dei sintomi lamentati dal paziente
- reale miglioramento nella funzionalità psichica.
- Migliore adattamento alla vita reale.

Parlare di verifica nell'ambito delle psicoterapie brevi sembrerebbe essere molto più facile, e in effetti sia la riduzione dei tempi sia la strutturazione focale delle modalità di intervento già specificate e codificate nei vari manuali tecnici, forniscono un notevole vantaggio, pari quasi all'impostazione delle terapie comportamentiste e cognitiviste.

Permangono tuttavia, proprio per il fondarsi di queste psicoterapie sui concetti della dinamica, alcuni parametri irriducibili alla completa oggettività voluta dalla ricerca sperimentale. Su questi nodi controversi si è svolta e ancora si svolge una, a mio parere, fruttuosa controversia che, proprio perché promette di non riuscire ad arrivare a nessuna decisione definitiva, consente di rimettere in discussione, approfondire, ampliare e concordare concetti o metodi che all'inizio sembravano inconciliabili.

Negli ultimi anni sono fiorite un gran numero di ricerche sia in ambito internazionale che nazionale, sulla spinta della necessità pratica dell'incremento della richiesta di applicazione di un grande numero di psicoterapie sia in ambito pubblico che privato e della necessità di garanzie terapeutiche verso gli utenti.

Tutti gli autori che ho preso in esame nelle breve rassegna storica proposta all'inizio di questo lavoro hanno svolto ricerche empiriche sulle loro teorie, sviluppando spesso anche strumenti idonei all'indagine come schede, questionari e scale di misurazione di vari parametri, che sono poi stati utilizzati anche per ricerche con altre metodiche.

Per tutti i risultati presentano risvolti sufficientemente positivi anche nei follow-up eseguiti nei mesi successivi alla fine della terapia indicando una maggiore conoscenza di sé da parte del paziente, un miglioramento del corredo sintomatologico su cui si è focalizzata la terapia, un miglioramento generale della stima di sé.

Bisogna evidenziare come, nei modelli più recenti di psicoterapia dinamica breve siano aumentati gli strumenti utili per la verifica, anche con l'introduzione di tecniche di registrazione sempre più valide, di supervisione sistematica e spesso, come per Davanloo condivisa con il paziente, di tecniche di raccolta ed elaborazione dei dati sempre più funzionali.

Non si deve tuttavia nascondere che alcuni dati sull'efficacia delle PDB sono stati in parte ridimensionati: Migone denuncia una percentuale di ricadute pari al 30-40% (Migone,1982).

Per una trattazione più esauriente di questo argomento può essere interessante il testo di Claudio Fava e Cinzia Masserini “Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico” (2002), che prende in esame una serie di ricerche svolte in Italia da punti di vista molto interessanti: quello degli operatori, quello dei pazienti, quello delle teorie sottostanti.

Seguiremo quindi l'impostazione offerta da questo testo, che ha il pregio di una forte contestualizzazione nella realtà italiana dell'applicazione pratica delle psicoterapie. In seguito verranno prese in esame alcune ricerche comparse su riviste specialistiche del settore.

Il testo è suddiviso in capitoli che prendono in esame diversi aspetti del problema della valutazione e per chiarezza ho deciso di mantenere la stessa divisione.

## **Modelli di ricerca**

Un primo aspetto da considerare riguarda i modelli con cui può essere svolta una ricerca in campo psicoterapeutico.

Dalla fine degli anni cinquanta si è affermato nel campo medico il trial clinico randomizzato che prevede la distribuzione casuale dei pazienti in gruppi equivalenti e il gruppo di controllo in doppio cieco.

Questa tecnica è finita per essere considerata l'unica affidabile per valutare l'efficacia dei trattamenti clinici, in quanto fondata sull'evidenza e ripetibile in ogni occorrenza. Su questa base l'attendibilità delle psicoterapie risulta praticamente inesistente.

Tuttavia alcuni ricercatori hanno sollevato delle critiche nei confronti di questo modello, in quanto si fa notare che la validità di questi studi non può essere estesa al di fuori del contesto in cui sono stati condotti, in quanto la popolazione su cui si basano per i loro lavori è molto lontana dalla popolazione reale in cui poi vengono attuate le vere terapie, e ancora non è stato accertato quanto fortemente possa influire una diversità del contesto.

Inoltre questa metodica è risultata troppo costosa ed è controversa per alcuni limiti rilevati da Seligman (1995).

Queste metodiche di ricerca infatti tralasciano alcune caratteristiche fondamentali e funzionali degli interventi psicoterapici:

- variabilità del tempo della terapia, che nei trials clinici randomizzati è stabilito
- autocorrezione in itinere dei trattamenti che non funzionano, mentre nell'altro è richiesta la standardizzazione dello stesso.
- i pazienti scelgono attivamente tipo di terapia e terapeuta, mentre nei trials la distribuzione è volutamente casuale.

- normalmente i pazienti hanno più di un disturbo, contrariamente ai pazienti selezionati con una forma pura.
- la psicoterapia reale persegue un miglioramento funzionale generale e non il cambiamento di un solo parametro.

Inoltre a volte i tempi di osservazione devono essere più lunghi e nello stesso trattamento possono esserci diversi interventi contemporanei, che rendono impossibile il classico studio di efficacia..

A questo Luborski (1983) aggiunge la dimostrazione che la distribuzione randomizzata dei pazienti danneggia il costituirsi dell'alleanza terapeutica e Morosini (1995) rileva infine che un trattamento che si presta poco a questo tipo di valutazione non è detto che solo per questo sia inerte.

Gli studi di efficacia inoltre non individuano quali caratteristiche del trattamento abbiano portato a risultati positivi. La standardizzazione delle procedure e l'omogeneizzazione del trattamento nella psicoterapia non garantiscono infine risultati migliori.

Occorre quindi trovare strategie più adatte al contesto clinico, pur considerando che comunque gli studi di efficacia hanno permesso di stabilire che alcune forme di psicoterapia hanno, per alcuni disturbi psichiatrici, effetti paragonabili a quelli dei farmaci.

Tra le tecniche proposte per la valutazione degli interventi psicoterapeutici abbiamo:

- Studi osservazionali nei contesti tipici di trattamento che misurano l'efficacia nel contesto reale. Una interessante proposta di Barbui (2001) suggerisce di sviluppare le ricerche nel proprio contesto di lavoro, trasformando il quotidiano in un processo conoscitivo.
- Ricerche qualitative (qualitative research) come l'analisi sistematica del "punto di vista (perspective) sia dei clienti che dei terapeuti sull'esperienza comune, nel rispetto

dell'andamento naturale del trattamento che “può essere fatto su larga scala a costi contenuti, ha un buon rapporto costi-benefici, può essere rappresentativo della popolazione generale, è statisticamente forte e può valutare la molteplicità e la qualità dei trattamenti.” (Seligman 1995).

- studi di processo per analizzare gli aspetti tecnici e i fenomeni interattivi che caratterizzano i processi di cambiamento nel corso delle terapie.

Secondo Luborsky (1985) questo è il modo più sicuro per avere informazioni che migliorino la qualità e la specificità dei trattamenti

Analisi di prospettive multiple, che confrontano percezioni e valutazioni di utenti, terapeuti, e osservatori esterni rispetto alla comune esperienza di trattamento nei servizi. (Coursey,1995)

Poiché ognuno di questi modelli analizza aspetti diversi della realtà della terapia, per avere un quadro generale occorre la sinergia di tutti. In questo modo si può essere abbastanza precisi e ragionevolmente sicuri delle affermazioni, mantenendo comunque in modo pratico il contatto con la realtà multiforme dei fenomeni psichici.

## **La scelta degli strumenti per la valutazione degli esiti**

Anche la scelta degli strumenti non è neutra in quanto è mediata dai criteri di guarigione, impliciti o espliciti, scelti dai ricercatori, su cui non sempre vi è accordo assoluto tra tutti gli autori. In questa scelta è implicato anche il concetto di malattia mentale sottinteso dal modello culturale dei ricercatori, concetto su cui, come abbiamo visto in altra parte di questo lavoro, ancora sono aperte molte controversie.

Nonostante questo problema di relativismo è comunque utile conoscere i limiti e i problemi posti dagli strumenti e attuare la scelta più idonea possibile tra le varie opzioni.

Si elencano di seguito alcune possibilità di scelta:

- tra strumento auto o etero somministrati (dal terapeuta o da altri valutatori)
- tra misure di variazioni sintomatiche o di gradi di funzionamento in determinati livelli.
- tra strumenti monodimensionali o pluridimensionali.
- tra strumenti “uguali per tutti” o specifici per gli obiettivi scelti.
- tra strumenti soggettivi (punto di vista) o orientati alla maggiore obiettività possibile
- tra strumenti semplici e complessi , molto conosciuti o specifici.
- tra strumenti adatti a valutare gli esiti finali o le fasi intermedie del processo terapeutico.
- tra strumenti ad alto o basso contenuto teorico

Tutto questo rende complessa sia la scelta che il confronto fra i risultati dei trattamenti in quanto le valutazioni non sempre sono paragonabili tra loro. E' importante quindi definire una area di consenso il più vasta possibile intorno agli strumenti di misurazione e mantenere una consapevolezza critica per una valida interpretazione dei risultati.

Per una valutazione più corretta è opportuno usare strumenti multidimensionali o raggiungere la multidimensionalità attraverso l'impiego simultaneo di diversi strumenti monodimensionali che indagano su aree differenti.

Nel testo già citato “efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico” vengono presentate una serie di ricerche svolte in strutture pubbliche di varie regioni d'Italia, considerate dal punto di vista dei vari problemi posti dalla valutazione.

## **Gli effetti delle psicoterapie**

La prima ricerca di tipo qualitativo è stata svolta in nove province della Lombardia nell'ambito dei Centri Psicosociali sulla "qualità percepita" dal punto di vista degli utenti, basata su un modello di ricerca svolta da Seligman (1995) su ben 7000 pazienti, che ha portato alla conclusione che le psicoterapie anche di diverse forme hanno una elevata probabilità di dare buoni risultati permanenti, mentre altri tipi di interventi, medico o farmacologico o altri, danno risultati buoni all'inizio, ma non duraturi.

Sono stati utilizzati come strumenti 5 questionari autosomministrati contenenti domande a risposta aperta, a risposta chiusa e formulate sotto forma di scale.

Secondo Di Nuovo (2000), la rilevazione della percezione soggettiva dei partecipanti al processo terapeutico, attuata con strumenti non intrusivi come le interviste, consente alla ricerca qualitativa di cogliere la complessità e la dinamicità dell'oggetto della ricerca in psicoterapia. Coursey (1991,1995) ha esaminato l'affidabilità delle risposte dei pazienti e ha sottolineato la competenza dei pazienti ad esprimere la propria esperienza se il questionario è formulato e somministrato in modo appropriato. Le psicoterapie prese in esame sono state suddivise in due gruppi: formalizzate (con un setting specifico) FT, e non formalizzate (con parametri diversi) nFT.

Dalle conclusioni si conferma che le psicoterapie reali a orientamento dinamico producono effetti solo in parte sovrapponibili e concorrenziali rispetto ai farmaci, ma, essendo orientate a conseguire obiettivi di crescita personale, maturazione, efficienza e superamento della vulnerabilità, si arriva ad un maggiore senso di realizzazione di sé, piuttosto che alla sola assenza dei sintomi.

Inoltre le terapie formalizzate portano ancor più verso aspetti evolutivi e maturativi, sia nel senso della qualità percepita del miglioramento, sia in quello del superamento dalla dipendenza dal servizio, rispetto a quelle non formalizzate.

Le psicoterapie formalizzate vengono percepite come esperienze importanti e significative anche se difficili e dolorose, che puntano sulla valorizzazione dello sforzo personale e sull'impegno del paziente, e sono correlate con i risultati predittivi della motivazione.

Anche l'indagine sui fattori terapeutici segnala una differenza tra i due gruppi: più portato ai fattori supportivi il gruppo non formalizzato, più rivolto all'espressività e all'autostima il gruppo con terapia formalizzata.

Considerando le risposte aperte si evidenzia un fattore legato alla capacità della psicoterapia di adattarsi in modo flessibile alle esigenze diverse in entrambi i gruppi.

I limiti del lavoro sono dovuti alla situazione "reale" degli interventi, con tutte le soggettività implicite, e la mancanza di indagine nei riguardi dei drop-out e del 25% dei pazienti poco o niente migliorati.

## **Il punto di vista dei terapeuti**

Già dagli anni 80 diverse ricerche sul territorio hanno cercato di approfondire il reale sviluppo della pratica psicoterapica nei Centri di Salute Mentale (CSM) previsti dalla legge 180.

Tra queste vengono citate alcune ricerche in diverse regioni italiane, come Sacco e collaboratori in provincia di Bari(1989), Morlino et al. Nei CSM di Napoli e Salerno (1993), Gallo e Rucci nei CSM dell'Emilia Romagna (2000).

In tutte queste ricerche viene dato molto spazio alla discussione sulla definizione di psicoterapia, non tanto sulla base degli assunti teorici, quanto su ciò che viene realmente messo in atto nei servizi e denominato intervento psicoterapeutico. Anche Migone (1999), tra gli altri, si è interessato dell'argomento.

Dai dati di questa ricerca, svolta contemporaneamente alla prima, sullo stesso territorio, si conferma un profilo degli interventi psicoterapici ampio ma non generico, ottenuto da modelli che gli operatori hanno mutuato dalla loro pratica clinica nei servizi.

Considerare il punto di vista degli operatori in merito alla loro esperienza, permette di conoscere i modelli di psicoterapia concretamente attuati nei servizi e individuare i fattori che modulano i risultati nell'ambito di fenomeni che sono comunque in continua evoluzione.

Di seguito si riassumono i risultati più significativi emersi dall'esame dei dati raccolti, come riportati nel testo.

Gli operatori dei Servizi Psichiatrici Territoriali sono ampiamente favorevoli all'applicazione di pratiche psicoterapiche, anche se ne usufruisce solo un numero limitato di pazienti. Sono scarsamente utilizzate tecniche psicoterapiche testate con studi di efficacia e la maggior parte dei terapeuti ha ritenuto di dover modificare le tecniche apprese nel training per adattare alla situazione reale di lavoro.

Le modifiche riguardano: l'integrazione degli obiettivi e delle strategie con le pratiche riabilitative, una maggiore flessibilità dei modelli di riferimento e delle tecniche, la riduzione dei tempi di trattamento, e lo sviluppo di una lunga fase di consultazione prima del trattamento vero e proprio

Per molti l'evoluzione del modello è in relazione allo sviluppo delle capacità relazionali del terapeuta. Gli psichiatri dimostrano una maggiore flessibilità e genericità rispetto ai modelli psicoterapici in confronto agli psicologi che risultano più rigorosi nell'applicare le regole del trattamento. Per entrambi gli obiettivi risultano ridimensionati (soprattutto per gli psicoanalisti, più limitati nelle finalità e tesi all'adattamento ambientale).

Le valutazioni dei risultati coincidono con quelli dichiarati dai pazienti per gli psicologi, sono inferiori per gli psichiatri.

Comunque, per entrambi i successi terapeutici sono considerati con molta prudenza.

Emerge di fondo una tendenza all'integrazione dei modelli. Questi risultati sono chiaramente legati al tipo di intervista che è stata proposta e che era rivolta a indagare gli orientamenti più generali anziché gli aspetti più tecnici.

## **Ricerche e considerazioni sulle diverse dimensioni di esito**

Sebbene gli studi sulle condizioni pre e post trattamento siano utili e attendibili, una integrazione e un approfondimento della situazione si può avere studiando una classe di pazienti esclusi dalle precedenti ricerche, cioè coloro che interrompono in modo non concordato la terapia, (drop-out con almeno una seduta svolta, e late drop-out dopo un certo periodo di terapia).

Per questo è stato sviluppato il progetto “Affori-Ricerca in psicoterapia”, a partire dal 1994 fino al 2000 nella UOP 48, a Milano nella sede della clinica Psichiatrica dell’Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Salute Mentale dell’Ospedale di Niguarda. Il servizio interessato è quello di Consultazione e Psicoterapia della UOP 48, struttura di II livello per accedere ad un trattamento psicoterapico nell’ambito del Servizio Pubblico.

Il disegno della ricerca è uno studio osservazionale prospettico in un contesto tipico di cura, che non altera la normale attività clinica, include tutti i pazienti e valuta gli esiti della cura in condizioni reali. L’obiettivo è stato individuare i fattori predittivi degli esiti insoddisfacenti e dei drop-out. Come riportato in letteratura i tassi di drop-out non sono trascurabili, anche se variano in funzione del contesto del trattamento, del tipo di terapia, della diagnosi, del concetto di drop-out del terapeuta.

Sono stati individuati quattro gruppi di variabili che di seguito prenderemo in esame:

- Variabili sociodemografiche, socioculturali e della diagnosi. La letteratura indica relazioni frequenti ma non costanti con la classe sociale, il livello degli studi e le condizioni lavorative, (più bassa la classe sociale e il livello culturale più drop-out si verificano, dato collegato anche a questioni economiche). Qualche correlazione risulta anche con l’età molto giovane.
- Variabili del paziente. Più della diagnosi, sono correlate alcune caratteristiche sintomatico- funzionali. Tendenze paranoiche, sociopatie, alcolismo, disturbo borderline

e bassa tolleranza all'ansia sono fattori di rischio. Un minor livello iniziale di ansia e depressione porta più facilmente all'interruzione in quanto è meno sentito il bisogno del sostegno terapeutico.

- Variabili del terapeuta. Dalle ricerche si evidenzia l'importanza dell'interesse del terapeuta per il paziente e dell'affinità tra i due. Da una ricerca tramite questionario di Frayn (1992) vi è una elevata correlazione tra drop-out e atteggiamento impaurito, negativo o preoccupato del terapeuta, che viene vissuto dal paziente come poco capace o poco disponibile.
- Variabili della coppia paziente- terapeuta. Nelle ricerche su questo tema sono stati usati questionari, ma anche il metodo CCRT di Luborsky per valutare alcuni aspetti dell'interazione e della capacità del terapeuta di identificare i temi più pervasivi e conflittuali del paziente, e varie scale di misurazione.

Il primo problema è stato se considerare i drop-out, soprattutto quelli tardivi, come dei fallimenti in quanto, dagli studi di Pekarik (1992,a,b), una certa percentuale di pazienti drop-out si dichiarava comunque soddisfatta del trattamento ricevuto e, con una percentuale di circa il 25%, di aver ottenuto comunque un certo miglioramento.

Dallo studio in esame risulta una correlazione negativa con la diagnosi e una positività con la "sensibilità ai rapporti interpersonali".

Risulta anche negativamente correlata la presenza contemporanea di una farmacoterapia. La motivazione anche medio-alta non risulta un buon predittore per cui si pensa intervengano anche vantaggi secondari non ancora identificati e legati probabilmente allo specifico setting terapeutico.

L'analisi del drop-out sembra evidenziare due aree molto importanti: una connessa alla gestione degli aspetti relazionali da parte di entrambi, soprattutto nei primi incontri,

l'altra è legata alla capacità della coppia di costruire e condividere una alleanza terapeutica per un progetto di lavoro comune.

## **Risultati sullo studio dei predittori**

L'esame dei predittori dell'esito finale della terapia ha portato ad alcune considerazioni che verranno esposte di seguito

- *Variabili sociodemografiche.* Non vi è correlazione positiva, ma un livello socioculturale più elevato porta ad un maggior ricorso alla richiesta di aiuto e alla continuazione della terapia.
- *Gravità e livello di sofferenza.* Mentre il livello di sofferenza è soggettivo, la gravità è un parametro che ha un riscontro obiettivo e può essere misurata con vari strumenti. La gravità psichiatrica risulta essere correlata a risultati peggiori insieme alla cronicità. Il livello soggettivo di sofferenza non risulta invece correlato.
- *Caratteristiche funzionali.* Il livello di Q.I. sembra poco predittivo, ma, poiché la psicoterapia dinamica si fonda sull'interpretazione, è necessaria una certa capacità nel paziente sia di comprensione che di elaborazione. Risultano favorevoli le attitudini positive verso sé e verso la terapia, la flessibilità, l'attività, la libertà emozionale.
- *Motivazione e alleanza di lavoro.* Degli alti livelli di questi predittori sono positivamente correlati al buon esito della terapia. Una ampia discussione, ancora non risolta, propone due visioni distinte per l'alleanza terapeutica: come un aspetto della relazione terapeutica diversa dal transfert (fattore terapeutico indipendente da sviluppare autonomamente) (Greenson,1967),o come un prodotto dell'evoluzione del transfert (dipendente dallo sviluppo di una buona relazione) (Greenacre,1968). Per entrambi questi concetti sono stati sviluppati strumenti di misura.
- *Affinità tra terapeuta e paziente.* L'affinità è indicata da una serie di convergenze che può essere presente all'inizio o formarsi in seguito, e che porta alla conoscenza condivisa dei significati, che caratterizza la formazione dell'alleanza per lo sviluppo del processo terapeutico. Per misurare questa affinità Gerin e Dazord (1991) hanno sviluppato un metodo fondato sull'analisi delle verbalizzazioni della coppia terapeuta-

paziente per rilevare la congruenza tra le due interpretazioni dei problemi e la convergenza sulle prospettive di soluzione. Dagli studi sembra che in una terapia riuscita si attui un complesso e continuo processo di negoziazione su diversi aspetti della relazione, verbali e non verbali per realizzare una sintonizzazione della coppia.

- *Autenticità, rispetto, empatia e salute mentale del terapeuta.* Alto valore è stato dimostrato per la capacità empatica e l'autenticità, che rafforza l'alleanza e diminuisce l'idealizzazione del terapeuta e le dinamiche di potere nella coppia.
- *La professionalità.* Non risultano essere positivamente correlati l'età, il training e la terapia personale del terapeuta. L'aderenza ad un manuale, cioè la coerenza del terapeuta rispetto al modello teorico, porta in genere a risultati migliori, tuttavia manuali differenti non sembrano dare risultati differenti. Ha quindi più valore una stabile struttura di riferimento, che una differenza di tecnica.
- *Direttività.* In molti lavori risulta correlata negativamente, ma è probabile che, se collegata ad un buon livello di alleanza terapeutica, si possa trasformare la direttiva in un compito terapeutico condiviso (Beutler, Engle et al., 1991).
- *Durata e intensità del trattamento.* La durata intesa come conteggio del numero delle sedute risulta positivamente correlata, mentre il valore della frequenza è ancora incerto.

Il dato fondamentale dall'esame dei dati dello studio Affori è che mentre i pazienti meno gravi raggiungono frequentemente buoni livelli di salute psichica, i pazienti più gravi tendono a rimanere sotto la soglia di salute psichica. I terapeuti risultano quindi competenti a gestire i casi relativamente meno gravi, ma i loro trattamenti non risultano adeguati per i casi più difficili. Risulta necessario quindi secondo gli autori prendere in considerazione studi e progetti orientati sui pazienti più gravi allo scopo di capire quali fattori possono migliorare, per queste persone, il servizio psicoterapico.

## **LA VALUTAZIONE DEL PROCESSO PSICOTERAPEUTICO**

### **Il processo psicoterapeutico e la ricerca empirica**

L'esito della psicoterapia si può misurare confrontando, con strumenti standardizzati le differenze tra lo stato iniziale e quello finale del paziente. La ricerca sul processo, che ha il vantaggio di essere svolta anche in itinere, tende ad individuare quali fattori intervengono nel cambiamento e come esse agiscono.

E' difficile definire univocamente i concetti di processo psicoterapeutico e di fattori terapeutici in quanto questi termini fanno riferimento alle molte teorie sottostanti.

I ricercatori hanno sviluppato strumenti di vario tipo, in quanto la consistenza degli oggetti mentali non è di facile misurazione. Gli strumenti più usati analizzano di solito l'intero testo della narrazione del paziente, oppure solo alcune parti (ad es. le parole emozionali), o le interazioni terapeuta-paziente o altre variabili in precedenza operazionalizzate.

Queste modalità si basano sull'assunto che le narrazioni siano mappe affidabili del mondo interno del paziente e, come dice Seganti (1995):" lo studio delle parole possa rendere riconoscibili le regole di produzione che a esse sono sottostanti"

Gli strumenti empirici prodotti per questo tipo di indagini sono schematizzati nelle seguenti tabelle divise secondo i tre punti di vista da esaminare: del paziente, del terapeuta, della relazione.

**Strumenti empirici per lo studio del processo psicoterapeutico : il punto di vista del paziente**

Concetti teorico-clinici	Misura operativa	Riferimento bibliografico
Transfert	CCRT Diagnosi di piano SASB Analisi configurazionale	Luborsky,1976 Luborsky e Crits-Cristoph 1990 Weiss et al.,1977 Benjamin,1979 Horowitz,1979 Dahlbender et al.,1986
Alleanza di lavoro terapeutica	Alleanza di aiuto CALPAS	Alexander e Luborsky, 1986 Marmar et al.,1986
Identificazione proiettiva	Scala di valutazione dei meccanismi di difesa	Perry e Cooper, 1989
Cambiamento strutturale	Profilo psicodinamico Karolinska	Weinryb e Rossel,1991
Resistenza Regressione Insight	Diagnosi di piano PERT Profilo psicodinamico Karolinska Consapevolezza di sé rispetto Al proprio CCRT Funzione riflessiva	Weiss et al.,1977 Gill e Hoffman,1982 Weinryb e Rossel,1991 Crits-Cristoph e Luborsky, 1990 Fonagy et al.,1997

**Strumenti empirici per lo studio del processo psicoterapeutico e concetti teorico-clinici: il punto di vista del terapeuta**

Concetti teorico-clinici	Misura operativa	Riferimento bibliografico
Interventi tecnici	Scale di valutazione delle principali caratteristiche del trattamento espressivo-supportivo Accuratezza dell'interpretazione Sistema di valutazione degli interventi del terapeuta Inventario delle strategie terapeutiche	Luborsky, 1984  Crits-Cristoph et al., 1988  Pipre et al., 1991
Atteggiamento emotivo del terapeuta Controtransfert Processi mentali dello psicoterapeuta	SASB Simpatia per il paziente Sistema di valutazione del controtransfert Questionario per i processi mentali dello psicanalista	Benjamin, 1979 Sloane, 1975 Normandin e Bouchard, 1993 Benedek, 1992

**Strumenti empirici per lo studio del processo psicoterapeutico e concetti teorico-clinici: il punto di vista della coppia**

Concetti teorico-clinici	Misura operativa	
Fantasia condivisa	CCRT e SASB Potrebbero dare informazioni	

Nelle precedenti tabelle tra gli strumenti presentati sono ricorrenti i metodi CCRT e SASB di cui cercherò di dare una breve panoramica, in quanto una trattazione esaustiva esula dalle finalità di questo lavoro.

Il primo (Core Conflictual Relationship Theme) di Luborsky è un modello che permette, attraverso la codificazione delle componenti (desideri, risposte dell'altro, risposte del Sé) più pervasive nelle narrative relazionali del paziente, di rilevare il tema relazionale conflittuale su cui focalizzare l'intervento terapeutico.

Dopo diverse edizioni, nel 1990, le varie categorie sono state standardizzate in otto clusters di desideri, otto clusters di risposte dell'altro e otto clusters di risposte del Sé, che sono ampiamente usate per la loro semplicità.

L'attendibilità è risultata soddisfacente in varie ricerche presso l'Università della Pennsylvania ed è stata replicata anche in Italia, sia presso la clinica psichiatrica dell'Università di Milano da Freni, Azzone Gigli (1993), che presso la Facoltà di Psicologia dell'Università La Sapienza di Roma da Dazzi, De Coro, Ortu et al. (1997).

Nel CCRT di ogni paziente si possono identificare risposte sia a valenza positiva che negativa, a seconda che vadano o no nella direzione della componente del desiderio presente nel CCRT. La variazione di queste dimensioni negative e positive ha permesso di avere indicazioni per valutare il cambiamento durante il processo terapeutico.

Da uno studio di Masserini et al. (1998) risulta che i pazienti all'inizio raccontano narrative con componenti del CCRT più negative e che in seguito si differenziano in due gruppi, uno che migliora le componenti riferite agli altri e al Sé e che proseguiranno positivamente il trattamento e l'altro gruppo che mantiene la negatività ed è più portato al drop-out.

Attraverso il metodo del CCRT è possibile valutare l'accuratezza dell'interpretazione del terapeuta confrontando la convergenza tra le interpretazioni e le comunicazioni del

paziente. Parte del CCRT è escluso dalla coscienza come si vede dalla gradualità con cui i pazienti prendono atto del loro CCRT, e questo lo accomuna al concetto di transfert.

## **I meccanismi di difesa**

A partire da Freud i meccanismi di difesa sono stati il cardine delle ipotesi nosografiche ad orientamento dinamico, soprattutto quelle riguardanti i livelli di organizzazione della struttura della personalità.

Riconoscere le difese più usate dal paziente permette infatti sia di fare previsioni sulle probabilità di successo della terapia, sia di considerare l'opportunità di trattamenti associati e integrati.

Gli studi di Anna Freud sui nessi tra difese e transfert hanno portato a distinguere due tipi di transfert: transfert di difesa e transfert di desiderio. Il transfert di difesa è la ripetizione "delle reazioni difensive dell'Io infantile", il transfert di desiderio è la riattivazione delle pulsioni dell'infanzia. Il transfert di difesa si manifesta nel colloquio sotto forma di meccanismo di difesa. Tali difese agiscono come resistenze quando impediscono il riconoscimento della reale natura degli affetti e dei contenuti della mente.

La resistenza comunque è un fenomeno molto complesso che solo in alcuni casi si serve delle difese. Comunque la siglatura dei meccanismi di difesa che compaiono nella terapia fornisce informazioni sul processo, sulla sua evoluzione e sui temi inconsci più conflittuali e quindi più protetti.

Nell'ambito delle difese la Psicoterapia dinamica breve, proprio perché connessa allo sviluppo di tecniche più efficaci e rapide per affrontare le difese del paziente (Osimo 2001), ha portato grandi contributi.

La comprensione dei meccanismi di difesa è importante sia per fini diagnostici, che in modo particolare per il trattamento dei disturbi psichici.

## **I processi interpersonali e il metodo SASB**

Questo modello fornisce un metodo per l'analisi dei processi interpersonali e si basa sulla teoria interpersonale di Sullivan e sulla teoria dell'attaccamento di Bowlby (Benjamin 1974). In entrambe queste teorie sono fondamentali, per gli esseri umani, i legami affettivi e le relazioni-risposte degli altri significativi.

Gli schemi interpersonali modellati dalle esperienze relazionali precoci, persistono e vengono confermati nel presente, creando o confermando sintomi psichici e schemi comportamentali disadattivi.

Il modello SASB si evolve dai modelli circomplessi di Leary (1957) e Schaefer (1965) e si può usare per ogni tipo di interazione interpersonale e per il campo psicoterapeutico può essere utile per la diagnosi, il trattamento e la prevenzione.

Nell'individuare il resoconto narrativo ciclico maladattivo è simile al metodo CCRT. Il modello SASB si basa sul concetto che tre dimensioni formino una struttura di base dell'interazione sociale: il focus, l'interdipendenza, l'affiliazione. Ci sono tre superfici circomplesse organizzate intorno agli assi principali del controllo e dell'affiliazione; ogni superficie contiene 36 comportamenti, ridotti in 4 quadranti.

Ognuna delle tre superfici (l'altro, il sé e l'intrapsichico) fornisce un punto di vista della transazione: azione transitiva (gli altri), intransitiva (il sé), introiettiva (l'intrapsichico).

Il metodo è molto sensibile e raffinato ma richiede una grande quantità di tempo e un particolare addestramento per il terapeuta.

Le codifiche di processo SASB descrivono nei vari aspetti la relazione "qui e ora" tra terapeuta e paziente; possono quindi aiutare a individuare i comportamenti terapeutici più adatti per un positivo sviluppo della terapia e quelli iatrogeni che possono impedirlo.

## **Un modello di psicoterapia basato su evidenze**

Il testo in esame (Fava e Masserini 2002) propone un modello di intervento terapeutico che si basi su alcuni fattori “aspecifici o comuni”, trasversali e presenti in tutte le forme di terapia. Questi fattori costituiscono la parte essenziale dei processi di cambiamento e il fondamento della competenza a curare dei terapeuti.

Le diverse tecniche e approcci proposti dalle varie scuole dovrebbero fornire dei vantaggi in più, specifici e validi per la grande varietà delle richieste e delle necessità che compaiono nel lavoro clinico.

Di seguito si evidenziano i fattori aspecifici basilari:

- Attenzione alle fasi di consultazione per costituire l'alleanza terapeutica, e la ridefinizione condivisa dell'obiettivo e della motivazione (Analisi della domanda)
- Riconoscimento ed elaborazione dei modelli relazionali prevalenti (transferali, pattern relazionali modelli di attaccamento).
- Elaborazione anche della motivazione del terapeuta in quanto interesse e prognosi sono direttamente collegati. Si fa notare specificamente come la rilevanza dei fattori soggettivi per la riuscita del trattamento squalifichi i sistemi di assistenza depersonalizzati e depersonalizzanti.
- Supervisione dei trattamenti per il controllo della situazione controtransferale e dello stato mentale del terapeuta.
- Competenza del terapeuta nell'uso degli strumenti terapeutici.
- Importanza delle modalità relazionali del terapeuta e delle capacità comunicative e empatiche.
- Programmazione di interventi assimilabili secondo il livello di sviluppo cognitivo e metacognitivo del paziente.

Queste ovvie indicazioni rappresentano solo la base con cui avvicinare il mondo complesso e ancora in parte ignoto rappresentato dai problemi posti dalla psicoterapia.

## **ALTRE RICERCHE SULLA VALUTAZIONE**

Dall'esame delle riviste specialistiche nell'ambito della ricerca (ad es. *Psychotherapy Research, Clinic Psychological Revue, American Journal of Psychiatry*), risulta un grande numero di articoli che riportano ricerche specifiche sui vari temi che sono stati presi in considerazione nel capitolo precedente.

In tutti questi lavori si indaga sugli effetti dei predittori di esito ritenuti in letteratura più importanti, come l'alleanza terapeutica, la strutturazione dell'Io, l'aderenza ad un manuale di tecnica, l'uso dell'interpretazione del transfert e del controtransfert ed altri.

La maggior parte delle correlazioni tra questi predittori e gli esiti attesi risultano in genere molto deboli o addirittura inesistenti, per cui non è possibile stabilire con certezza quali siano i fattori veramente importanti ed attivi nelle varie tecniche psicoterapiche.

Da un lavoro di metaanalisi svolto da Crits-Christoph nel 1993 sulla valutazione dell'efficacia delle PDB, basato sulla comparazione di 11 studi di efficacia, risulta che non ci sono significative differenze tra le varie tecniche.

Sulla base di questo tipo di risultati Barber e Foltz,(1999) propongono una riflessione sulla metateoria ponendo delle domande che riguardano tutto il processo psicoterapico delle PDB:

- Per quali pazienti sono adatte?
- Quali processi accadono nel trattamento?
- Quali differenze effettive ci sono tra le varie tecniche?
- Esiste una corrispondenza tra le differenze dei pazienti e le differenze delle terapie?
- Risultano interrelazioni tra processi terapeutici differenti?
- Occorrono strategie diverse per l'istruzione dei terapeuti all'uso delle PDB?

In tutti questi studi la conclusione è sempre l'invito ad approfondire e ampliare il più possibile le ricerche, unico modo per arrivare ad una certa sicurezza in un ambito che presenta ancora un ampio margine di incertezza.

Per concludere riportiamo un articolo di critica al concetto di psicoterapia breve di Migone (Psicoterapia e Scienze Umane, 2005, XXXIX,3) in cui l'autore propone l'abolizione del concetto stesso di terapia breve in quanto ritenuto una tautologia:( una terapia breve è una terapia che è breve).

Si propone la distinzione tra una terapia breve perché fissata tale a priori e una breve terapia che è tale perché il terapeuta ( di qualsiasi scuola) ha ottenuto in breve tempo i risultati positivi voluti. Secondo Migone il problema rientra nel dibattito sulla teoria della tecnica e in particolare, nel caso delle PDB, è legato alla teoria della tecnica psicoanalitica da cui esse derivano.

Prendendo poi in esame le varie tecniche specifiche delle terapie brevi, l'autore arriva alla conclusione che nessuna di esse è realmente specifica o originale. Sorge quindi il problema di quale sia la motivazione per instaurare un setting time-limited.

L'autore individua due tipi di motivi: interni ed esterni alla teoria. Le motivazioni esterne vengono fatte rientrare nelle normali applicazioni cliniche della teoria psicoanalitica, condizionata dai limiti soggettivi e oggettivi del contesto in cui viene applicata.

Per le motivazioni interne propone la possibilità che la richiesta da parte del paziente e la proposta da parte del terapeuta di una terapia breve dipendano da problemi di difesa transferali o controtransferali.

Da queste considerazioni sembrerebbe sempre più importante una analisi preliminare allo stabilirsi del setting come viene proposto dalla tecnica dell'Analisi della Domanda proposta da Carli. In questo modo è possibile esaminare prima dell'inizio della terapia le reali motivazioni sia esterne che interne per entrambi, sia il paziente che il terapeuta.

## CONCLUSIONI

Questo lavoro ha preso in considerazione un particolare tipo di psicoterapie di tipo dinamico, le psicoterapie dinamiche brevi.

Poiché la loro origine è contemporanea alla nascita della psicoanalisi, percorrerne la storia significa prendere in considerazione i rapporti di affinità, le diversità e i motivi di contrasto che si sono sviluppati dal confronto tra le tecniche brevi e la psicoanalisi.

Le PDB, pur essendo basate sulla stessa teoria dinamica della psicoanalisi da cui hanno avuto origine, hanno proposto cambiamenti in tutti i parametri del setting che erano stati fissati da Freud.

Il più importante di questi cambiamenti, da cui poi derivano quasi tutti gli altri è quello della dimensione temporale. Questo cambiamento è stato sollecitato da motivi storici e sociali e da riflessioni e ripensamenti sulla teoria della tecnica, che si sono sviluppati con i cambiamenti dei contesti di applicazione delle psicoterapie.

Tra i motivi storico-sociali possiamo indicare l'aumento delle richieste di psicoterapia, il rapporto costi-benefici, i problemi posti dalla necessità di una verifica, l'introduzione dell'uso delle psicoterapie nel SSN e molti altri.

Per quanto riguarda le riflessioni sulla teoria della tecnica, i vari autori si sono posti domande sulla necessità di una regressione completa e quindi di una quasi impossibilità di terminare la terapia, sulla attività (quale e quanta) del terapeuta durante le sedute, sulla posizione spaziale della coppia terapeuta-paziente, sulla focalizzazione dell'intervento (conseguenza della brevità dello stesso) sulla durata (predeterminata o da fissare in itinere), sugli strumenti della tecnica da usare, sugli obiettivi da raggiungere.

Ogni autore ha impostato una serie di parametri, modificando il quadro teorico e tecnico secondo la particolare finalità che intendeva raggiungere. Si è venuta così a creare una grande variabilità di offerte, che, essendo tutte basate sulla brevità temporale dell'applicazione, consentono di effettuare, con più facilità rispetto alla psicoanalisi, verifiche sull'efficacia delle varie tecniche.

Proprio la valutazione delle psicoterapie ha generato un ampio spazio di dibattito e di confronto, rimettendo in discussione, nel passare degli anni, i fondamenti stessi delle teorie su cui si fondano le varie metodologie di ricerca.

Si è passati dal paradigma di semplificazione, su cui poggia il metodo sperimentale, (caratterizzato dalla riduzione, disgiunzione, quantificazione, ripetibilità), al paradigma della complessità, che tiene conto della soggettività, della variabilità multipla, del contesto e della parzialità della verità raggiungibile. Nell'ultimo periodo si è sviluppata una tendenza all'integrazione tra i due paradigmi, che consenta di utilizzare la parte migliore di ognuno.

Anche l'oggetto di studio ha subito dei cambiamenti e delle integrazioni e da una iniziale valutazione centrata esclusivamente sugli esiti delle terapie, si è passati ad un confronto tra diverse teorie (comportamentismo vs. psicoterapie dinamiche), fino ad arrivare all'esame del processo psicoterapeutico stesso.

Questo ultimo tema sembra essere particolarmente ricco di possibilità, in quanto consente una riflessione sia sulle teorie che sui metodi, nonché su tutti i fattori interni, esterni, specifici e aspecifici, che intervengono nella relazione terapeutica.

Allo scopo di valutare e confrontare tecniche, metodi e teorie molti ricercatori hanno sviluppato strumenti e griglie di analisi che, uniti all'uso delle nuove tecniche di registrazione e analisi dei dati, consentono una maggiore obiettività nella ricerca.

Rimangono ancora aperti i molti problemi legati alla formazione dei terapeuti, al rischio dell'eclettismo e dell'autoreferenza, all'aderenza alle prassi proposte dai manuali e

all'adattamento che avviene nella pratica reale delle terapie, sulla spinta dei contesti e della demotivazione che spesso comportano.

Molti autori, dopo aver strutturato all'inizio la propria tecnica su un campo di intervento specifico hanno poi esteso la loro tecnica di applicazione terapeutica anche ad altre patologie generalizzando gli effetti ottenuti, ma suscitando problemi nella selezione dei pazienti.

In questi ultimi anni, è stata data una sempre maggiore importanza alla situazione iniziale della terapia, cioè il momento del contatto e della richiesta di aiuto, nonché al contesto sia del paziente sia della relazione terapeutica sviluppando nuove teorie e metodologie adatte a esaminare questo momento cruciale e svilupparne le potenzialità terapeutiche.

In questo lavoro sono stati presi in considerazione alcuni studi esperienziali svolti nell'ambito del SSN italiano in varie regioni d' Italia, che hanno posto in evidenza vari problemi riguardanti il tipo di terapia (quale terapia per quale patologia?), la molteplicità delle tecniche, il problema della loro validità e molti altri.

Alcuni autori hanno iniziato un percorso di ripensamento sul concetto stesso di psicoterapia breve, considerando che, nel corso di circa un secolo si è avuto un continuo processo di evoluzione basato sull'accettazione e l'integrazione delle varie proposte e sul superamento dei contrasti che si erano avuti all'inizio.

Le necessità pratiche, anche se non possono e non devono essere l'unico criterio di scelta per un metodo particolare di psicoterapia, non possono neppure essere del tutto disattese, per cui si auspica la continuazione degli studi sulla validità e l'efficacia dei vari modelli proposti e una disponibilità a prendere in considerazione la situazione reale in cui vengono svolte le psicoterapie stesse.

Risulta quindi importante la vitalità con cui viene portato avanti il dibattito e gli studi su questi argomenti, per consentire ai terapeuti di avere strumenti sempre più versatili ed

efficaci per lo svolgimento del loro lavoro, tenendo conto che il principio etico fondamentale è sempre quello di fornire al paziente il migliore aiuto possibile.

## Bibliografia

- **Alexander F., French T.M.** (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*. New York: Ronald Press trad. it., *La esperienza emozionale correttiva*, *Psicoterapia e scienze umane*, 1993, XXVII, 2, 85-101.
- **Azzone P.** (1998), *Strumenti per la ricerca sul processo psicoterapeutico nelle terapie psicodinamiche*, "Ricerca in Psicoterapia", 1 (2), 167-180.
- **Balint M. Ornstein P.** et al. *Focal Psychotherapy*, Tavistok, London 1972
- **Barber J.P., Foltz C.** (1999) *Issues in research on short-term dynamic psychotherapy*, "Clinical Psychological Review", Sept. 19(6): 659-667.
- **Breuer J., Freud S.** (1892/1895), *Studi sull' isteria*, trad. it. in *Opere*, vol I, Boringhieri, Torino, 1967.
- **Barbui C.** (2001), *Per l'introduzione di attitudini di ricerca nella pratica quotidiana*, "Rivista sperimentale di Freniatria", vol. CXXV, n.1, 13-22.
- **Bartolomei G.** (1984), "*Psicoterapia psicoanalitica breve*" in Atti del XVIII Congresso Nazionale della Società di Psicoterapia Medica, Verona 3-4 novembre 1984.
- **Been H., Sklar I.** (1985), *Transference in Short-term Dynamic Psychotherapy*, in A. Winston ed., *Clinical and Research issues in Short Term Dynamic Psychotherapy*, American Psychiatric Press, Washindton (D.C.).
- **Bellak L., Small L.**, (1965) *Psicoterapia d'urgenza e Psicoterapia breve*, trad. it. Il Pensiero scientifico Editore, Roma, 1983.
- **Benjamin L.S.** (1974) *Structural analysis of social behavior*, "Psychological Review", 81, 392-425.

- **Beutler L., Engle S., Mohr D., et al.** (1991) *Predictors of differential and self-directed psychotherapeutic procedures*, “Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 59, 333-340.
- **Butcher J. N., Koss M. P.** (1978), *Research on brief and crisis - oriented psychotherapies*, in Garfield S. L., Bergin A. E., (1978), *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*, Wiley, New York.
- **Carli R.** (1987), *Psicologia clinica. Introduzione alla teoria e alla tecnica*, Utet, Torino.
- **Carli R.**, (1995) *Il rapporto individuo-contesto*, in “Psicologia Clinica”, 2, pp.5-20.
- **Carli R., Paniccia R.M.**, 2003, *Analisi della domanda*, Il Mulino, Bologna.
- **Carli R.**, a cura di, (1993) *L'analisi della domanda in psicologia clinica*, Giuffrè Editore, Milano
- **Coursey R.D., Farrell E.W., Zahniser J.H.**, (1991, *Consumers' attitudes toward psychotherapy, hospitalization and aftercare services*, in “Health and social work”, 16,155-161.
- **Coursey R.D., Keller A.B., Farrell E.W.**, (1995), *Individual psychotherapy and the persons with serious mental illness: the clients' perspective*, in “Schizophrenia Bulletin”, 218(2), 283-301.
- **Crits-Christoph P.** (1993) *The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a Meta-analysis*, “Am J Psychiatry”, Jan, 150(1): 173-174.
- **Davanloo H.** (1980), *La psicoterapia dinamica breve*, trad. it., Armando, Roma,
- **Davanloo H.** (1990), *Il terapeuta instancabile*, trad. it., Franco Angeli, Milano, 1998.
- **Dazzi N. De Coro A.** (2001) *Psicologia dinamica*, Editori Laterza, Roma

- **Dazzi N., De Coro A. Ortu F.** et al. *The CCRT in an Italian sample of psychotherapies: a study on the “wish” component*, “New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry”, XIII, 4, 227-233..
- **Di Nuovo S., Lo Verso G., Di Blasi M., Giannone F.** (1998) (a cura di) *Valutare le Psicoterapie. La ricerca italiana*, Franco Angeli, Milano.
- **Di Nuovo S.** (2000), *Strumenti qualitativi per la ricerca sulla psicoterapia: intervista sul cambiamento terapeutico di R. Elliott*, “Ricerca in Psicoterapia”, vol.3, n. 2-3.
- **Eissler K.R.**(1953),trad.it., *Effetto della struttura dell’Io sulla tecnica psicoanalitica*. “Psicoterapia e scienze umane”, 1981,XV,2: 50-79.
- **Fava E., Masserini C.** (2002) *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico*, Franco Angeli, Milano
- **Ferenczi S.** (1920), cit. in M. Grasso, B. Cordella (1989), *Psicoterapie dinamiche brevi*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- **Flegenheimer W.** (1982), *Psicoterapia breve. Teorie e tecniche di trattamento*, trad. it., Raffaele Cortina, Milano, 1986.
- **Fornari F.** (1975), *Simbolo e codice*, Milano, Feltrinelli.
- **Fosha D.**, (1992), *The interrelatedness of theory, technique and therapeutic stance: a comparative look at Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy and Accelerated Empatic Therapy*. “International Journal of Short-Term Psychotherapy”,7: 157-176.
- **Fosha D., Slowiaczek ML.** (1997) *Techniques to accelerate dynamic psychotherapy*, “Am J Psychotherapy”, 51 (2) 229-251
- **Fosha D.** (2000), *The transforming Power of Affect*. New York: Basic Books.
- **Frayn D. H.** (1992) *Assessment factors associated with premature psychotherapy termination*, “American Journal of Psychotherapy”, 46, 250-261.

- **Frank** (1974), citato in M. Grasso (2004), *Psicologia clinica e psicoterapia*, Kappa, Roma.
- **Freud S.** (1912), *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, trad. it., Boringhieri, Torino, 1974.
- **Freud S.**(1913) *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi: 1. Inizio del trattamento*. Opere, Boringhieri, Torino, 1974.
- **Freud S.** (1915-17), *Introduzione alla Psicoanalisi*, trad. it., Boringhieri, Torino, 1976.
- **Freud S.** (1920), *Al di là del principio del piacere*, trad. it., Boringhieri, Torino, 1977.
- **Galimberti U.** (1992), *Dizionario di Psicologia*, Utet, Torino.
- **Gallo E., Rucci P.,** (2000), *Domanda, offerta e fattori predittivi delle psicoterapie in 10 Centri di Salute Mentale dell'Emilia Romagna*, "Rivista Sperimentale di Freniatria", vol.9, n.2, 103-112.
- **Gerin P., Dazord A., Sali A.** (1991), *Psychotherapies et changement: Methodologie de leur évaluation*, Paris: Presses Universitaires de France, collection Nodules.
- **Gillieron E.** (1981), cit. in M. Grasso (2004), *Psicologia clinica e psicoterapia*, Edizioni Kappa, Roma.
- **Gillieron E.** (1987), *Psicoterapie brevi e d'urgenza - Applicazioni in psichiatria e psicosomatica*, trad. it., Edizioni Universitarie Romane, 1991.
- **Gillieron E.** (1994) *Il primo colloquio in psicoterapia*, trad. it., Borla, Roma, 1995.
- **Gillieron E.,** (1997), *Trattato di psicoterapie brevi*, Borla, Roma.

- **Grasso M., Cordella B.** (1989) *Psicoterapie dinamiche brevi*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- **Grasso M.** (1993), *L'analisi della domanda come trattamento. Studio di un caso*, In R.Carli (a cura di), *L'analisi della domanda in psicologia clinica*, Giuffrè, Milano.
- **Grasso M.** (2001), *Psicologia clinica e psicoterapia*, Edizioni Kappa, Roma.
- **Greenson R.R.** (1967), *Tecnica e pratica psicoanalitica*. Trad. it., Feltrinelli, Milano, 1974.
- **Grenacre P.**(1968) *The Psychoanalytic process, transference and acting out, in Emotional Growth*, New York, International University Press, vol.II, 762-775.
- **Kafka J.S.** (1993), "Le Temps en Psychotherapie et en psychanalyse" conferenza presentata al Policlinico Psichiatrico di Losanna, il 23 Gennaio.
- **Khan M.M.R.** (1972), *Lo spazio privato del sé*, trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1979.
- **Knight R. P.** (1941), *Evaluation of the results of psychoanalytic therapy*, "American Journal of Psychiatry", II C, 434-436.
- **Laplanche J., Pontalis J.B.**, (1967), *Enciclopedia della psicoanalisi*, trad.it., Laterza, Bari, 1984.
- **Leary T.** (1957) *Interpersonal diagnosis of personality: a functional theory and methodology for personality evaluation*, Ronald Press, New York.
- **Luborsky L.** et al. (1975), cit. in M. Grasso, B. Cordella (1989), *Psicoterapie dinamiche brevi*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- **Luborsky L., Crits- Christoph P.**, et al. (1983) *Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy. Accounting signs vs. global rating method*, "The Journal of Nervous and Mental Disease", 171, 480-491

- **Luborski L., McLelland A.T.** et al. (1985), *Therapist success and its determinants*, “Archives of General Psychiatry”, 42, 602-611.
- **Luborsky L.**(1989), *Principi di psicoterapia psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino ,1989
- **Malan D. H.** (1963), *Uno studio di psicoterapia breve*, trad. it., Astrolabio, Roma, 1978.
- **Malan D. H.** (1980), cit. in M. Grasso (2004), *Psicologia clinica e psicoterapia*, Edizioni Kappa, Roma.
- **Mann J.** (1973), *Time-limited psychotherapy*, Harvard University Press, Cambridge.
- **Mann J., Goldman R.** (1982), *A casebook in time-limited psychotherapy*, Mc Graw-Hill, New York.
- **Masserini C.** et al. (1998) *Drop out in psicoterapie psicomodinamicamente orientate: uno studio con il metodo del CCRT*, “Ricerca in Psicoterapia”, 1 (1), 61-67
- **Matte Blanco I.** (1975-1981) *L'inconscio come insiemi infiniti: saggio sulla bi-logica*, Torino, Einaudi.
- **Matte Blanco I.** (1995) *Pensare, sentire, essere*, Torino Einaudi.
- **Mendelsohn R.** (1978), *Critical factors in Short-Term Psychotherapy: A Summary*. Bulletin of the Menninger Clinic,2, 133-149.
- **Migone M.**, (1999),*Psicoterapia e servizi di Salute Mentale*, “Rivista Sperimentale di Freniatria”, Vol CXXIII, n.4, 219-232.
- **Migone P.** (1982), *Sulla psicoterapia dinamica breve*, “Psicoterapia e scienze umane”, 4, 59-82.

- **Migone P.** (1989), La difficoltà della ricerca in psicoterapia: alcune proposte di soluzioni operative, “Il ruolo terapeutico”, 51, 36-41.
- **Migone P.** (1995), *Terapia psicoanalitica*, Franco Angeli, Milano.
- **Migone P.** (2005) *Terapeuti “brevi” o terapeuti “bravi”?* *Una critica al concetto di terapia breve*, “Psicoterapia e scienze umane”, XXXIX,3. 335-358
- **Montesarchio G.** (2002), *Quattro crediti di colloquio*, Franco Angeli, Milano.
- **Morlino M., Petrella C.** et al. (1993), *Psicoterapia nei servizi: diffusione ed uso in due aree della Campania (Napoli-Salerno e provincia)*, “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol.CXVII, n.6, 924-934.
- **Morosini P.L.** (1995) *La valutazione degli esiti nell’attività di routine dei servizi psichiatrici*, “Epidemiologia e Psichiatria Sociale”,4,1-10.
- **Paniccia R.M.** (1989a) *L’analisi della domanda: aspetti teorici e metodologici*, in Ccolamonico P., Lombardo G.P. (a cura di) *Malattia e psicoterapia*, Roma,Bulzoni.
- **Palvarini P.**, (2005) *La psicoterapia dinamica breve di ultima generazione: la terapia dinamico-esperienziale*. “Psicoterapia e scienze umane”, XXXIX,3:311-334.
- **Pekarik G.** (1992a) *The use of termination status and treatment duration patterns as an indicator of clinical improvement*, “Journal of Clinical Psychology”, 39, 909-913.
- **Pekarik G.** (1992b) *Posttreatment adjustment of clients who drop out early vs. late in treatment*, “Journal of Clinical Psychology”, 48, 379-387.
- **Pinkus L.** (1978), *Teoria della psicoterapia analitica breve*, Boria, Roma.
- **Popper K.** (1934), *Logica della scoperta scientifica*, trad. it., Einaudi, Torino, 1970.

- **Reich W.** (1933), *Analisi del Carattere*, trad. it., ed. Sugar, Milano, 1973.
- **Rogawski A. S.** (1982), cit. in M. Grasso (2004), *Psicologia clinica e psicoterapia*, Kappa, Roma.
- **Sacco M.P., Losito G.B.** (1989), *Psicoterapia nei servizi pubblici: una ricerca nei Servizi Psichiatrici della Provincia di Bari*, "NPS", vol. IX, 3, 447.
- **Schaefer E.S.** (1965) *Configurational analysis of children's reports of parents behavior*, "Journal Consulting Psychology", 29, 552-557.
- **Schefflen A. E.** (1981), "*Systemes de la communication humaine*". In *La nouvelle Communication*, Paris, Le Seuil.
- **Seganti A.** (1995) *La memoria sensoriale delle relazioni*, Bollati Boringhieri, Torino.
- **Sifneos P. E.** (1972), *Psicoterapia a breve termine Ansia - Provocante*, trad. it., Edizioni Universitarie Romane, 1993.
- **Sifneos P. E.** (1979), *Short-Term dynamic psychotherapy*, Plenum, New York
- **Smith M. L., Glass G. V., Miller T. L** (1980), in H. Strupp, J. Binder (1994) *Psicoterapie dinamiche brevi*, Il Mulino, Bologna.1994
- **Spinetoli B.** (1997), *Recensione del XV simposio europeo di psicoterapia intensiva dinamica breve*, Firenze, 26-27 Settembre 1997
- **Sullivan H. S.** (1954) *Il colloquio psichiatrico*, trad. it. Feltrinelli, Milano 1972.
- **Stierlin H.** (1968) citato in *Trattato di psicoterapie brevi*, di Gillieron E., Borla, Roma 1998, p.124.
- **Strupp H., Binder J.** (1984), *Psicoterapie dinamiche brevi*, trad. it., Il Mulino, Bologna, 1994.
- **Strupp H. H., Hadley S. W.** (1979) cit. in M. Grasso (2004), *Psicologia clinica e psicoterapia*, Kappa, Roma.

- **Thoma H., Kachele H.** (1985), *Trattato di terapia psicoanalitica*, trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1993.