

Newsletter Sipm

Numero 17-18
Marzo 2021



Editoriale di Secondo Fassino

La pandemia covid 19 interroga la scienza e la coscienza di ricercatori, medici, psicologi, educatori, genitori, governanti.....

In questo numero

1. Editoriale:
S.Fassino
2. G.G.Rovera *Le Relazioni Adleriane d'Aiuto nelle situazioni di emergenza*
(a cura di M.Zuccolin)
3. A.N. Schore *The Right Brain Is Dominant in Psychotherapy*
4. R.D.Lane et al. *Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science*
(a cura di L.Burti)
5. E.Ginot *The enacted unconscious : a neuro-psychological model of unconscious*
(a cura di D.Bolelli)
6. P.Migone *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT): Progetto lanciato dal Sistema Sanitario Nazionale inglese*
7. G.Abbate Daga et al. *Verso una formazione di per sé psicomica dello psichiatra nell'era delle neuroscienze ?*

I)

La pandemia Covid 19 ha colpito le vite di ognuno di noi : ci siamo ritrovati tutti, governanti e semplici cittadini, medici e malati, insegnanti e allievi, ricchi e poveri, liberi e detenuti, chiusi in confortevoli case e homeless, tutti sulla stessa barca in un mare minaccioso con previsioni meteo a lungo incerte... La pandemia da coronavirus, ha causato una grave crisi sanitaria costringendo in quarantena metà della popolazione mondiale. Siamo stati invasi dalla mole di informazioni contraddittorie da esperti e scienziati, virologi, medici, decisori amministrativi, informazioni amplificate dai mass media talora con scarsa preoccupazione etica, invece con spiccata propensione allo scoop, alla sensazione e all'allarme fine a se stesso.

Le caratteristiche epidemiologiche del Covid 19 sono rimaste a lungo vaghe e confuse: variabilità nelle manifestazioni cliniche, elevata contagiosità dei casi asintomatici, dibattito sulla persistenza del virus su superfici inerti, velocità di progressione dei contagi e durata dell'incubazione [5]. La diagnosi rimase essenzialmente clinica: sindrome respiratoria, febbre, anosmia, cefalee, sintomi digestivi e intestinali,..... sintomatologie non patognomiche che hanno motivato in molti allarmi ipocondriaciun quarto dei pazienti potrebbe essere portatori sani, non si sa quanto contagiosi. Un quarto dei pazienti sono stati ricoverati per gravi difficoltà respiratorie e il 5% in reparti di rianimazione [5]. Velocità di diffusione del covirus, conoscenza incerta, gravità, morte dei medici e infermieri hanno creato un clima di ansia diffusa, spesso di vero e proprio panico. Le carenze organizzative hanno accresciuto lo stress: mancanza di dispositivi di protezione individuale, di comunicazione, di farmaci affidabili, interruzione della vita familiare e sociale. Altri fattori di rischio sono stati identificati come mancanza di supporto, paura di infettare una persona cara, isolamento o stigma sociale, alto livello di stress lavorativo o modelli di attaccamento insicuri. Gli operatori sanitari hanno avuto un aumentato rischio di ansia, depressione, stanchezza, dipendenza e disturbo post traumatico da stress. [10] [11].

In molti paesi oltre alla *quarantena più leggera* con forte limitazioni agli incontri e agli spostamenti, è stata richiesta alle persone venute a contatto con malati una quarantena più rigorosa con isolamento a casa. Brooks e coll. [3] hanno pubblicato su Lancet una revisione di 24 studi - selezionati su oltre tremila - riguardanti l'impatto psicologico della quarantena. Sono stati riportati effetti psicologici negativi tra cui sintomi di stress post-traumatico, confusione e rabbia. Uno studio tra i 24 esaminati da Brooks et al. riportava come il 20% dei soggetti in quarantena riferiva paura, il 18% nervosismo, 18% tristezza e 10% sensi di colpa. Pochi hanno riportato sentimenti di felicità 5% e sentimenti di sollievo 4%. In un'altra indagine esaminata da Brooks et al. gli intervistati in quarantena presentavano umore deflesso nel 73% (su 903 soggetti) e irritabilità nel 57%.

I fattori di stress comprendevano una maggiore durata della quarantena, paure di infezione, frustrazione, noia, rifornimenti inadeguati, scarsità di informazioni, perdite finanziarie e stigmatizzazione sociale. Alcuni ricercatori hanno sottolineato effetti, specie depressivi, a lungo termine. Se la quarantena è ritenuta indispensabile, gli amministratori dovrebbero imporla per un tempo strettamente necessario, fornire chiaramente le motivazioni e la durata della stessa con informazioni sui protocolli e garantire rifornimenti sicuri come cibo, acqua e forniture mediche sufficienti. I mas media dovrebbero riportare gli appelli all'altruismo di autorevoli funzionari della sanità pubblica, ricordando alla gente in questa grave pandemia che la privazione temporanea di produce sicuri benefici per tutti. I ricercatori hanno suggerito come sia vincente una informazione precisa e affidabile : la maggior parte degli effetti collaterali negativi deriva dalla restrizione di libertà non adeguatamente spiegata[3].

L'uomo, specialmente nelle cosiddette società "avanzate", si è trovato in questa pandemia improvvisamente con la subitanea percezione della propria fragilità, forte di un precedente spesso subliminale autoconvincimento di immortalità e di potenza [4]. L'illusione che le tecnologie - e la pubblicità che le proponevano - suggerivano in maniera leggera ma ostinata e fuorviante di poter essere contemporaneamente in più luoghi, in una vita facile leggera dove con rapidità si può perseguire qualunque obiettivo senza fatica, questa illusione ha prodotto un disperato tentativo di nascondere il limite e la ferita, per esorcizzarli [4]. L'uomo è apparso nelle sue angosce, paure, fragilità, in tutta la sua solitudine di fronte alla morte. Troppo a lungo si è coltivata l'illusione che la tecnica e la scienza potessero assicurarci uno sviluppo lineare, senza limiti seri." Nel pieno e convinto riconoscimento del fondamentale ruolo della scienza, occorre ammettere che essa è altrettanto erratica quanto le altre pratiche umane. I miti sono sempre pericolosi, quale che sia l'ambito in cui prendono forma" [20].

Il Covid 19 si è rivelato non soltanto un ospite imprevisto, sconosciuto, ma soprattutto onnipresente e mortale.... Televisione e media in questi mesi ci hanno riproposto ossessivamente le immagini delle bare abbandonate nei capannoni, le file lugubri dei camion militari come carri funebri, dei morenti soli in ospedale ... Il virus ha fatto emergere con grande forza la intrinseca contraddizione della vita dell'uomo..... L'uomo aspira con tutto se stesso all'infinitamente grande, ha dentro di sé un'inesauribile attesa di qualcosa che non abbia fine; e nello stesso tempo può essere sconfitto e ucciso dall'infinitamente piccolo [4]. L'intrinseca fallibilità della scienza è una verità di cui c'eravamo dimenticati pur non dimenticando tuttavia gli importanti e meritori risultati che tanti scienziati hanno conseguito con l'effetto straordinario di una crescita rilevante della quantità e qualità della vita in tanti paesi... Alcuni scienziati si presentano in tv affermando l'assoluta certezza scientifica di ciò che sostengono, spesso in totale contrasto con altri scienziati...[4]. Un farmaco è risultato promettente... poco dopo è risulta pericoloso...Il vaccino è l'unica protezione: sarà pronto però tra pochi mesi...anzi no tra qualche anno...

Questa inquietante contraddizione sta interrogando la scienza degli esperti in ogni settore dell'educazione, sanità, dell'economia della politica ma soprattutto la coscienza di ogni persona sul senso, nell'accezione di Adler [1] *significato e direzione*, dell'esistenza umana.... L'allarme per la nostra salute, causata dall'epidemia in corso, ha mostrato come il distanziamento fisico può rallentare la diffusione del virus, ma ci ha resi timorosi verso gli altri divenuti pericolosi potenzialmente contagiosi, al contempo preoccupati per rischi conseguenti all'isolamento sociale. La condizione forzata degli spazi e dei tempi a cui conduce l'"isolamento" assume un altro significato, fatto di parole che hanno un lessico nuovo come "mascherine", "lockdown", "tamponi", "eroi", "onorificenze" o "volontari", etc., che si riferiscono appunto ai nuovi eroi: infermieri, medici, psicologi clinici, operatori socio-sanitari, insegnanti scolastici, osserva Rovera [16]. Il virus è un nemico è invisibile, ma ospite indesiderato e maligno nelle nostre case, nell'ascensore di casa, in chiesa, forse sulle nostre mani, sugli involucri dei cibi...invisibile come la morte..."Anche perché non si è in guerra, ed il quarto cavaliere dell'Apocalisse monta un cavallo maledetto della morte e della pestilenza che fanno "cadere le foglie. Tutto ciò sono segnali che provengono dall'esterno e dai moti interni emergenti e talora urgenti, psicologici e psicopatologici, e socio culturali" (Rovera 2020)[16].

L'isolamento sociale e gli stressors correlati hanno intaccato i processi impliciti del sistema dell'attaccamento, sofisticato meccanismo inconscio neuropsicologico delle relazioni, una delle nostre risposte automatiche al senso di minaccia e una delle principali protezioni dell'essere umano. La sicurezza dell'attaccamento è stata rimessa in discussione dalle misure di distanziamento sociale, sia volontarie che automatiche: non più strette di mani, non più abbracci, solo sorrisi semi oscurati dalle mascherine, sguardi interrogativi... La lenta diminuzione dei contagi del virus ha implicitamente confermato che ciò è buono, salva la vita...ma forse è in corso una rimodulazione silenziosa e profonda di come si sta con gli altri...vicini agli altri...

Le sfide da affrontare sono, tuttavia, ancor più complesse per chi già prima aveva uno stile di vita con attaccamento insicuro o è sopravvissuto a un trauma. Le risposte agli stressors sono correlate, da un punto di vista psicobiologico, ai diversi tratti di personalità che a loro volta correlano con specifici meccanismi di difesa [7]. Lo Stile di Vita, il profilo di personalità sembra essere in grado di predire la risposta a differenti agenti stressanti come quelli causati dall'isolamento e dall'incertezza per la propria vita. Disponiamo tuttavia di risorse interiori che possono rivelarsi particolarmente utili per rafforzare il nostro senso di sicurezza e alimentare i cosiddetti *moment of meeting* [16] momenti di incontro di pochi secondi micro-comportamenti che manifestano i sentimenti di appartenenza e cooperazione: tali condivisioni intersoggettive alimentano un attaccamento sicuro, verso la fiducia e la comprensione.

L'isolamento e la convivenza coatta nei tre mesi del lockdown sembra aver prodotto in molte famiglie - già difficili ? - un aumento del 73% delle richieste di aiuto, con una crescita del 59% delle vittime di violenza intradomestica (dati Istat-Telefono Rosa riportati da Elvira Serra *Corriere della sera* 28.4. 2020) rispetto al corrispondente periodo del 2019. Ben prima della pandemia le condizioni socio culturali ed economiche da anni hanno trasformato la famiglia, deputata ancora oggi tuttavia a formare alla base la struttura di personalità. La crisi della famiglia tradizionale incide sulla formazione dei nuovi individui e quindi dei "nuovi genitori" [6]. La situazione di ulteriore complessità propria di questo nostro tempo di epidemia non può non avere avuto ripercussioni profonde anche sull'esperienza di padre e di madre rendendo ulteriormente incerte le identità familiari: diventa più forte il bisogno di sapere che cosa ci si può aspettare dai propri familiari e le persone sono forzate a ridefinire continuamente chi sono [6]. L'esercizio corretto della paternità e della maternità è per i figli, ma anche per i genitori, essenziale al processo di identificazione: maschile e femminile sono dimensioni biopsicologiche costitutive di ogni soggetto, uomo o donna, che devono trovare un'armonica composizione e alternanza per la crescita maturativa del Sé. Ricerche epidemiologiche in corso indicano un aumento considerevole di disturbi d'ansia e/o depressivi, disturbi post-traumatici da stress, abuso di droghe, solitudine e violenza domestica e inoltre, con la chiusura delle scuole, la possibilità di un'epidemia di abusi sull'infanzia è molto concreta [10].

Superato lo shock e la paura iniziali, psichiatri e psicologi clinici si sono chiesti come prendersi cura dei loro pazienti divenuti ulteriormente vulnerabili, e come occuparsi di nuovi soggetti gravemente stressati e traumatizzati da questa crisi e fornire un supporto importante alla assistenza sanitaria [19]. Anche tra gli operatori sanitari, famigliari, caregivers di pazienti affetti o che hanno superato il Covid19 sono osservate reazioni d'ansia, depressione e disorientamento esistenziale, logoramento professionale e burn-out. Sono quindi necessarie cure efficaci in tempi rapidi fruibili da un gran numero di soggetti, nei servizi sanitari pubblici e nella pratica privata, a distanze fisiche e psicologiche non convenzionali [19].

La pandemia tuttora in corso invita gli operatori sanitari di ambito psicologico-clinico ad una approfondita analisi di quanto sta succedendo sul piano socio-culturale e di sanità pubblica ai fini di una comprensione profonda utile per nuove efficaci proposte di cura e prevenzione. È stato riscontrato un aumento considerevole di disturbi depressivi e post-traumatici da stress, sia tra operatori sanitari che pazienti che hanno o hanno avuto il Covid19 o loro caregivers [10] [19]. Saranno quindi richieste e necessarie cure brevi ed efficaci fruibili da un gran numero di soggetti, nel pubblico e nel privato, a distanze fisiche e psicologiche non convenzionali. Il tradizionale patrimonio teorico-tecnico, della Psicologia Individuale circa il processo di incoraggiamento/transmotivazione e gli assetti profondi della comunicazione empatica [15], saranno fruibili per le necessità di formative degli operatori oltre che a nuove strategie di terapia. Si dovrà tener presente ad esempio che l'empatia del terapeuta è più sovente faticosa e produttrice di angoscia che di immediata consolazione. Studi neurobiologici recenti indicano che la *empatia nella forma di compassione*, [14] richiede assetti emotivi profondi specifici e necessita di peculiari modalità di apprendimento/formazione.

La pandemia con l'isolamento, la quarantena la riduzione dei contatti reali seppur compensati in parte da quelli virtuali ha sottolineato l'importanza della relazione e della ricchezza delle diverse modalità comunicative e della vita insieme: ha fatto comprendere a molti quanto sia preziosa la vita in comune, se vissuta in modo autentico, nel senso dell'appartenenza ad un comune sentire e ad un impegno ad un comune operare cioè non per rivalità, per possesso, per strumentalizzazione, ma come arricchimento reciproco, sostegno, valorizzazione [4]: dalla fragilità alla solidarietà! Lo star "chiusi a casa" ha reso evidente un "senso della vita" che ci è mancato non solo ai comportamenti, ma pure dal sentire ed al progettare [16].

Dove cercare le risposte agli interrogativi posti dal Covid 19 alla scienza e alla coscienza di ricercatori clinici educatori amministratori? Tra le psicologie del profondo l'Individual Psicologia

pare peculiarmente fruibile ponendosi nell'ambito dell'originario Sentimento Sociale di A.Adler e dei suoi successivi sviluppi [12]; [15] . Per complesse ragioni sociali, politiche e culturali nella nostra società il sentimento sociale dal secondo dopoguerra ad oggi è andato incontro ad un ulteriore impoverimento che ha lasciato spesso spazio all'individualismo e a crescenti perfezionismo e ambizione personale [2] , espressioni di una volontà di potenza estremizzata e non correttamente controbilanciata, a discapito della salute psicologica degli individui. La pandemia, il protratto isolamento l'ansia diffusa per i contagi e l'assenza di contatti offrono l'opportunità straordinaria a istituzioni di cura, agenzie educative, organismi dello Stato di riconsiderare il tema del *sentimento sociale* come istanza fondamentale nel processo di sviluppo e maturazione dell'individuo e quindi delle comunità sia in ambito socio-relazionale che terapeutico.

*

Secondo una rapida valutazione dell'OMS [17] proprio quando la pandemia aumenta l'onere per le persone con malattie mentali e mette molte persone sane a rischio di sviluppare sintomi psichici, oltre il 60% dei paesi hanno completamente o parzialmente chiuso i servizi per la salute mentale, Tuttavia vi sarebbero alcune buone notizie per la psichiatria: in un articolo appena pubblicato su World Psychiatry Schomerus e coll. [17] - confrontando i dati circa i finanziamenti in Germania post-pandemici con quelli 2001-2011- rilevano una tendenza crescente al sostegno economico per la salute mentale, in particolare per il trattamento della depressione. Meno confortanti sono i dati per l'alcolismo e uso di sostanze, la cui prevalenza sarebbe molto aumentata durante la pandemia. In Italia per ora i decisori politici hanno buone intenzioni ... principi di sanità territoriale e di integrazione socio sanitaria, contenuti nel Recovery Plan rappresentano una importante occasione per riqualificare e potenziare i servizi pubblici per la salute mentale... Se si cercano le parole «salute mentale» nelle 168 pagine del Piano nazionale di ripresa e resilienza del 12 gennaio u.s. il Recovery plan italiano, non si ottiene alcun risultato.....Occorre far sapere con urgenza ai nostri governanti che la competenza psicoterapeuta è ora più che mai centrale nell'agire dello psichiatra... che *“ il nuovo volto della psichiatria ha uno sguardo psicoterapeutico”* cfr. sito SIPM 2021

La News Letter SIPM riprende, dopo la lunga pausa - motivata tra l'altro anche dalla pandemia Covid 19 - in una struttura innovata all'interno del sito web SIPM completamente riorganizzato come si può leggere nell'Editoriale di presentazione di Pier Maria Furlan.

II)

Ancora in pieno climax emotivo pandemico, questo numero 17/18, ultimo edito secondo le forme tradizionali, segue un curioso e paradossale filo conduttore. Esso si sviluppa dalla *relazione d'aiuto*, così sollecitata dall'emergenza Covid 19, come nucleo della psicoterapia, tocca poi alcune recenti consolidate evidenze delle neuroscienze sui meccanismi profondi d'azione della psicoterapia, dell'inconscio e della memoria e sulla localizzazione cerebrale dei processi attivati, percorso che, attraverso esperienze e-sperimentali sulla conveniente fruibilità della psicoterapia nei sistemi sanitari inglesi, giunge ad esplorare alcune permanenti difficoltà della formazione di quegli specialisti, gli psichiatri, che di per sé dovrebbero essere competenti in psicoterapia.

La pandemia tuttora in corso invita gli operatori sanitari di ambito psicologico-clinico ad una approfondita analisi di quanto sta succedendo sul piano socio-culturale e di sanità pubblica ai fini di una comprensione *profonda* utile per nuove proposte di cura e di prevenzione. Il primo articolo *Le Relazioni Adleriane d'Aiuto nelle situazioni di emergenza* di G.G.Rovera è una meditata e densa riflessione sulla *relazione d'aiuto* intesa quale fondamento degli interventi psicologici. L'emergenza dovuta alla pandemia sollecita opportune variazioni modulari degli stessi : in riferimento a procedure valutative dei bisogni, ai contorni dei differenti contesti culturali alle diverse richieste psicologico-cliniche. L'autore considera come diverse tipologie di *relazioni di aiuto* emergono da queste situazioni complesse e penalizzanti . Il modello della Psicologia Individuale, fondato sulle compensazioni al sentimento di inadeguatezza e sul sentimento sociale e cooperativo, con le sue strategie non solo permette di approfondire alcuni argomenti che attengono alle attuali situazioni di crisi di urgenza, di emergenza, ma, pure di proporre, osserva Rovera, interventi educativi, di counselling, di consultazioni di liaison, di specifici trattamenti di emergenza, psicoterapie urgenti e/o brevi. L'ambito è quello della psicologia di emergenza che tra l'altro ricorre non solo a psicoterapie a breve termine, ma anche a consultazioni telefoniche e a collegamenti in video per le psicoterapie "virtuali", psicoterapie incentrate sulla crisi ecc. E' richiesta una speciale capacità di adattamento, sia al gruppo assistito che al team assistenziale, con apertura verso nuovi contesti relazionali, e propensione a spiccata variazione delle modalità terapeutiche viste le speciali reazioni di resistenza o di resilienza. Inoltre, il team curante deve considerare le peculiari preoccupazioni per le future conseguenze esistenziali nei loro aspetti psicopatologici, economici e sociali. Le Relazioni d'Aiuto adleriane in emergenza sollecitano

alcune riflessioni, sul "fare" ma pure sul "saper fare" e sull' "essere" . Per Rovera occorre riferirsi alla "forma", al "focus" della urgenza, essendo lo "sfondo" la dimensione dinamico-strutturale dell'individuo e il suo contesto socio-culturale. Superata l' emergenza potrebbe essere indicato un ulteriore trattamento, anche diversificato da quello precedentemente attuato dal momento che la personalità del soggetto potrebbe aver variato alcuni tratti , in regressione o in progressione.

Tra gli interventi d'aiuto ha un posizione speciale la psicoterapia, in senso largo e stretto del termine, in previsione di una temuta epidemia di disagi psichici secondaria alle impreviste restrizioni e ansie, sociali e personali, imposte dal virus . In questi ultimi anni si segnalano alcuni studi sul problema - da sempre al centro delle ricerche - sui meccanismi di base e sugli agenti di cambiamento che assumono particolare rilievo nel dibattito attuale sulla necessità di profonde revisione dei sistemi sanitari.

Nel successivo articolo *The Right Brain Is Dominant in Psychotherapy* Allan N. Schore discute di come recenti studi sul cervello destro, che è dominante per la processazione implicita, non verbale, intuitiva ed olistica dell'informazione emozionale e delle interazioni sociali, possano chiarire i meccanismi neurobiologici che sottendono ai fondamenti relazionali della psicoterapia. Adottando la prospettiva neurobiologica interpersonale della teoria della regolazione degli affetti, viene descritto il ruolo fondamentale del precoce sviluppo del cervello destro nei processi relazionali nell'arco della vita. Numerose evidenze interdisciplinari sostengono il ruolo delle funzioni del cervello destro nei primi processi di attaccamento, nella comunicazione emotiva all'interno della relazione terapeutica, nei reciproci *enactment* terapeutici e nei processi di cambiamento. Questo lavoro mette in risalto il fatto che l'attuale enfasi sui processi relazionali è condivisa da psicologia e neuroscienze, contaminandole e di fatto trasformandole, con importanti conseguenze per i modelli psicologici clinici di formazione alla psicoterapia.

Lane R.D., L. Ryan, L. Nadel, L. Greenberg in *Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science* osservano come fin dai tempi di Freud, i clinici hanno rilevato che i ricordi traumatizzanti contribuiscono alla psicopatologia e che le nuove esperienze emotive promuovono il cambiamento terapeutico. Ci si interroga ancora oggi su cosa sia veramente essenziale per il cambiamento psicoterapeutico, ritenendo che un ingrediente chiave del cambiamento sia l'emotività e la memoria. L'idea fondamentale degli Autori è che il cambiamento terapeutico sia, in varie modalità - comprese la terapia comportamentale, la terapia cognitivo-comportamentale, la terapia focalizzata sull'emozione e la psicoterapia psicodinamica - il risultato della rivisitazione di ricordi emotivi passati attraverso un processo di integrazione che incorpori nuove esperienze emotive. Viene proposto un modello di memoria integrata con tre componenti interattive - memorie autobiografiche (evento), strutture semantiche e risposte emotive - supportati da nuove prove ottenute dalle neuroscienze sulle emozioni implicite ed esplicite, sulla memoria implicita ed esplicita, sulle interazioni tra emotività e memoria, sul rapporto tra memoria autobiografica e semantica. Le tappe essenziali del cambiamento terapeutico includerebbero: (1) la riattivazione di vecchie memorie; (2) nuove esperienze emozionali che possono essere integrate nella e (3) il rafforzamento della memoria integrata attraverso la messa in atto di nuove modalità comportamentali sperimentando il mondo in una varietà di contesti.

Nel terzo articolo *The enacted unconscious: a neuropsychological model of unconscious Processes*, E. Ginot propone una sintesi delle fondamentali acquisizioni delle recenti ricerche neurobiologiche sul tema dell'inconscio, quale struttura concettuale e operativa della psicoanalisi e della psicoterapia psicodinamica in generale. L'inconscio comprende i processi che partono dal cervello e arrivano alla mente e che rappresentano la gran parte di ciò che siamo e facciamo. Integrando la neuropsicologia con il pensiero e la personale esperienza clinica psicoanalitica, l'Autore lavoro offre una nuova prospettiva del concetto di inconscio che si differenzia dalle concettualizzazioni tradizionali e rappresenta una utile introduzione ad un suo successivo denso volume appena pubblicato in Italia da R.Cortina.

Il quarto contributo *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT): Progetto lanciato dal Sistema Sanitario Nazionale inglese* è un Editoriale di P. Migone pubblicato su *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2017 .

Viene commentato il programma IAPT e i suoi risultati, come sono illustrati in dettaglio da D.M. Clark uno dei due ideatori , insieme a R.Layard, di IAPT. Questo si è proposto di colmare il divario tra ricerca e pratica formando oltre 10.500 nuovi psicoterapeuti in trattamenti supportati empiricamente e implementarli in nuovi servizi per trattamento della depressione e dei disturbi d'ansia, considerandone anche l'efficienza economica. In sostanza, si è trattato di assumere e formare migliaia di psicoterapeuti e di distribuirli in diversi centri disseminati nel territorio. Attualmente IAPT tratta 560.000 pazienti all'anno, ottiene dati sugli esiti clinici sul 98,5%, di questi

circa il 50% di si riprendono e due terzi dimostrano benefici. La ricerca evidenzia inoltre come sul piano dei costi sia conveniente trattare questi pazienti anche sul piano economico.

Si è deciso di formare gli psicoterapeuti solo alle tecniche *evidence-based*, e precisamente quelle raccomandate dal *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), un organismo che fa capo al Ministero della Salute inglese. La rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*, fin dagli anni 1980, si è occupata a fondo del problema della ricerca empirica sull'efficacia della psicoterapia, preparando il dibattito su questo tema e pubblicando alcune rassegne chiave. Negli ultimi anni sono state prodotte diverse ricerche che mostrano l'efficacia delle terapie psicodinamiche, come ad es. gli studi di Leichsenring e Steinert, però, osserva P.Migone, storicamente sono state le terapie cognitivo-comportamentali quelle che hanno fornito le maggiori prove di efficacia, anche perché più studiate. Per questo motivo nel training degli operatori del programma IAPT vengono insegnate soprattutto le terapie cognitivo-comportamentali, ma non solo queste, anche altre terapie raccomandate dal NICE, ad esempio il *counseling*, la terapia inter-personale (IPT), che è una terapia di matrice sullivaniana, e le terapie psicodinamiche brevi, di cui si dispongono importanti prove di efficacia.

Nell'ultimo articolo *Verso una formazione di per sé psicodinamica dello psichiatra nell'era delle neuroscienze?* Abbate Daga G. A.Porliod, e S.Fassino considerano il problema della formazione dello psichiatra di oggi. La pandemia ha ulteriormente evidenziato l'aumento del burnout degli psichiatri, la resistenza ai trattamenti come uno dei maggiori problemi di salute pubblica, il rischio di una tendenza persistente al riduzionismo biologico della malattia mentale. La psichiatria psicodinamica fornisce un contributo educativo, scientifico e terapeutico significativo per la psichiatria contemporanea, come applicazione concreta nella pratica clinica del modello biopsicosociale, supportata dalla psicopatologia dello sviluppo e avvalorata dagli studi di epigenetica e neuroimaging. Lo strumento privilegiato della pratica psicodinamica è infatti la domanda sul senso, nella tipica accezione adleriana di significato e direzione, del disturbo psichico, che consideri gli aspetti patogenetici e non solo quelli descrittivi. Gli autori esplorano tramite una *clinical overview*, basata su 53 studi selezionati, come nella letteratura internazionale la formazione psicodinamica dello psichiatra nel corso della Scuola di Specializzazione è praticata. La revisione critica degli articoli esaminati evidenzia come sia ancora accidentato il cammino verso una psichiatria di per sé psicodinamica, quantunque la sua definizione sia ormai consolidata. La formazione psicodinamica dello psichiatra alla conoscenza del paziente, di sé e all'accoglimento di sé e dell'altro è una necessità scientifica e prerequisito etico al contempo. Gli autori discutono infine come promuovere le virtù psicodinamiche, il sentimento di speranza e compassione, l'alleanza col paziente e lo stile terapeutico nella formazione dello psichiatra considerati nucleo fondante del percorso formativo.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il Senso della Vita*, De Agostini, Novara 1990.
2. AMIANTO F.: 2018 Sentimento sociale: una proposta di articolazione sistematica in relazione alle neuroscienze *Riv. Psicol. Indiv.*, n. 84: 69-91.
3. BROOKS S. K. , WEBSTER R.K., L.E., WOODLAND L., et al. 2020 The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence *Lancet* ; 395: 912-20
4. CAMISASCA M. (2020) *La pandemia: sfida drammatica e occasione preziosa*, giugno 2020 <http://sancarlo.org>.
5. EL-HAGE W. C. HINGRAY C., LEMOGNE C. et al., (2020) Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? *L'Encéphale*, in press
6. FASSINO S. (2004) Psicopatologia e famiglia *Riv. Psicol. Indiv.*, n. 55: 51-72.
7. FASSINO, S. (2010), Psychosomatic approach is the new medicine tailored for patient personality with a focus on ethics, economy, and quality, *Panminerva Medica*, 52: 249-64.
8. FERRERO A. (2018): *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP). A Psychopathology-Based Treatment*. ASIPP. Croydon – London, UK
9. FRANKL V. 1984 Die Begegnung der Individualpsychologie mit der Logotherapie. *Beitr Individualpsychol* 1984; 3: 118-126.
10. GALEA S., MERCHANT R. M., LURIE N. (2020) The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing The Need for Prevention and Early Intervention, *JAMA Internal Medicine* Published online April 10.
11. GRAMAGLIA C., D. MARANGON, AZZOLINA D., P.ZEPPEGNO ET AL. , The Mental Health Impact of 2019-COVID on Healthcare Workers From North-Eastern Piedmont, Italy. Focus on Burnout (2021) *The Mental Health Front. Public Health* 9:667379. doi: 10.3389/fpubh.2021.667379
12. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma
13. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1986), *Psichiatria dinamica*, CST, Torino.

14. PRECKEL K., KANSKE P., SINGER, T. (2018), On the interaction of social affect and cognition: empathy, compassion and theory of mind, *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 19: 1–6.
15. ROVERA G. (2009) Le strategie dell'incoraggiamento *Riv. Psicol. Indiv.*, n. 66: 139-160
16. ROVERA G. (2020), Le Relazioni Adleriane d'Aiuto nelle situazioni di emergenza. *Riv. Psicol. Indiv.*, n. 87: 6-38.
17. SCHOMERUS G. , BAUMANN E., CHRISTIAN SANDER G. et al._Some good news for psychiatry: resource allocation preferences of the public during the COVID-19 pandemi_ *World Psychiatry* 2021 Jun;20(2):301-302. doi: 10.1002/wps.20875.
18. STERN, D. N. and THE BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2012), *Change in Psychotherapy*, tr. it. *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
19. UNÜTZER J., R.J. KIMMEL, M. SNOWDEN Psychiatry in the age of COVID-19 130-131 *World Psychiatry* 19:2 - June 2020.
20. ZAMAGNI S. *La pandemia da Covid-19: factum et faciendum*, cit.da Camisasca M.

Gian Giacomo Rovera

Le Relazioni Adleriane d'Aiuto nelle situazioni di emergenza

Riv. Psicol. Indiv., 2020 87: 15-65.

Abstract

The Adlerian Help Relations are eradicated in traditionally structured treatments: such as educational, counselling and psychotherapy ones. However, we are living, "hic et nunc", an emergency due to the covid-19 pandemic where the interventions need appropriate modular variations: in relation to an assessment, about the setting contents, in the psycho-clinic modulations.

Among the various difficulties, we highlight the ones about communication, social and inter-individual distancing, consultations in hospitals or health structures, and psychotherapies "interrupted" or "ended" for subjective or objective causes.

Various typologies of help relations emerge from these complex, sometimes penalizing, situations. We are talking about emergency psychology, phone consultations, "virtual" psychotherapies, crisis focused psychotherapies (not to be confused with short-term psychotherapies), etc.

Both the assisted and carer teams have to adapt to new relational contexts, therefore they show a variation of the therapy modes with resistance or resilience reactions. Furthermore, they have worries and concerns about the future existential sequences in their psychopathological, economic and social aspects.

With all these elements being considered, we wish for an increase of the scientific contributions and of the humanitarian cooperation. We also wish for a deepening of global cures, especially for psychological-clinic therapies. Moreover, we wish for an enrichment of the Social Cooperation aimed at a renewed Meaning of Life.

Keywords: PSICO-EDUCATIONAL INTERVENTION, COUNSELING, LIAISON, CONSULTATION, EMERGENCY'S INTERVENTION, NEW SETTING.

Premesse

*Si sta come
d'autunno
sugli alberi
le foglie.*

(Giuseppe Ungaretti, 1917)

La poesia ermetica di Ungaretti del 1917, composta in *Opere Omnia*, Mondadori, Milano, 1961, pubblicata nelle Edizioni di Allegria, alle edizioni Vallecchi, Firenze, 1919, poi rielaborata nel finire della Prima guerra Mondiale (1914-1918) è costruita su una analogia tra i soldati e le foglie. Simboleggia la precarietà dell'esistenza umana. Oggi le situazioni di emergenza che si sta vivendo può evocare tale similitudine, specie per quelli che hanno sofferto congiunture drammatiche.

L'emergenza del Coronavirus fornisce lo spunto per riflettere e rivisitare le Relazioni d'Aiuto Adleriane nelle situazioni di crisi, di urgenza e di contagio. Il riferimento (*anche psichico*) a queste tematiche rinvia al XX Congresso SIPI di Brescia del 2015 [1].

È questo un argomento "intrecciato": talora trattato profondamente (specie se settorialmente: esempio in Psichiatria d'urgenza o interventi riferibili ai contagi del Coronavirus) talvolta affrontato in modo più ampio; e/o ancora specificatamente per uno dei numerosi e svariati *nodi di una rete* (es: shock, traumi, perdite, ecc.) sino al Trattamento Sanitario Obbligatorio (cfr, Par IV)[147].

La diffusione del Coronavirus ha causato uno stato di emergenza che ha coinvolto sia la sfera individuale che quella collettiva: città deserte, famiglie in casa, chiese sbarrate, distanziamento sociale. In pochi giorni si è passati dalla normalità di una vita che scorreva con i suoi ritmi e le sue liturgie a una situazione precaria di ospedali e contagi, dai contorni di una pandemia. Le certezze di vivere in un mondo tecnologizzato e inattaccabile si sono frantumate dinanzi alle cifre dei ricoveri e alle tragedie di morte. Mentre molte Nazioni, come l'Italia, hanno cercato di reinventarsi un "modus vivendi", giorno dopo giorno, sperimentando sensazioni, pensieri, ricordi. Un percorso di emozioni e prospettive che dal disincanto conducono alla speranza [104].

Quando vengono limitati i comportamenti abituali, ci si accorge che le libertà acquisite sono un bene conquistato che assume un valore quando lo perdiamo. Ma non solo sono intaccate le iniziative di andare a correre per il parco, di vedere gli amici, di uscire con i figli, di vedere una mostra, di andare a fare shopping, di entrare in un bar o godersi una cena al ristorante: oltrepassando la "quarantena" o la "novantena" forzata continuano evoluzioni restrittive del modo di vivere quotidiano. Lo star "chiusi a casa" ha reso evidente un "senso della vita" che ci è mancato non solo i comportamenti, ma pure dal sentire al progettare. Nel contempo questo tipo di "distanziamento sociale" può procurare da una parte "resistenze psicologiche", "stress" e d'altra parte vi può essere un recupero di ricordi antichi e modalità di *resilienza* a cui non si era abituati.

La condizione forzata degli spazi e dei tempi a cui conduce l'"isolamento" (il quale non è la "beatitudine" della solitudine) assume un altro significato, fatto di parole che hanno un lessico nuovo come "mascherine", "lockdown", "tamponi", ma anche termini come "eroi", "onorificenze" o "volontari", etc., che si attribuiscono a nuove categorie (infermieri, medici, psicologi clinici, operatori socio-sanitari).

Il nemico c'è e non si vede: come non si vede la morte che toglie dignità dell'estremo saluto [104]. Anche perché non si è in guerra, ed il *Cavaliere dell'Apocalisse* (Bibbia, San Giovanni) monta questo cavallo maledetto della pestilenza.

Su questo tempo sospeso, la malattia del Coronavirus incide sulla nostra vita: si muore, si guarisce e si riparte, ma l'incertezza del futuro è causata non solo dalle perdite, ma dagli effetti collaterali e conseguenti che questa epidemia può portare a livello individuale, sociale, economico.

È per tali motivi che può essere utile riflettere sulle "Relazioni d'Aiuto Adleriane nelle situazioni di emergenza". Il modello della Psicologia Individuale, con le sue strategie infatti non solo ci permette di approfondire alcuni argomenti attuali che attengono alle situazioni di crisi (Rovera) di urgenza, di emergenza: ma pure di proporre tipologie educative di consulenza, di consultazione (Liaison) e di psicoterapie. Tutto ciò dovrebbe, partendo dal sentimento di inadeguatezza, aumentare il "sentimento sociale e cooperativo": asse portante dell'Adlerismo.

Considerata la complessità dell'argomento si propone una **Tabella Sinottica** che sottolinea i legami della rete interattiva e permette una lettura focalizzata sui contenuti sinteticamente riportati.

Con l'emergenza del Coronavirus si è verificata una repentina uscita dalla normalità con sconvolgimenti a livello sia della sfera individuale che collettiva. Un nemico invisibile portatore di morte ha determinato la caduta dei precedenti equilibri e l'incertezza del futuro.

Il modello della Psicologia Individuale contempla tipologie educative di consulenza, di consultazione (Liaison) e di psicoterapie e si propone, partendo dal sentimento di inadeguatezza, di aumentare il "sentimento sociale e cooperativo"

TABELLA SINOTTICA	
· Premesse	
I) Introduzione.	A) Cenni Epistemologici. B) Disambiguazione. C) Contagi epidemici relazionali.
II) Assessment.	A) Generalità. B) Quadri sintomatologici. C) Valutazione clinica.
III) Argomenti propedeutici agli interventi di emergenza.	A) Generalità. B) Problemi Prossemici. C) L'empatia. D) Tecniche di intervento.
IV) Alcune strategie di trattamento.	A) Generalità. B) Interventi psicoeducazionali. C) Counseling. D) Consultazioni di Liaison. E) Relazioni di aiuto psicoterapeutiche. F) Psicoterapie: d'urgenza e brevi.
V) Considerazioni critiche.	A) Generalità: conferenze, didattica e convegni a distanza. B) Consulenze telefoniche e Psicoterapia online. C) Variazioni del Setting e Stile Terapeutico.
VI) Riflessioni conclusive.	A) Generalità. B) Sequele e postumi. C) Evoluzioni delle ricerche neurobiologiche, psicopatologiche e socioculturali. D) Cooperazione e sentimento sociale.
· Bibliografia.	

I. Introduzione

A) Cenni Epistemologici

1) Come è noto il paradigma della Psicologia Individuale, per la sua flessibilità, è aperto al rinnovamento, fra tradizione e cambiamento, in un'elaborazione teorico-pratica bio-psico-socio-culturale. I filoni di intervento tradizionali: distinguibili nelle aree di psicopedagogia, di counseling, di Liaison, e di psicoterapia analitica, si arricchiscono oggi nei campi teorico-applicativi: sia dialogando con altri paradigmi scientifici, sia recuperando la discussione sul soggettivo/oggettivo, sul fare/sapere/saper fare/saper essere, nell'ambito di confini delle Relazioni d'Aiuto[63; 139].

Al riguardo i punti di domanda sono: in cosa consistono le configurazioni concettuali e le metodologie?

Si possono fornire risposte di definizione e di limite della valutazione diagnostica e delle tipologie di committenza e di assistenza.

2) Il problema epistemologico in rapporto alle Relazioni d'Aiuto Adleriane, si innesta sul tronco bio-psico-sociale che legittima i diversi paradigmi scientifici non in modo riduzionistico [142]. La filosofia della Scienza attuale riconosce che il costituirsi di campi del sapere differenti, con le loro metodologie e con i loro oggetti. Le Relazioni d'Aiuto Adleriane possono rientrare nel ramo psicologico.

Sicché rientrano le scienze specifiche, in una rete pragmatica evolutiva in cui le scienze della natura e quelle umane interagiscono per finalità cliniche (nel caso dell'emergenza Pandemia Coronavirus). In questo mosaico la Psicologia Individuale riafferma la centralità di fornire gli strumenti per l'unità psicosomatica.

Il rischio che potrebbe derivare dal ventaglio delle Relazioni d'Aiuto Adleriane nel contesto dell'emergenza sarebbe quello di un'eterogenea frammentazione che si riferisse più a "luoghi generici" che non al "senso comune". Questo problema porterebbe alla discussione di ciò che è e di ciò che non è la psicoterapia, riconosciuta come professione rispetto ad altre prassi terapeutiche, anche in un'ottica transculturale [23].

Le Relazioni d'Aiuto sono caratterizzate da operatori che optano per una *helping profession*, con modalità diverse, ma con una base

Il problema epistemologico della Psicologia Individuale si innesta sul tronco Bio-Psico-Social che legittima i diversi paradigmi scientifici in modo

La Psicologia Individuale è aperta al rinnovamento nell'ambito dei suoi vari filoni di intervento tradizionale (psicopedagogia, counselling, Liaison e psicoterapia psicoanalitica).

Nel caso dell'emergenza della pandemia può fornire, attraverso le "relazioni di aiuto adleriane" strumenti per l'unità psicosomatica

motivazionale, assimilabile al "sentimento/interesse sociale", il quale è volto in questo caso ad aree psico-socio-sanitarie[13].

A tale proposito si possono distinguere alcune tipologie [72]:

a) Le professioni di aiuto propriamente dette, con specifiche finalità e competenze riguardo le *Psicoterapie, gli aspetti educazionali, il Counseling e la Consultazione di Liaison* (Par. IV).

b) Le professioni che implicano l'aiuto: nell'ambito sanitario, psico-socio-educativo, nonché di particolari relazioni che si riferiscono a offerte formative e operative

c) I gruppi che si connotano grazie agli aspetti solidaristici, cooperativi [56] o sotto forma di organizzazioni volontaristiche (come nei *gruppi di autoaiuto*). Tale tipologia di cooperazione si radica nell'Interesse/Sentimento Sociale e si concretizza in molteplici ramificazioni della "Relazione d'Aiuto" (ad esempio età evolutive o involutive) [137].

3) Nell'attuale situazione di emergenza il coinvolgimento empatico, l'immedesimazione culturale e il tipo di alleanze terapeutiche sono precursori delle strategie dell'incoraggiamento. Tali strumenti terapeutici devono essere modulati a seconda del contesto, della persona, delle finalità e del tipo di struttura sanitaria (Pronto soccorso, reparti ospedalieri, residenze per anziani, ecc.).

Le Relazioni d'Aiuto fra "tecnica e arte", pongono inoltre una distinzione tra il *come fare*, (procedure di apprendimento tecnico-metodologico) e il *fare come* (procedure di esperienza congeniale identificatorie). Si sottolinea che tutte le professioni che implicano aiuto, hanno anche componenti attinenti al Sé creativo (Rovera).

4) La formazione legata all'eredità delle Scuole di Psicologia Individuale si può esprimere nelle molteplici forme delle Relazioni d'Aiuto, sia a livello teorico-metodologico (il *come fare*), sia nell'utilizzare il Sé creativo (il *fare come*). Il rapporto tra formante e formato vivifica quella che sarà la Relazione d'Aiuto, che è un apprendimento non basato soltanto su codici, ma pure su procedure esperienziali, rielaborate nel corso sia di una *formazione ricorrente/permanente*.

In questo periodo particolare di *Epidemia da Coronavirus, l'adleriano modello di rete (quale rete di modelli)* trova, nei contesti teorico-pratici delle Relazioni d'Aiuto, un'ulteriore area applicativa, attraverso nuove professionalità: apertura all'informazione, al tutoraggio; e dagli interventi d'aiuto strutturati alle valutazioni complessive diagnostiche (Par. III, IV, V).

B) Disambiguazione

1) La situazione attuale causata dall'epidemia del Covid-19 ha posto in risalto una dimensione acuta e collettiva sia con *specificità* sia con *generalizzazioni* (protocolli di intervento sull'isolamento, contenimento in aree rosse, sofferenze delle fasce delle età evolutive ed involutive, etc.).

Si sono differenziate aree riguardanti le caratteristiche dell'utenza di nuovi servizi (strutture di terapie intensive) e pure le modalità di intervento consolidate [120].

La *crisi emergenziale* si connota essenzialmente fra tensione psicologica e problemi "di vita" che si influenzano reciprocamente in modo tale che gli interventi si caratterizzano con *approcci multipli*, giacché le persone che si presentano, spesso, non presentano solo urgenze mediche [120]. Infatti sono da tenere distinti l'emergenza, legata spesso a situazioni di disagio o disadattamento complessivo, mentre l'*urgenza*, comporta soprattutto una sofferenza psichica che richiede una risposta psicologica e terapeutica peculiare (Par. I B).

Inoltre sono molte le ripercussioni che possono condurre a trasformazioni individuali, di lavoro, economiche, di instabilità affettive, eccetera [120].

La *crisi* si connota essenzialmente come intreccio fra tensione psicologica e quei problemi "di vita" che si combinano a fattori che si influenzano reciprocamente. L'intervento di crisi si caratterizza, quindi, come una modalità di approccio particolarmente adatta al trattamento

Le relazioni d'aiuto adleriane propongono in questa situazione emergenziale legata al covid l'apprendimento di procedure tecnico-metodologiche (come fare) coniugate all'utilizzazione del sé creativo (fare come)

La formazione permanente ricorrente risulta vivificata dal rapporto tra formante e formato sia per le esperienze di continua rielaborazione che per l'apprendimento di codici

La crisi emergenziale si connota come fenomeno complesso (urgenza medica, tensione psicologica, problemi di vita) e pertanto richiede interventi multiprofessionali

psicologico di persone con manifesta urgenza medica e modalità di intervento si collegano con un orientamento culturale e sociale che valorizza le possibilità di interventi interprofessionali.

a) Nell'approccio all'*urgenza* il concetto di crisi emotiva si rivela particolarmente utile da un punto di vista sia prognostico che terapeutico, permettendo una più chiara delimitazione in cui vi è in primo piano la sensazione soggettiva di impotenza che vive il paziente, e consentendo una nuova distinzione tra *urgenza* ed *emergenza*. Quest'ultima è legata spesso più a situazioni di disagio o disadattamento sociale, mentre soltanto l'*urgenza* comporta soprattutto una sofferenza psichica individuale [29; 91].

2) L'importanza di un riconoscimento e di un trattamento precoce non deve però portare ad agire nell'immediato, senza prima aver valutato complessivamente l'*emergenza*. Non si devono trascurare i problemi strutturali presenti nelle persone (aspetti che richiedono altri metodi ed altri tempi). Deve essere impegno di chi affronta l'*emergenza* evitare che un disagio si affermi, onde prevenire il ricovero quando abbia un senso farlo e quando invece esso sia indispensabile, v'è la necessità di attuarlo nel modo terapeutico appropriato.

- I temi dell'*emergenza/urgenza* in Pandemia comportano anche una *molteplicità di interventi*: farmacologici, assistenziali, sociali, psicoterapeutici, ma trovano la loro specifica identità nella comprensione della condizione psico-somatica-sociale dell'individuo acutamente sofferente, per poter su questo intervenire "a rete" e modulare le risposte.

Per *urgenza* si indica una *situazione psichica acuta* e grave che richiede una valutazione diagnostica e terapeutica immediata. Tale problematica psichiatrica solleva spesso questioni che non riguardano solo metodi di approccio terapeutico, ma anche i diritti ed i doveri dell'assistito, dello psichiatra, a confronto oltre che con la famiglia e il contesto sociale [120].

È necessario distinguere dall'*urgenza* il concetto di crisi e di emergenza che esprime una richiesta legata a situazioni di disadattamento e che deve rispondere di richieste d'aiuto.

Una distinzione tra parole simili può essere utile. L'*emergenza* è necessità, *urgenza*, accidente, difficoltà, imprevisto, momento critico, pericolo. La *crisi* è un'improvvisa modificazione nella vita di un individuo o di una collettività o della società, con effetti più o meno duraturi (spirituale, economica, etc). Nel decorso di una malattia può seguire la guarigione o un peggioramento.

Il concetto di *emergenza/urgenza* si riferisce ad una configurazione tipica di una parte delle emergenze psicologicamente psichiatriche. Nella letteratura vengono utilizzati anche altri termini, quali *crisi*, *situazioni di rischio*, ognuno con significati molteplici [91]. Ad esempio:

Urgenza: fretta, premura, rapidità, sollecitudine (medica, chirurgica, economica, psicologica), bisogno, necessità impellente, emergenza. È una situazione in cui è necessario prendere una decisione immediata a causa della perentorietà della richiesta da parte dell'assistito o del contesto ambientale.

Emergenza: è una improvvisa modificazione non solo del comportamento, ma pure dello stato emotivo (esempio attuale la pandemia) che causa ansia, depressione e difficoltà di rapporti interpersonali, anche per il lavoro, per la famiglia e per la comunità. È caratterizzata, oltretutto da elementi psicopatologici, pure dalle problematiche psicosociali.

Queste configurazioni concettuali non sono utilizzati in modo concorde e univoco. Sembra quindi opportuno operare distinzioni, ma non in modo scissionale, anche perché le dette situazioni nella realtà si possono intrecciare a rete ad un'altra.

C) Contagi pandemici e relazionali

1) Il termine *epidemia* ricorre già nell'antica Grecia: esso designa un flagello contagioso che si abbatte su un popolo. Molte cose sono cambiate dai tempi di Ippocrate e, con l'intervento di numerose discipline, il termine ha anche assunto dei significati derivati: la *medicina*

E' utile distinguere l'emergenza legata a situazioni di disagio e disadattamento complessivo dall'urgenza che comporta una sofferenza psichica acuta

Nel validare l'intervento precoce occorre valutare l'emergenza nel suo complesso.

Gli interventi dell'emergenza-urgenza devono essere modulati in una rete di risposte

Epidemia : malattia improvvisa e contagiosa che colpisce un gran numero di persone in un breve tempo(es. peste)

Endemia : ripetersi di episodi morbosi in un piccolo numero di persone (es. Malaria)

ha spiegato le cause e alcuni meccanismi di propagazione del flagello: la *demografia* e la *statistica* sono in grado di valutare l'incidenza sulla popolazione; la *storia* e la *sociologia* interpretano le cronache dei tempi passati e i comportamenti attuali. Tutte queste discipline hanno contribuito a creare un'immagine nuova dei contagi epidemici.

2) *Un'epidemia* si verifica quando una malattia infettiva colpisce un gran numero di individui di una determinata popolazione in un arco di tempo molto breve. In questo senso l'epidemia si distingue (non sempre) dall'*endemia*, che designa invece il ripetersi di episodi morbosi in un piccolo numero di individui. L'epidemia è improvvisa, massiccia, spettacolare e temporanea, mentre l'endemia costante e passa facilmente inosservata. Si registrano le epidemie di peste o di colera, mentre l'endemia malarica viene considerata banale e normale, soprattutto tra i popoli che ne ignorano le modalità di trasmissione.

I *fattori di rischio* sono molto vari e vi sono tra gli individui "gruppi" più esposti degli altri. Il *pericolo di una mondializzazione delle epidemie* (o pandemie) ha i suoi limiti biologici, ma non per questo l'individuo può sentirsi per sempre e del tutto tranquillo: basta che mutino le condizioni climatiche di un territorio, che un *virus* modifichi una parte della propria struttura molecolare, che si trasformi in misura minima la natura chimica della membrana di un batterio, perché si possa essere colpiti da malattie fino a quel momento sconosciute. L'individuo dinanzi alla contagiosità delle epidemie che in passato ed oggi hanno minacciato la sua esistenza, ha fronteggiato tale emergenza con interventi di vario genere garantendosi la sopravvivenza.

3) Un argomento collaterale, ma di rilievo, riguarda i *contagi psicologici endemici, e talora pandemici*.

Si cita sul piano storico Orson Wells (1915-1985) che in uno spettacolo radiofonico nel 1938 "La guerra dei mondi" (del 30 ottobre) scatenò il panico in buona parte degli Stati Uniti, facendo credere alla popolazione di essere sotto attacco da parte dei marziani.

Un altro esempio è quello di Torino (nel 2017) in Piazza San Carlo, gremita per assistere ad una partita di calcio. Alcuni "ladruncoli" usando degli spray a scopo di furto, hanno suscitato una *reazione di fugache* portò a due decessi e a molti feriti.

Al riguardo si è tenuto nell'Aprile 2018 a Brescia il XXVII Congresso Nazionale della SIPI sul tema: *Contagi relazionali, emozioni, comportamenti, culture in Psicologia Individuale*. I contributi hanno trattato dei contagi positivi, in Socioanalisi, in contatto col paziente ed i contagi negativi relazionali[1].

II. Assessment

A) Generalità

Se le Relazioni d'Aiuto Adleriane in situazioni di emergenza/urgenza si rivolgono alle strategie psicoeducative di counseling, di consultazione/Liaison, e psicologico/psichiatriche: la valutazione complessiva *assessment* dovrebbe essere riferibile alle professionalità delle discipline di riferimento.

Mentre la Consultazione di Liaison (Par. IVC) e la valutazione psichiatrica (Par. IVD, E, F) assumono le caratteristiche di emergenza/urgenza: le altre strategie (Psico-pedagogica e counseling, Par. V e IV B, C) possono essere "emergenti" ma di solito non sono urgenti.

B) Quadri sintomatologici

In un periodo di emergenza come questo, specie in riferimento alle varie Relazioni d'Aiuto, la valutazione diagnostica complessiva clinica facilita la comunicazione e il trattamento; nella ricerca organizza il pensiero e il campione; *nelle politiche sanitarie* rappresenta elementi concettuali di confronto e di riferimento.

La "diagnosi" non è un'etichetta, ma anche un processo interpersonale dinamico talora che dà senso alla relazione prepara l'approccio terapeutico. Difatti la valutazione può essere *categoriale, dimensionale, dinamico strutturale e socio culturale*[133].

Contagi psicologici endemici e talora pandemici: un esempio è stato lo spettacolo radiofonico di Orson Wells del 1938 sull'attacco dei marziani)

Nelle relazioni di aiuto adleriane la consultazione di liaison e la visita psichiatrica assumono le caratteristiche di urgenza/emergenza

La psicopedagogia e il Counseling possono essere emergenti ma di solito non sono urgenti

Per arrivare alla diagnosi è importante la specificità del contesto della anamnesi.

Ogni disturbo acuto da stress e post traumatico emergenziale deve essere inserito in un contesto clinico

Lo strumento diagnostico specie in emergenza dovrebbe favorire lo sviluppo della capacità di osservare e ascoltare i pazienti, per poi trarne deduzioni significative onde migliorare le "Relazioni d'Aiuto".

Il racconto del paziente (ed eventualmente dei familiari e dei medici e psicologici clinici) si intrecciano alle notizie anamnestiche, ai test psicologici, ai dati di laboratorio: sono le fonti che bisogna organizzare il quadro diagnostico dotato di senso. La sintomatologia in emergenza può avere infatti significati diversi e, per arrivare a una diagnosi valida e utile, devono essere utilizzata la specificità del contesto e la storia di vita (anamnesi) del singolo assistito.

I vari codici e manuali diagnostici (ICD 10, DSM V, PDM 2) [117] suppongono di allargare gli orizzonti nell'approccio diagnostico affrontando le problematiche delle *"nomenclature delle neuroscienze", della psicopatologia in evoluzione, dei disturbi mentali, dell'influenza della cultura*.

Se il focus sono i disturbi da shock emergenziale, oppure una consultazione in struttura medico-dinamica, o ancora psicoterapia d'urgenza: tali contesti sottolineano *i limiti e le difficoltà diagnostiche*, dal momento che i disturbi psicologici tendono a distribuirsi lungo una *spettro di gravità* che possano alterare la prevalenza di una diagnosi complessiva. Per esempio un *disturbo acuto da stress e post traumatico emergenziale*, potrebbe essere inserito in un *contesto clinico*. Si può mettere in discussione l'utilità di separare fenomeni urgenti da un contesto clinico precedente, giacché si scompongono in codiagnosi di sindromi diverse definite da insiemi di criteri diversi [121].

Peraltro giungere ad una *diagnosi congetturale* è compatibile col quadro sintomatologico emergenziale, che è il contesto fondamentale per affrontare una situazione psicologica clinica che talora presenta un'urgenza (per esempio nell'individuo *che minaccia il suicidio*) [161].

Per una comprensione funzionale i codici più appropriati sono quelli educazionali psicologici, neurologici, socio culturali. Si può intravedere le complesse interazioni tra questi approcci valutativi, che non precipitano in *tendenze riduzionistiche* (Rovera, 20...) né in *"evitamenti diagnostici"*.

Una delle complessità cliniche dell'emergenza [22] sta appunto nell'osservare, ascoltare, inferire, ordinare, categorizzare e anche dimensionare la situazione di emergenza: sono le attività valutative diagnostiche i primi passi dell'impresa diagnostica che potrà essere completata in tempi successivi.

Senza un sistema di riferimento che ordini ed etichetti la sintomatologia emergente gli operatori specialisti non potrebbero comunicare tra loro e non potrebbero attuare le Relazioni d'Aiuto.

Nel modello biopsicosociale [66] che stabilisce un sistema diagnostico affidabile e condiviso, si è cercato i modi di trovare un accordo tra le diverse discipline e di mettere in relazione la classificazione con quella della sezione sui disturbi mentali della decima edizione della Classificazione anche non uguali e sempre in evoluzione.

Gli ideali diagnostici creano molte problematiche sia sotto il problema empirico che scientifico. Oltre alle difficoltà pragmatiche va affrontato infatti il tipo di conoscenze che possono essere ottenute dai diagnostici e ricercatori che elaborano definizioni operative delle diverse problematiche mentali, comportamentali, psicodinamiche, culturali [22].

C) Valutazione Clinica

Il cammino prognostico non è lineare. L'oggetto di indagine, la persona di cui bisogna fare la *prognosi in emergenza*, è un soggetto che costruisce attivamente se stesso e plasma il proprio stile individuale, interpersonale, e socio-culturale. Le competenze degli specialisti, sono parte integrante della situazione emergenziale ma essi dovrebbero entrare in contatto con il mondo interno dell'assistito, anche se l'astenersi in un'urgenza è una regola prudenziale.

La linearità di un approccio "oggettivante" diventa quindi più problematica, quando si prende in considerazione l'influenza del contesto storico, degli individui che hanno subito uno shock recente o una perdita affettiva e che vengono accolti in un pronto soccorso o in

Limiti e difficoltà dell'utilizzo dei codici e manuali diagnostici.

Importanza della diagnosi "congetturale" compatibile con il quadro sintomatologico emergenziale.

La diagnosi potrà essere completata in tempi successivi, tenendo conto di classificazioni diagnostiche specifiche

La prognosi in emergenza è difficile e l'approccio oggettivante è problematico

una *struttura ospedaliera* o ancora sono ospiti in una RAS e presentano uno scompenso clinico da Coronavirus.

Un sistema valutativo (diagnostico-prognostico), specie nelle situazioni di emergenza segue criteri di classificazione per migliorare la comunicazione tra operatori. Un approccio delle Relazioni di aiuto terapeutiche che può essere completato nel percorso del trattamento [113].

III. Argomenti propedeutici agli interventi in emergenza

A) Generalità

1) Le situazioni che si stanno realizzando in questo periodo di emergenza, hanno ripercussioni bio-psico-sociali, non solo sui singoli individui, ma pure sulle famiglie. Alcuni procedimenti di profilassi sanitaria, utili e necessari per tutelare la popolazione dalla diffusione del Coronavirus, per alcuni si sono rivelati come una corazza protettiva (per le goccioline contagiose), per altri hanno avuto degli effetti secondari ed anche delle controindicazioni.

2) Applicazioni cliniche

Gli ambiti applicativi delle Relazioni d'Aiuto Adleriane dell'emergenza sul versante clinico sono invece la formazione preventiva al personale del soccorso (fase precritica), ad esempio con tecniche di Psychoeducation (PE) e Stress Inoculation Training (SIT); gli interventi immediati di supporto sulla consulenza diretta (fase peri-critica), defusing, procedure di valutazioni di approccio e di follow-up e interventi di sostegno individuali, gruppali e familiari a medio termine (fase post critica).

- Gli interventi clinici si possono rivolgere ai soggetti direttamente coinvolti dall'evento critico, ai parenti o ai testimoni diretti dell'evento e ai soccorritori intervenuti sulla scena, che spesso sono esposti a situazioni di particolare drammaticità. Gli operatori dell'emergenza, per l'interazione con i processi emotivi traumatici del particolare tipo di assist con cui operano, sono più a rischio della media rispetto a possibili fenomeni di traumatizzazione vicaria, e devono pertanto attuare a loro volta una serie di misure di sostegno come supervisioni esterne post-intervento.

B) Problemi Prossemici

1) L'argomento dell'*isolamento* ormai è sulla bocca di tutti, generalmente utilizzando la locuzione anglosassone *lockdown*. Nella *Prima Fase* del Contagio è stato un precetto da osservare rigorosamente; nella *seconda fase* sono constatate delle "controcostrizioni", anche di massa; nella *terza fase*, quella attuale, vi sono delle regole da osservare (la misura della distanza, il metro interindividuale negli assembramenti, nei luoghi pubblici, il distanziamento degli ombrelloni sulle spiagge, eccetera).

Un approfondimento può chiarire l'importanza anche psicologica di tale procedimento.

2) Il termine inglese proxemics, in italiano *prossemica*, derivato di prossimità, è stato introdotto dall'antropologo americano Hall. [85; 86].

Lo studio dello spazio individuale e interpersonale, indaga il significato che viene assunto, nel comportamento sociale umano, dalla distanza che si interpone tra sé e gli altri, tra sé e gli oggetti e, più in generale, il modo di porsi nello spazio e di organizzarlo, su cui influiscono elementi di carattere etnologico e psicosociologico. In una impostazione filosofica della fenomenologia, il riconoscimento dell'intenzionalità della coscienza conduce alla nozione di una *spazialità* umana non geometrica ma vissuta, che non può essere esplorata al di fuori del rapporto costitutivo con il mondo, giacché ha un *valore semantico* [35].

La prossimità può essere inoltre pensata in maniera *etica*, quale dimensione ontologicamente originaria e irriducibile alla semplice vicinanza spaziale di un Io con il suo Altro, si configura ancora una volta

Ripercussioni bio-psico-sociali su individuo e famiglia e possibili ambiti applicativi delle relazioni d'aiuto adleriane

Importanza della prossemica e sue ripercussioni nella situazione di lockdown

Prossemica: studio dello spazio individuale e interpersonale, volto a indagare il significato, nel comportamento sociale umano, dalla distanza che si interpone tra sé e gli altri, tra sé e gli oggetti e, più in generale, il modo di porsi nello spazio e di organizzarlo, su cui influiscono elementi di carattere etnologico e psicosociologico.

La spazialità misurabile e quella vissuta

La spazialità umana non geometrica può essere pensata in modo etico, esistenziale, come responsabilità, intesa come coinvolgimento: "essere l'uno per l'altro" legata alla stessa corporeità.

come *esistenziale*. In questo rapporto originario con l'Altro la prossimità diventa inoltre *responsabilità*, intesa come un coinvolgimento che si configura a sua volta come sostituzione, cioè come un "essere l'uno per l'altro" reso possibile dall'aver l'Altro nella propria pelle a cui non ci si può sottrarre essendo essa legata alla nostra stessa *corporeità* [35].

Il *lockdown* (corrispondente all'italiano "isolamento" o "blocco"), nei paesi anglosassoni è un protocollo d'emergenza che consiste nell'impedire a delle persone o a delle informazioni di lasciare una determinata area al fine di protezione e di emergenza.

Sulla scia degli attacchi dell'11 settembre 2001 per esempio, il governo statunitense ha utilizzato il *lockdown*, attuando un blocco di tre giorni dello spazio aereo civile nazionale.

Così come durante questa pandemia causata dal *Coronavirus* nel 2019-2020, numerosi governi nazionali hanno impiegato misure di confinamento per evitare la diffusione della malattia, bloccando sia lo spostamento dei propri cittadini dentro i confini nazionali, sia gli ingressi da paesi stranieri. Tra questi Stati, il primo ad adottare tale misura è stata la Cina (nella provincia dell'Hubei e a Wuhan), seguita poi dalla Corea del Sud e dall'Italia; poi dalla Francia, India, Spagna, alcuni stati degli Stati Uniti d'America, Malesia e Regno Unito, Brasile, India, eccetera.

Il problema della " **distanza**" in *psicoterapia* (Rovera, 1982-1984) inerisce direttamente a quelli che sono due tra i parametri psichiatrici fondamentali: quelli del tempo e dello spazio "vissuti" (Minkowski, 1968).

Innanzitutto per cogliere il significato e la funzione dell'individuo nello spazio, non solo è necessario riferirci allo spazio storico-esterno, in cui sono presenti condizionamenti biologici, psicologici, culturali e sociali: ma anche indirizzarci verso uno spazio vissuto (Minkowski, 1968) e verso uno spazio mentale-interno, in cui si muovono motivazioni, rappresentazioni, emozioni, pensieri.

Il problema dello spazio è posto fra la rete dell'*interpretazione relazionale* e quella *intrapsichico-mentale*. Si aggiunga che a questo il problema si allarga all'intero ambiente circostante assumendo le caratteristiche di una rete ecosistemica complessa (Rovera e coll., 1979). sicché un approccio di questo tipo può avvalersi contemporaneamente sia di un'analisi diacronica che sincrona.

La maggior parte dei processi prossemici sembra svolgersi non solo a *livello profondo* ma anche attraverso le *comunicazione non verbali*. La rappresentazione del proprio schema corporeo, il senso dello spazio personale, l'orientamento: sono tutte informazioni che in atti vengono codificate e decodificate senza che l'individuo spesso ne sia pienamente consapevole e senza che egli le trasmetta attraverso il linguaggio verbale.

All'origine dell'uso dello spazio sembra quindi collocarsi la "*corporeità*" (Merleau-Ponty, 1945) che gradualmente, nel corso dell'ontogenesi, si espande oltre i confini del corpo stesso, inteso come unità psicosomatica ed anche sociale, fino a diventare una piccola, invisibile barriera di contatto tra l'individuo e la realtà esterna.

A definire la distanza personale, cioè la bolla che circonda ogni individuo (Horowitz, Duff e Stratton (1964) si è introdotto il concetto di "*Zona Cuscinetto*" connotata come "zona a difesa del corpo, che respinge". La zona cuscinetto rappresenta infatti uno strumento atti sua a difendere l'individuo da troppo ravvicinati rapporti interpersonali; sia a differenziare l'individuo dall'ambiente, sottolineandone l'identità e l'individualità. La distanza maggiore è quella che frapponiamo nei confronti di un altro che ci sta di fronte, forse a difenderci contro un pericolo di intrusione, accentuato dalla possibilità di incontrare lo sguardo dell'altro e di ricevere i segnali mimici (Bonino, Fonzi, Saglione, 1982).

La distanza personale sembrerebbe il precipitato di fattori individuali e meta-individuali. Il comportamento del soggetto nello spazio, rispetto ad un altro soggetto, assume in questa prospettiva il significato di "mediatore" o di "modulatore" (Lapierre e Aucuturier, 1982), attraverso il quale l'individuo manifesta concretamente le sue modalità di approccio alla realtà. Ciò significa, in ultima analisi, considerare il comportamento nello spazio come una delle manifestazioni del processo di socializzazione e quindi legato alla sfera tanto biologica che culturale. Si ricorda qui che

Le misure di confinamento e il lockdown hanno implicazioni in psicoterapia.

A partire dai parametri fondamentali di tempo e spazio occorre indirizzarsi verso uno spazio vissuto e uno spazio mentale – interno in cui si muovono rappresentazioni, emozioni, pensieri

Importanza della comunicazione non verbale e della corporeità che si espande oltre ai confini del corpo stesso fino a diventare una barriera di contatto tra individuo e realtà esterna. La "zona cuscinetto" come zona di difesa del corpo che respinge.

Il comportamento nello spazio come manifestazione del processo di socializzazione è legato sia alla sfera biologica che culturale.

Nel tempo di emergenza le persone rischiano di essere serrate in un atteggiamento difensivo, nel tentativo di mantenere una zona cuscinetto adeguata come strumento di protezione

la posizione "alto-basso", era già stata proposta da Adler (1912, 1920, 1927).

I correlati della distanza personale possono essere suddivisi in tre grandi categorie, che si riferiscono alle caratteristiche di personalità, al contesto culturale, al sesso.

3) a) In tempi di emergenza Coronavirus il decodificare della fenomenica psicopatologica in chiave di "distanza" sarebbe forzoso; più corretto sembrerebbe il riferimento a "situazioni fobogene di pericolo", dinamicamente intese.

La funzione e la genesi della "zona cuscinetto" può cercare di cogliere alcuni spunti in tema di psicopatologia dinamica e di psicoterapia circa la *comunicazione non verbale*.

Questo campo intermedio è il campo dell'illusione di cui l'individuo non deve giustificare l'appartenenza né alla realtà interna, né alla realtà esterna e condivisa e che costituirebbe una delle esperienze più importanti (Winnicott, 1971).

Il comportamento spaziale inoltre risente di tutti quegli "accidenti" che riguardano sia la situazione globale in cui si svolge l'azione, sia le caratteristiche dello stimolo, cioè dell'"altro" o della "situazione" a cui "avvicinarsi" e/o "allontanarsi".

b) La necessità di mantenere tale zona come *strumento di protezione*, come in questa emergenza, si rischia di serrare la persona in un *atteggiamento difensivo*, che accentuano misure più rigide e relazioni più statiche. È ciò che si registra nei tempi di emergenza.

4) La prossemica si riferisce ad una vasta area non solo protettiva o troppo rigida nel tempo del Coronavirus, ma riguarda anche la *distanza fra psicoterapeuta e paziente* che innesca la "relazione terapeutica". Qui la "zona cuscinetto" dell'analista e la zona cuscinetto dell'analizzando si giocano nel setting con modalità talora ritualizzate, ma che riportano l'incontro profondo, le mediazioni e le modulazioni culturali, la dinamica degli spazi vissuti.

Questo argomento, di cui ci si occuperà successivamente (Par. IV), riguarda anche le resistenze limitanti la zona cuscinetto, della loro regolazione che può indurre o meno *all'insight, al cambiamento* e quindi ai molteplici percorsi della relazione psicoterapeutica. Ed è per tale problematica che la *Psicoterapia Online* si differenzia dalla *psicoterapia interindividuale*.

Le Relazioni d'Aiuto Adleriane nelle *crisi di emergenza/urgenza* la *distanza è più ravvicinata quando vi è una empatia incoraggiante* (Fassino, Rovera) (Par. III, C, D).

C) L'empatia

L'empatia sembra riscoprire oggi un periodo di notevole interesse. Oltre agli studi su basi biologiche e neurofisiologiche: la psicologia, l'estetica e la filosofia (Stein) tornano a darne un rilievo. L'empatia ci consente di mettere al centro della nostra esperienza una delle realtà più importanti: la scoperta dell'esistenza dell'Altro (Boella, 2006). *Sentire l'Altro* non è una conseguenza automatica del nostro vivere in un contesto sociale: presuppone una modulazione del rapporto tra corpo, emozioni, mente. Su questa base diventa possibile la "creazione" di sentimenti, come l'amicizia, l'amore, l'aiuto, il rispetto, la fiducia, la cura, l'ammirazione: sentimento che ognuno di noi ha bisogno di coltivare nel periodo dell'emergenza.

La capacità di sentire l'Altro è parte del nostro essere umani (Dionise, 2019) nel suo studio sulla "*Critica della ragione empatica*" prende le mosse per sottolineare che l'empatia è un dato fondamentale della natura umana, che possiamo attivare, disattivare o modulare. Molti studi hanno considerato l'empatia come una capacità da implementare nelle relazioni intersoggettive o come uno strumento terapeutico contro l'egoismo o migliorativo nel rapporto relazionale; qualcuno è arrivato a definirla addirittura come l'unico antidoto contro la *crudeltà* (Dionise).

Anche nell'uso quotidiano del termine, se qualcuno si riferisce a noi definendoci «tipo molto empatici», tendiamo a prendere le sue parole

Le zone cuscinetto dell'analista e dell'analizzando si giocano normalmente nel setting secondo specifici rituali necessari al processo terapeutico.

Per questo la psicoterapia online si differenzia dalla psicoterapia interindividuale.

Importanza dell'empatia e dell'empatia incoraggiante nelle relazioni d'aiuto adleriane. Specificità e rischi dell'empatia nelle situazioni di emergenza – urgenza in psicoterapia.

come il riconoscimento di una nostra spiccata sensibilità e di un nostro altruistico interesse verso l'altro (Dionise, 2019).

Talora invece, specie nelle situazioni di *emergenza/urgenza*, pur non essendo una preconditione fondamentale della nostra vita etica, l'empatia non è necessariamente alleata né dell'altruismo, né di una concezione a favore di un'eguaglianza tra gli individui, nei diritti e nei doveri. Anzi, l'empatia rischia di spingerci a essere parziali: la difesa del «noi» contro «gli altri» è spesso condotta attraverso l'uso di dinamiche empatiche, può essere una alleata della *crudeltà*.

Benché una concezione stratificata illumini e chiarisca il ruolo dell'empatia nella riflessione sulla *patologia psichica*, nella *terapia*, consente l'impiego di strategie diverse di relazione. L'empatia non è solo quella che il terapeuta mette in campo con l'altro sofferente: anche l'assistito, a sua volta, ha la capacità empatica può andare in crisi o dimostrarsi inadeguata o insufficiente (Rovera).

D) Tecniche di Intervento

Interpretazioni, smascheramento delle finzioni, analisi dei sogni e revisione dello stile di vita: sono comprese nella comunicazione terapeutica, ma vengono spesso intenzionalmente non utilizzate nelle situazioni di crisi di emergenza e di urgenza.

Mentre le compensazioni positive, la "disclosure appropriata", l'aiuto incoraggiante vanno comunque recuperate da parte del terapeuta nell'ambito dei suoi significati profondi e nella sua continuità dinamico-strutturale (Rovera, 2012).

Nelle situazioni di urgenza-emergenza interpretazioni, smascheramento delle finzioni, analisi dei sogni, spesso non vengono utilizzati, compensate da "disclosure appropriata" e aiuto incoraggiante.

IV. Alcune strategie di trattamento

A) Generalità

1) I fenomeni catastrofici legati a rapide trasformazioni ecologiche sono in continuo aumento nel mondo; nel 2009 le fonti internazionali hanno registrato 335 disastri naturali che hanno coinvolto oltre 100 milioni di persone in 111 Paesi del mondo.

Alfred Adler, attraverso la sua vita e le sue opere in psicologia dell'emergenza, applica *interventi psicosociali*: una prassi che tiene in considerazione primaria gli elementi che si riferiscono al contesto ambientale, alla fitta rete di relazioni tra le persone, alla dimensione sociale.

Le Relazioni d'Aiuto Adleriane nelle situazioni di emergenza/urgenza si incrociano: come ad esempio negli interventi di *consultazione in una struttura ospedaliera* ove lo specialista clinico deve effettuare un colloquio presso un reparto di Medicina e Chirurgia.

È importante che ci si interroghi sull'argomento per attuare un insieme di pratiche e di conoscenze utili a comprendere e a sostenere gli individui e la collettività che fronteggiano eventi potenzialmente distruttivi, prima, durante e dopo il loro manifestarsi (Collina, 2014).

In questi casi una valutazione complessiva spesso è necessario ed urgente un intervento terapeutico (con una prescrizione farmacologica), oppure un trattamento breve psicoterapeutico e pure raramente un provvedimento in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO).

Il modello teorico-pratico della Psicologia Individuale (in accordo con gli orientamenti in evoluzione) può essere utilizzato variamente nelle "situazioni di crisi", anche supportato dal Pronto Soccorso Psicologico (di recente realizzazione).

Gli interrogativi che si pongono nelle emergenze sono questi: quale intervento si deve optare e per quale assistito?

L'obiettivo prioritario è soccorrere l'individuo che sta soffrendo, cercando di comprendere il contesto in cui è maturata la richiesta d'aiuto, e di valutare diagnosticamente se la situazione richieda un intervento urgente: altrimenti il trattamento può essere psicoeducazionale, di counseling, di liaison o psicoterapeutico.

Dopo il colloquio iniziale vi sono diversi elementi nelle Relazioni d'Aiuto Adleriane che possono facilitare il tipo di alleanza terapeutica (Rovera). È corretto regolare la distanza, il tempo, il clima empatico, e le competenze. Ciò consente di individuare i bisogni dell'assistito, di cogliere le emozioni che esprime, con un atteggiamento di sostegno incoraggiante. Questi interventi, anche brevi e psicoterapeutici, non vanno confusi con le Psicoterapie brevi strutturate (Pavan; Ferrero, Fassino).

Peraltro va considerato che vengano disposti *ulteriori colloqui di approfondimento e di supporto*, che possano aiutare l'assistito ad uscire dalla situazione di emergenza. Si può anche ventilare la prospettiva di appoggio ad un altro specialista per una eventuale psicoterapia breve strutturata o per ulteriori percorsi di trattamento.

Ciò detto si sottolinea che l'uso di alcuni strumenti psicodinamici nella conduzione dell'intervento sulla crisi emergenziale, ha prevalentemente la funzione di una *chiave di lettura*, in quanto non si possono applicare i fattori di pertinenza della psicoterapia strutturale (quali l'interpretazione di conflitti profondi, o l'analisi del transfert).

L'intervento sull'emergenza, specie se acuta, può prolungarsi non più di 6-8 settimane tra il primo colloquio e la conclusione. L'obiettivo minimale di questi interventi è quello di ristabilire le condizioni di equilibrio precedenti alla crisi, rendendo consapevole l'individuo che quel vissuto di sofferenza può anche essere considerato un miglioramento dello *stile di vita*.

Superata la "burrasca", qualora l'individuo presenti una chiara indicazione ad un lavoro psicoterapeutico, questa opportunità può venire prospettata al paziente, lasciando trascorrere un intervallo di tempo appropriato prima di organizzare ulteriori interventi.

Un colloquio di follow-up a circa tre mesi dall'emergenza dovrebbe venire prospettato agli assistiti durante la crisi: oltre a costituire un punto di riferimento, questo lasso di tempo, come già detto, permette di riconsiderare con maggiore serenità, consapevolezza e utilità, ulteriori interventi terapeutici [120]Rovera, 2019).

2) Ambiti applicativi della *psicologia dell'emergenza* sono ad esempio la formazione preventiva al personale del soccorso (fase pre-critica); gli interventi immediati di supporto e consulenza (fase per-critica). Gli eventuali interventi di sostegno a medio termine (fase post-critica) si possono consigliare a soggetti direttamente coinvolti dall'evento critico, a parenti e/o testimoni diretti dell'evento, e ai soccorritori intervenuti sulla scena, che spesso sono coinvolti in situazioni di particolare drammaticità (Axia, 2006).

Gran parte dell'iniziale attività di sviluppo della Psicologia dell'Emergenza Italiana è dalla "**protezione civile**", sia nella cooperazione internazionale, nonché dalle Associazioni di volontariato.

Leripercussioni socio-economiche possono in un secondo tempo provocare profonde trasformazioni sociali, lavorative, oltreché l'instabilità delle relazioni affettive. Questo accade soprattutto a persone che hanno una struttura di base con una bassa soglia di tolleranza verso la frustrazione e il cambiamento. È in questo senso che bisogna attuare una *Profilassi alle emergenze*.

Se le condizioni dell'assistito non richiedono un immediato intervento medico, è possibile procedere ad un'intervista iniziale che, pur non essendo un esame psichico completo, lasci ampio spazio per una disposizione all'ascolto da parte dello specialista adleriano.

È necessario ricostruire le vicende più recenti e stabilire se vi siano eventi che nella situazione di emergenza abbiano precipitato in soggetto in una crisi.

La partecipazione immedesimativa all'esperienza dell'emergenza deve comprendere: sia un *atteggiamento empatico* che consente di individuare i bisogni immediati dell'assistito, sia un *atteggiamento di incoraggiamento*.

Vi sono diversi elementi nelle Relazioni di Aiuto Adleriane che possono facilitare lo stabilirsi di un'*alleanza*: la distanza corretta e il tempo disponibile, devono essere idonei ad instaurare un clima interpersonale già dal primo colloquio. È perciò che le situazioni di emergenza vanno indirizzate verso un percorso appropriato di Relazioni di Aiuto.

Nel colloquio iniziale in emergenza occorre cogliere i bisogni e le emozioni espresse, con un atteggiamento di sostegno incoraggiante.

Nei colloqui successivi aiutare il soggetto a uscire dall'emergenza e individuare l'utilità di eventuali prospettive e successivi trattamenti psicoterapici.

L'intervento in emergenza può prolungarsi non più di 6-8 settimane, lasciando un intervallo di tempo appropriato prima di ulteriori interventi.

E' possibile un follow-up dopo 3 mesi

La psicologia dell'emergenza è stata sviluppata nell'ambito della protezione civile, nella cooperazione internazionale e nelle associazioni di volontariato.

B) Interventi educazionali

1) Nell' emergenza del Coronavirus, gli *aspetti educazionali* hanno un'importanza notevole: sia in rapporto all'informazione medica (virologhi, infettologi, epidemiologi) rispetto ai cittadini, ad intere popolazioni, e specie nelle "cosiddette Rosse", sia in rapporto alla sospensione di molte attività religiose, lavorative, culturali, aree scolastiche e pure ludiche.

Il focus educazionale è necessario per rispettare le regole emanate dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) dai Governi Nazionali ed in Italia dagli Assessori Regionali Competenti, nonché dai Sindaci.

Ciò ha permesso una riduzione dei *contagi* in relazione al *distanziamento* (lockdown) (Par. II, Par. I C), alle *mascherine ed ai guanti* (per molti quasi un bavaglio) e all'*obbligo di residenza nelle proprie stanze*.

Queste *regole preventive educazionali* sono state arricchite dai *bollettini* televisivi sull'andamento (anche a livello informativo globale sulla pandemia) rafforzando una *tipologia educazionale* che deve proseguire dopo la fase I e la fase II, sperando che la fase III (la normalizzazione) continui.

Alcune ripercussioni si stanno stabilizzando con modificazioni di comportamenti psicologici interindividuali (lavorativi, sociali, di salute, culturali) a tutti ben noti.

2) La Relazione d'Aiuto educativa affida i suoi strumenti metodologici da un lato alle conoscenze psicologiche e all'altro, come tecnica dell'istruzione, alle progettazioni ed al controllo che via via elabora e sperimenta. Il riferimento ai diversi ambiti psicologici decide la diversa accentuazione dell'impostazione educativa con conseguente variazione di programmi che si attengono a diversi orientamenti promossi.

Nell'*intervento educazionale sull'emergenza* si invita l'assistito a compiere in prima persona un bilancio della situazione, cercando di far venire a galla le istanze maturative che avevano avuto importanza nel determinare l'*emergenza/crisi*, ed evidenziando le acquisizioni positive che il superamento della crisi comporta.

L'intervento si considera migliorativo quando il soggetto riacquista un sufficiente senso di padronanza e di equilibrio più strutturato.

Gli interventi dei *programmi educazionali in emergenza di Coronavirus* sono attuali per coloro che supportano l'assistito nel trasmettere informazione, fornire un razionale all'uso dei farmaci, ridurre lo stress e la paura, dare dei suggerimenti pratici sulle modalità di gestione degli atteggiamenti emotivi per modificare favorevolmente il decorso dall'emergenza del soggetto (Casacchia, Roncone, 1992).

C) Counseling

1) Questo tipo di Relazione d'Aiuto permette agli assistiti di focalizzare le "radici" della loro difficoltà emergente. È pertanto utile un'adeguata *analisi della domanda* al fine di chiarire le aspettative del richiedente.

Classicamente la funzione di questo tipo di relazione di aiuto è quello di chiarire la consapevolezza dell'assistito delle sue scelte e per percorso che intende intraprendere, accompagnandolo verso la soluzione che meglio risponde ai suoi bisogni. In tal senso la *relazione di aiuto telefonica o digitalizzata* (Par. V B) sostiene l'individuo nel chiarire ed elaborare le difficoltà presentate.

2) La *capacità di ascoltare* è una delle caratteristiche richieste al counselor; si tratta di saper cogliere il significato (di contenuto e di emozione) di ciò che viene detto, interessandosi all'assistito in una interazione di messaggi che non passano semplicemente da una parte all'altra, ma ognuno dei due interlocutori è contemporaneamente mittente e ricevente nella comunicazione.

3) Una metodologia particolare di interazione fra persona "aiutante" e persona "aiutata" è il *colloquio d'aiuto* (Carl Rogers, 19..). Alla base del colloquio è che "se una persona si trova in difficoltà il miglior

Importanza degli aspetti educazionali, informativi-supportivi delle relazioni.

Nel counseling (anche attraverso la relazione di aiuto telefonica o digitalizzata) l'obiettivo è chiarire la consapevolezza dell'assistito sulle scelte o il percorso che intende intraprendere.

modo di aiutare non è quello di dirgli cosa fare, quanto piuttosto di invitare a *comprendere la sua situazione* e a gestire il suo problema prendendo da sola e pienamente la responsabilità delle scelte eventuali". L'aiuto consiste nel rendere possibile una riattivazione o riorganizzazione delle risorse originarie *evitando una serie di strategie* che spesso compaiono nelle *relazioni fra "aiutante" e "aiutato"*: quali ad esempio dare consigli, fornire informazioni, esprimere giudizi morali, ecc..

Il modello di *counseling sociopsicologico* è basato sui principi della salute pubblica piuttosto che sul prototipo clinico tradizionale. I *Centri di Consultazione d'Urgenza (CCU)* si distinguono dalla tradizione psichiatrica clinica e adottano i principi dell'urgenza, della disponibilità e dell'orientamento comunitario (Tannenbaum, 1959).

In tale concezione la *consulenza d'urgenza* deriva dal corpus di conoscenze, e, oltre ad offrire un contatto diretto all'utente, il CCU adempie ad altre funzioni. Può costituire, ad esempio, il legame fra la comunità, il dipartimento psichiatrico, offrendo consulenze per appuntamento con enti religiosi. Inoltre i Centri sono aperti per consultazioni urgenti agli assistenti sociali locali, agli enti esecutori della legge e ad altro personale che richiede informazioni di salute mentale. Tale collaborazione è conforme ai principi della *psicologia preventiva*: aiutando a diffondere i principi dell'igiene mentale, e della supervisione, del trattamento e degli interventi nelle strutture adeguate.

Il Centro offre una continuità del servizio che tende ad abbassare il numero dei ricoveri ospedalieri e dei rifiuti di assistenza.

Vi è un'importante eccezione che riguarda la possibilità di intervenire, anche in senso interpretativo, quando sia necessario modificare dei meccanismi di difesa, quali la negazione o la proiezione. L'uso di tali dinamismi può essere considerato appropriato al momento del primo contatto, quando il paziente teme di essere sopraffatto dalla situazione emergenziale. Ciò va inizialmente contenuto, in quanto non avrebbe senso privare il paziente di uno strumento difensivo prima che si sia strutturata una relazione terapeutica.

3) L'intervento si considera concluso quando si può osservare che l'individuo, oltre ad aver superato la crisi, ha acquisito una migliore conoscenza delle sue modalità di affrontare le difficoltà ed ha sperimentato che la relazione ed il rapporto con il counselor possono aiutarlo a contenere e a mentalizzare le sofferenze che l'esistenza comporta.

Il *counseling nell'area dell'emergenza/crisi/urgenza nella Relazione d'Aiuto* ha assunto un'importanza ed uno sviluppo sempre più rilevante, in questo tempo di epidemia

Sicché la richiesta di intervento urgente si impone a vario titolo per un numero più o meno ampio di persone (Casacchia, et al., 1992), che presentano "una situazione acuta e seria che richiede un intervento di counseling immediato".

4) Il *counseling adleriano* [56] (si differenzia dal colloquio di aiuto di Rogers) definisce una qualificata attività di consulenza, con specifici compiti ed una metodologia di informazioni, che si realizza in genere *nei centri consultoriali*. Il counseling (sebbene attualmente non sia ancora riferibile ad un Ordine Professionale) è orientato a processi di salute, igiene mentale ed *empowerment*, ma non a disturbi psicopatologici clinici disfunzionali [56]. In Italia l'attività di counseling è in genere svolta da uno *psicologo clinico* come pratica della propria professione modulata verso il *counseling terapeutico*.

Il "counselor", trova le indicazioni e le aree di intervento sul singolo, sulla coppia, sulla famiglia ed anche in talune istituzioni (scuole, collegi, comunità) che presentino problematiche a livello psicologico di dinamica di gruppo.

Il counselor adleriano è consapevole del proprio contro-atteggiamento. Egli entra in Relazione d'Aiuto, in una sorta di accompagnamento psicologico, in quegli interventi che siano inseribili in una strategia dell'incoraggiamento. Il counselor, che istituzionalmente opera nei consultori familiari o sessuologici, non assume un atteggiamento direttivo e nemmeno di puro ascolto partecipante. Egli fornisce presenza psicologica in un clima di attenzione incoraggiante, in

Al counselor è richiesta la capacità di ascoltare e riattivare le risorse originarie, evitando consigli, informazioni, giudizi, tenendo comunque conto della utilità di meccanismi difensivi, quali la negazione, quando un paziente al primo contatto teme di essere sopraffatto dalla situazione emergenziale.

I Centri di Coinsultazione d'Urgenza (CCU) sono basati sui principi di salute pubblica e psicologia preventiva. Possono offrire consulenze d'urgenza a utenti, assistenti sociali, enti esecutori della legge, dipartimenti psichiatrici. L'obiettivo è ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri e i rifiuti di assistenza.

decisioni particolari, quali possono verificarsi ad esempio in taluni conflitti del rapporto di coppia.

Il Counseling adleriano nell'emergenza è un intervento di supporto nei confronti di individui con problematiche di varia natura (relazionali, perdita del lavoro o anche malattie) diretto alla chiarificazione delle difficoltà di adattamento, cercando di focalizzare le capacità: di reazione, di prendere decisioni, o del miglioramento delle relazioni (rispetto alla coppia, alla famiglia, alla scuola, al lavoro).

Il counseling adleriano è orientato a processi di salute, igiene mentale, empowerment, con strategie di incoraggiamento.

Nell'emergenza del Covid 19 la consulenza è in genere effettuata da uno Psicologo Clinico e può rivolgersi sia ai familiari che all'assistito, chiarendo con un colloquio quelli che potrebbero essere i provvedimenti sia di isolamento sia di eventuali atti medici (es. tamponi), sia di ricovero in strutture pertinenti.

Nell'emergenza è intervento di supporto volto a chiarire difficoltà di adattamento, cercando di focalizzare le capacità di reazione e migliorare le relazioni.

Il counselor dovrebbe favorire lo *stile comunicativo*, attraverso una consapevolezza ed una rielaborazione a livello degli aspetti "reali", delle relazioni psico-sociali, nelle situazioni di emergenza (anche sanitarie).

Il *counseling adleriano* è quindi un intervento, solitamente breve e con obiettivi focalizzati, rivolto alla promozione del benessere, diretto a quelle situazioni che necessitano di svolgere un percorso mirato su una specifica area della propria vita o su un particolare problema. Nel caso delle *emergenze psicopatologiche* il counselor può indirizzare l'assistito ad un professionista o ad una struttura competente per eventuali percorsi psicoterapeutici.

D) Consultazioni di Liaison

1) Queste Relazioni Terapeutiche nascono come un'area di applicazione della psichiatria che si rivolge ai pazienti con un disagio o disturbo psichico ricoverati nei Reparti non psichiatrici dell'Ospedale Generale. Mediamente il 30-60% della popolazione ospedaliera presenta una qualche forma di disagio psichico (De Bertolini, Rizzolati, Pavan, 1992; Rundell e Wise; Rovera).

Le Consultazioni di Liaison nascono come interventi psichiatrici per pazienti con un disagio o disturbo psichico ricoverati nei Reparti non psichiatrici dell'Ospedale Generale.

Gli interventi di *Liaison* si propongono come *sub-specialità* della psichiatria, in virtù delle peculiarità cliniche ed organizzative, volte anche a favorire l'interazione tra le diverse branche specialistiche: in questo senso, la Psichiatria di Liaison una "*meta-specialità*" (Rigatelli, et al., 2001).

Favoriscono l'interazione tra le diverse branche specialistiche.

Nella *Liaison in emergenza*, alcune tematiche riguardano la richiesta di una migliore "qualità e quantità globali delle prestazioni". Ciò comporta un corretto rapporto tra assistiti e curanti; una costante valutazione delle qualità della vita dei pazienti (rispetto a una serie di parametri oggettivi (bio-medici) e soggettivi (psicologici-valoriali); una seria attenzione alle sindromi da logoramento, ad esempio *album-out del personale sanitario*. Inoltre, nel momento in cui si attua una consultazione specialistica, specie in una emergenza, la valutazione degli indici di predittività (circa la diagnosi, la prognosi e le terapie prescritte), la Liaison può utilizzare quale strumento preliminare la cartella clinica, che coinvolge policentricamente sia i curanti che le strutture.

La Liaison in emergenza riguarda la migliore "qualità e quantità globali delle prestazioni" con una seria attenzione al burn-out del personale sanitario.

2) Mentre la *managed care* accorcia i tempi di degenza, una maggiore consapevolezza dei *disturbi psichici in malattie somatiche* o di sindromi fisici senza facile spiegazione medica, sottolinea l'importanza dell'impiego di cure psicofarmacologiche correlate agli interventi psicoterapeutici, nell'ambito di una "Relazione d'Aiuto" che coinvolga direttamente l'assistito, i sanitari e anche i familiari.

Questa strategia spesso è attuata anche nell'emergenza *Coronavirus*, nonostante il rischio di contagiosità reciproca.

L'approccio di Collegamento Liaison Psichiatrico *biopsicosociale* deve essere rispettoso delle differenze tra individui e gruppi, specie nelle *emergenze epidemiologiche*. La valutazione dell'orientamento individuale deve considerare il mondo dei significati del soggetto rispetto all'evento morboso, al modo di essere dell'assistito, alle implicazioni in una struttura di ricovero ospedaliero (ad esempio riguardo alla privacy, al consenso informato, alle strategie terapeutiche).

La *valutazione diagnostica complessiva* (Par. II) è in rapporto alle risorse medico-chirurgica e deve quindi essere recepita, specie in situazioni particolari (pandemia, catastrofi naturali, massicci e rapidi

movimenti migratori, malattie che minacciano la vita) (Rundel e Wise, 1996, Rovera).

La depressione, l'ansia, le regressioni psicologiche, la perdita di familiari, la solitudine, sono *momenti di crisi* ove le modalità di procedere di un'esistenza sono messe a dura prova, riaccendendo ambiguità, creando timori decisionali, portando a uno *smarrimento etico-valoriale*, specie se tutto ciò succede durante ricoveri in *Strutture ospedaliere* o nelle RAS.

Una Relazione d'Aiuto di Consultazione di Liaison nella pratica clinica attiene pure alle motivazioni e alle competenze dell'intero gruppo curante nei diversi contesti e setting operativi. Le difficoltà legate a ruoli, tempi, contesti di visita, incombenze assistenziali: devono essere elaborate grazie a un *collegamento a rete* che permette interventi adeguati (Rovera, 1999).

3) I *trattamenti di Liaison* sono in genere effettuati sotto due forme di Consultazione: la prima che consiste nell'attesa di richieste da parte dell'équipe curante; la seconda con una connotazione "attiva", che estende gli interventi all'intero staff, con una funzione più generale di supervisione, non solo diagnostica, ma pure terapeutica. I *colloqui psicoterapeutici urgenti, brevi, focali* [27] rientrano spesso nei servizi di Pronto Soccorso di un Ospedale Generale oppure in un servizio di Collegamento-Liaison (Lipowsky, 1977) ed hanno ormai tradizioni consolidate (ad esempio nei servizi di *Dietologia e Nutrizione Clinica, di Oncologia, di Dermatologia, di Chirurgia della mammella, di Anestesia, eccetera*).

Nell'ambito di tale rete la funzione della *Psicoterapia Adleriana di Liaison* è polimorfa. Essa è improntata ad alcuni punti di riferimento di base, variamente associati fra di loro. Fra questi si enumerano:

- La necessità di supporto immediato nei casi urgenti (es. tentativi di suicidio);
- I bisogni e le motivazioni individuali nelle malattie che minacciano la vita;
- Gli interventi nelle "situazioni di crisi": ad esempio prima e dopo particolari tipi di operazione chirurgica;
- I *colloqui psicoterapeutici* sono scanditi programmaticamente nel tempo e non sono da confondere con le "Psicoterapie brevi" (Ferrero, Fassino, Rovera) (Par. IV D E F).
- Nelle emergenze/urgenze degli interventi di Liaison le aree di passaggio non solo fra interventi orientati in senso psicologico-dinamico, quelli cognitivi-comportamentali o umanistico-esistenziali: si rifanno a paradigmi collaudati (Ivey et Al., 1996).

Tutto ciò va effettuato, ma in clima di contenimento dell'ansia e di incoraggiamento non solo rivolto al paziente, ma anche ai familiari.

Inoltre occorre tenere presente la qualificazione delle diverse professionalità delle strutture in cui si effettuano i trattamenti (Pronto soccorso, chirurgico, ortopedico, oncologico).

La complessità della Liaison è ancora più rilevante in un contesto di *intervento emergente/urgente nel tempo del Coronavirus*, giacché tale situazione presuppone un percorso continuamente confrontato rispetto ai vari setting utilizzati con regole talora non prevedibili (esempio è necessario utilizzare le protezioni non solo con le mascherine, ma con tute e guanti durante i colloqui).

3) In questo senso sembra che il "modello di rete" nelle Relazioni d'Aiuto Adleriane di Liaison permetta *colloqui psicoterapeutici* sia nell'Ospedale Generale, sia in altri contesti, articolati nel radimento di metodiche e di operatività differenti (Rovera et Al., 1984).

Rifacendosi anche al contributo di Ferrero (2005) circa "L'Orientamento tecnico della psicoterapia adleriana" (Par. IV A) nelle situazioni d'emergenza e di Liaison permette di: - Evitare un collage eclettico tra gli aspetti segnalati.- Facilitare sia i legami tra diverse prassi operative e quindi tra funzioni a queste inerenti, sia con gli strumenti a cui tali funzioni sono rivolte (Psicofarmacologici, eccezionalmente con T.S.O. con trattamenti focali individuali, relazionali, strutturali-istituzionali).- Proporre un quadro di riferimento costante e critico, in cui sia presente la gravidanza variabile dei nodi ed il significato del legame tra gli stessi.-

In genere vi sono due forme di Consultazione:

la prima rappresentata da colloqui psicoterapeutici urgenti, brevi, focali

la seconda con una connotazione "attiva", che estende gli interventi all'intero staff, con una funzione più generale di supervisione, non solo diagnostica, ma pure terapeutica.

La complessità della Liaison è rilevante in un contesto di intervento emergente/urgente nel tempo del Coronavirus, presuppone un percorso continuamente confrontato rispetto ai vari setting utilizzati con regole talora non prevedibili

Commensurare il diverso linguaggio biomedico e socio sanitario con quello psicologico-clinico.

4) I *trattamenti di Liaison* sono usati nelle situazioni di emergenza. Non sono basati sul consigliare, come nel senso stretto il termine potrebbe suggerire, ma si costituiscono quali *interventi di "accoglimento"* e di accompagnamento e spesso di incoraggiamento (De Bertolini, Ruzzardo e Pavan, 1992).

Sulle indicazioni sulla rilevanza dei colloqui psicoterapeutici per i pazienti in ambito ospedaliero c'è ancora molto da approfondire. Alcuni resoconti (Alexander, 1950), relativi al trattamento di *malattie psicosomatiche* hanno una limitata applicabilità nelle situazioni cliniche incontrate dagli psichiatri e psicologi clinici di consulenza-collegamento nella medicina contemporanea. L'approccio più circoscritto è stato elaborato e basato sui progressi scientifici e sulla maggiore comprensione del complesso determinante la malattia, in una matrice integrata *biopsicosociale* (Rovera, Fassino, Abbate Daga, Leombruni, 1977). In questo ambito, i principi psicodinamici alla base del lavoro con pazienti malati dal punto di vista medico continuano ad avere un'utilità specifica, anche per accrescere la versatilità degli specialisti di Liaison. I tentativi per comprendere "il salto tra mente e corpo", questa interazione, hanno generato ipotesi che potevano essere sistematicamente studiate in ambito di *psichiatria di Liaison*, e in *psichiatria di urgenza ospedaliera*. Da queste basi l'*approccio psicoterapeutico medico* è diretto un'ampia gamma di malattie e disturbi psicologici (Lippsit).

5) Tenuto conto dei *colloqui psicoterapeutici in Liaison* gli *interventi psicoterapeutici adleriani* anche in emergenza, sono definiti come quello intenzionalmente esercitato da operatori d'aiuto con specializzazione psichiatrica o psicologia clinica e training analitico.

Attualmente alcuni ricercatori ritengono che ci siano almeno quattrocento forme di *psicoterapia* (Waldinger, 1990). La psicoterapia, così come viene praticata oggi, non ha una definizione unanime. Gli studi sull'efficacia non sono unanimi, le metodologie, i dati e i risultati offerti appaiono controversi (Wallerstein, 1975). In Italia si valutano oltre cento scuole di cui cinque adleriane (Rovera)

Le variabili che influenzano l'esito di un evento morboso sono così numerose che una definizione soddisfacente della psicoterapia non è possibile.

La colorazione del trattamento è in rapporto alla personalità del terapeuta, all'ambiente in cui l'intervento si colloca, all'empatia tra i partecipanti: anche gli assunti teorici influenzano sia il processo sia il risultato.

Le psicoterapie adleriane in situazioni di emergenza sono basate sulle esperienze riferibili al modello psicodinamico anche quando non vi è disponibilità di tempo sufficiente "all'elaborazione".

La "conoscenza dell'uomo" (Adler) ha contribuito a riconoscere l'*unicità dell'individuo* nella struttura della personalità, in risposta allo stress (Horowitz, 1973), nell'uso di dinamismi di difesa, nonché nella produzione di ricordi, fantasie, desideri, sogni, pensieri e sensazioni. Nelle strategie di adattamento l'insight contribuisce in modo significativo agli interventi psicologici.

La *psicoterapia psicodinamica nella Liaison* è più incentrata sui sintomi e sul loro relativo sollievo, piuttosto che sulla ristrutturazione della personalità. I suoi scopi sono più focalizzati sulla stabilizzazione e sulle circostanze ambientali per alleviare i sintomi in un contesto di *esperienza correttiva* (Adler; Gabbard, 1990)

La psicoterapia di Liaison include alcune componenti dell'esperienza terapeutica, come la consultazione, la valutazione, la diagnosi, l'*intervento: tutte le componenti* dell'esperienza terapeutica e di aiuto.

È lo specialista di Liaison che si reca dall'assistito. L'ambiente dei colloqui di Liaison sono spesso il letto del malato o, nel caso del Coronavirus, all'interno dell'Unità di Terapia Intensiva (UTI). In queste circostanze in cui i colloqui possono durare da pochi minuti a più di una

Occorre ancora approfondire la rilevanza dei colloqui psicoterapeutici per i pazienti in ambito ospedaliero.

Alcuni resoconti (Alexander, 1950), relativi al trattamento di *malattie psicosomatiche* hanno una limitata applicabilità nelle situazioni della medicina contemporanea.

seduta (50 minuti), anche a seconda degli orari del paziente e delle esigenze dei membri del gruppo curante.

In questo contesto atipico i soggetti ospedalizzati per cause mediche sono in genere molto ricettivi verso le attenzioni dello specialista. Spesso in pochi minuti si sviluppa un'alleanza di lavoro e possono essere attuati interventi psicoterapeutici efficaci in un'unica seduta al capezzale del malato (Lipsitt).

Queste metodiche sono state configurate come sostegni esplorativi-estressivi.

Le tecniche più esplorative sono utilizzate preferibilmente con gli assistiti ambulatoriali, dopo la dimissione della struttura.

Il riferimento qui è agli individui con disturbi anoressici (Fassino, Abbatedaga).

Queste note sono un promemoria della cautela necessaria per "non gettare via il bambino con l'acqua del bagno". Infatti, la versatilità richiesta alla Relazione d'Aiuto Adleriana impone che gli interventi terapeutici si situino tra la Liaison e la psicoterapia. La conoscenza delle varie tecniche è parte essenziale degli strumenti a disposizione di questi interventi.

Gli specialisti di Liaison offrono nelle situazioni di crisi di emergenza/urgenza (come attualmente si verifica nell'epidemia del Coronavirus) sostegno anche all'equipe non psichiatrica nella cura del paziente. L'ambiente, le motivazioni, le capacità, la tolleranza alle situazioni emotive e le modalità di richiesta di aiuto differiscono notevolmente dalle caratteristiche normali di un percorso psicoterapeutico tradizionale.

Questo modello di intervento è un esempio della integrazione di approcci psicoterapeutici (esperienziali, dinamici, di sostegno, brevi) ai bisogni emotivi acuti dell'assistito. Queste tecniche aiutano il soggetto non solo a fronteggiare la malattia fisica "nel contesto del percorso di vita", ma anche a riconoscere le minacce e le paure della persona che deve affrontare disturbi fisici seri.

L'indicazione di questo tipo di approccio psicoterapeutico non dipende solo dai bisogni del paziente, ma anche dalla formazione e dall'afferenza teorica del terapeuta. Gli interventi adleriani in emergenza in Liaison hanno denominatori comuni e l'efficacia del trattamento risiede nella combinazione delle capacità del terapeuta nell'applicazione di interventi biopsicosociali.

E) Relazioni di aiuto psicoterapeutiche

1) I problemi dell'emergenza hanno richiamato l'attenzione nella legge della riforma psichiatrica (legge 180). È stato proposto un servizio di emergenza psichiatrica che provveda all'assistenza di utenti che siano sottoposti alla disciplina che regola il pronto soccorso.

Un intervento dello Psichiatra in urgenza. [91] può essere chiamato a intervenire in una serie di situazioni, nelle quali la componente psicopatologica domina il quadro. Le diverse classificazioni delle urgenze in psichiatria possono essere raggruppate in un limitato numero di quadri a seconda del prevalere di un sintomo. In sintesi si tratta di: episodio acuto, ansia, depressione, agitazione, blocco psicomotorio, confusione, minaccia di suicidio, violenza, astinenza da sostanze.

2) Le Relazioni d'Aiuto Adleriane a cui si può ricorrere di fronte a una situazione d'emergenza sono vari. Essi riguardano:

- Il ricovero (anche per TSO, sostanzialmente la psichiatria).
- L'approccio psicologico clinico, che fornisce gli elementi non solo per la comprensione della personalità del soggetto e quindi delle sue reazioni, ma anche per un più adeguato supporto coll'assistito e con suo ambiente. Una psicoterapia di supporto può essere un elemento importante.
- La medicina legale, per via delle possibili responsabilità derivanti dalla pratica professionale in un campo che è governato da leggi specifiche.

Nelle situazioni di emergenza/urgenza cliniche in tempo di pandemia la necessità più frequente è quella di cercare di contenere le

La psicoterapia psicodinamica adleriana nella Liaison si pone l'obiettivo di alleviare i sintomi e dare stabilizzazione, tenendo conto delle circostanze ambientali in un contesto di esperienza correttiva (sostegni esplorativi-estressivi).

E' lo specialista che si reca al letto del malato, o nel caso del Coronavirus, all'interno dell'Unità di Terapia Intensiva (UTI)

Questo modello di intervento è un esempio di integrazione di vari approcci psicoterapeutici ai bisogni emotivi acuti della persona che deve affrontare disturbi fisici seri. L'efficacia risiede nella combinazione delle capacità del terapeuta nell'applicazione di interventi biopsicosociali.

Le tecniche più esplorative sono utilizzate preferibilmente con gli assistiti ambulatoriali, dopo la dimissione.

emozioni dell'assistito, perché lo mette in una situazione di grave disagio o perché lo espone al rischio di comportamenti auto o etero aggressivi.

3) *Il ricorso ai farmaci* è utile e sono utilizzati principalmente degli ansiolitici o dei neurolettici.

Alcune regole generali da rispettare anche nell'*urgenza emergenza*. Si deve tenere presente che lo specialista non è il rianimatore e nemmeno l'internista. Ad esempio, lo psichiatra e lo psicologo clinico, nella maggior parte dei casi, hanno bisogno di un periodo di osservazione e di riflessione per attuare una psicoterapia di supporto.

Per questi motivi pare giustificato suggerire un *approccio consapevole e competente*, sia nelle applicazioni di rimedi di tipo farmacologico, che nei provvedimenti psicologici.

La *flessibilità terapeutica* potrà consentire di entrare in contatto col paziente, di conoscerne i dinamismi, le motivazioni e, quindi, indicare e utilizzare un intervento più strettamente educativo, di Liaison o di Percorso Integrato.

4) Il considerare l'individuo nella sua unicità bio-psico-socio-culturale, porta a valutare le modificazioni che avvengono in lui e tra lui e gli altri e il mondo circostante, come una *continua interazione* che può manifestarsi nel caso delle emergenze/urgenze cliniche.

Per affrontare e tentare di risolvere le *situazioni di crisi*, bisogna che lo psichiatra, lo psicologo clinico e lo psicoterapeuta amplii i loro tradizionali *parametri di osservazione*, di diagnosi e di terapia centrati su un individuo, per comprendervi anche gli *elementi interagenti*, cioè il vissuto, le persone significative, l'ambiente socio-culturale. Questa modalità di esame della situazione serve per "dare significato" ai sintomi e ai segni del disagio e per chiarire il loro scopo, spesso complesso.

5) Al proposito, può essere indicativo, per riconoscere l'elemento scatenante, anche il luogo e il tempo dove nasce la situazione di crisi. In questa pandemia di Coronavirus il focus è questo più delle volte, ma pure l'ambiente familiare o sociale che si deve fronteggiare nella fase iniziale delle situazioni di emergenza.

Nello stesso tempo, non si deve «psichiatrizzare» subito la situazione, con la delega immediata alle strutture specialistiche, conseguenza di un atteggiamento di rifiuto e di paura davanti al rischio della malattia mentale (latrogenia e mal pratica, Rovera, ...).

I problemi dell'*urgenza* possono e devono quindi essere gestiti dallo specialista nello stesso contesto sociale dove la crisi si verifica e non solo nell'ambiente del pronto soccorso dell'ospedale. Un intervento intempestivo e guidato più dall'emoività che dalle competenze, può in certe situazioni aggravare la crisi e determinare l'*urgenza*. Da questo punto di vista l'intervento coinvolge necessariamente il problema della *collaborazione tra psichiatri e psicologi* (Invernizzi e Vitali, in Cazzullo, 1993)

F) Psicoterapie: urgenti e/o brevi

1) Specie nei trattamenti adleriani in emergenza, tenuto conto del quadro sintomatologico, è complesso fare chiarezza sul significato di locuzioni quali *psicoterapia focalizzata*, *a breve-medio termine* e *a lungo termine*, *prolungata nel tempo*. La *prima*, limitata nel tempo, è quella in cui il facilitatore stabilisce a priori un certo numero fisso di sedute oltre il quale non si dovrebbe andare (dalle 8 alle 20 circa). L'assistito conosce con chiarezza quando finirà il trattamento. *Breve-termine* si riferisce solitamente a uno scopo che può essere raggiunto in giorni o settimane. *Medio termine* indica un trattamento di settimane o mesi. *Lungo-termine* ha una finalità raggiungibile in mesi o anni.

Alcuni autori definiscono il loro *approccio focale*, in cui vi è una emergenza affrontabile in circa 16-25 sedute; oltre a questo numero si entra nell'area delle terapie a lungo termine. Spesso la *durata* è connessa a traguardi ed alle metodiche, che devono essere definiti operativamente con chiarezza ed accettati dall'assistito. In questa ottica, le psicoterapie di lunga durata potrebbero anche essere considerate come *una serie di periodi di psicoterapia breve*, ognuno con uno suo traguardo [120].

Nelle situazioni in cui la componente psicopatologica domina il quadro, oltre all'eventuale ricovero psichiatrico, è importante l'approccio psicologico clinico. Esso fornisce gli elementi per la comprensione della personalità del soggetto e delle sue reazioni, e per un adeguato supporto coll'assistito e il suo ambiente. Una psicoterapia di supporto può essere un elemento importante.

Nella psicoterapia focalizzata (con uno specifico focus) limitata nel tempo (breve), si stabilisce a priori un certo numero fisso di sedute oltre il quale non si dovrebbe andare (es. dalle 8 alle 20 circa).

Breve-termine si riferisce solitamente a uno scopo che può essere raggiunto in giorni o settimane. Medio termine indica un trattamento di settimane o mesi. Lungo-termine ha una finalità raggiungibile in mesi o anni.

Il compito del terapeuta è suscitare nell'assistito una ri-esperienza delle emozioni conflittuali nel transfert, e provocare un cambiamento terapeutico (esperienza emozionale correttiva)

2) La *psicoterapia breve*, anche nelle Relazioni d'Aiuto Adleriane, è una forma di interventi psicodinamici che derivano dalla terapia analitica, ma l'intervento si focalizza su specifici problemi d'ordine emotivo [56], Ferrero) oppure in disturbi borderline.

Con questo scopo, lo psicoterapeuta sviluppa un rapporto terapeutico in tempi prestabiliti. A differenza delle analisi classiche, di cui assume la matrice metateorica, la *psicoterapia dinamica breve* si prefigge il compito di affrontare difficoltà particolari in un numero limitato di sedute (Ferrero, 2016).

Il compito del terapeuta sarebbe, in questi trattamenti, di suscitare nell'assistito una ri-esperienza delle emozioni conflittuali nel transfert, perché questo può provocare un cambiamento terapeutico", (*esperienza emozionale correttiva*).

Anche altri Autori (Balint, Malan, Sifneos, Pavan) utilizzano *forme brevi di psicoterapia in contesti diversi*.

3) È utile accennare sinteticamente agli elementi che *differenziano* le due modalità terapeutiche tra *interventi di urgenza* e *psicoterapie brevi*, in quanto esse, sono accomunate da alcune caratteristiche (quali la durata breve, la posizione "vis a vis"), ma si possono *differenziare* sia nelle metodiche sia nelle mete da raggiungere (Bellack e Small, 1991; [120]).

L'intervento ha lo scopo di fornire sollievo a persone che sono sul punto di perdere (o hanno recentemente perso) la loro stabilità psicologica a causa di *emergenza* correlata ad una situazione stressante, sia intrapsichica che esterna (vedi *Coronavirus*). La destabilizzazione si accompagna spesso a dei precursori psicologici che non è chiaramente evidente nel momento della *crisi emergenziale*.

La richiesta di aiuto è generalmente *urgente* nella crisi: mentre al fine di concordare l'inizio si può attendere al fine per chiarire la motivazione dell'assistito in alcune tipologie emergenziali.

Alcuni sostengono che il tipo di intervento sulla crisi non differisce sostanzialmente dalla *psicoterapia breve* in quando la crisi sarebbe il prodotto di uno specifico conflitto. Per aiutare l'assistito in un *intervento di crisi*, il criterio è la presenza di una *situazione di emergenza/urgenza*, mentre per poter avviare un assistito ad una forma di *psicoterapia breve* è clinicamente utile poter evidenziare precocemente sia una situazione conflittuale precedente, che un esplicito interesse ad un percorso psicoterapeutico [120].

I *criteri di selezione* per la *psicoterapia breve* comprendono caratteristiche (soprattutto inerenti la diagnosi complessiva, la motivazione, la tipologia socio-culturale, ecc.) che non sono richieste per l'intervento sulla crisi.

Nella *psicoterapia dinamica*, anche di breve durata, il *setting* tende in linea di massima ad essere simile a quello analitico: il ritmo delle sedute (una volta fissato deve essere mantenuto tale) mentre nell'intervento di crisi è variabile e flessibile.

Nella *psicoterapia dinamica adleriana* i contatti tra paziente e terapeuta sono focalizzati anche su conflitti profondi del paziente, mentre questo strumento non è indicato negli interventi di crisi. Lo *spazio fisico* in cui viene condotta una *psicoterapia dinamica* dovrebbe essere sempre lo stesso, mentre nella crisi il primo colloquio può aver luogo, ad esempio, in un pronto soccorso ospedaliero oppure in un reparto di medicina e/o specialistico.

Si sottolinea che in alcuni *procedimenti* della *psicoterapia analitica dinamica* (interpretazione, analisi del transfert e delle difese): inoltre l'intervento di crisi utilizza parzialmente tali tecniche focalizzano l'alleanza su un incoraggiamento supportivo (Rovera, 19..).

L'atteggiamento e la distanza del terapeuta, generalmente sono appropriate nelle *psicoterapie*: mentre sono attive nella crisi, negli interventi catartici e di sostegno [120].

4) Gli scopi di una *psicoterapia breve* consistono nel trattamento di una situazione psicopatologica o conflittuale accertabile: mentre nell'*intervento sulla crisi* l'obiettivo è quello di intervenire prima che si definisca un quadro psicopatologico strutturato con un intento supportivo che ha finalità cautelative congetturalmente stabilizzanti.

Gli interventi di urgenza e le psicoterapie brevi, sono accomunati da alcune caratteristiche (quali la durata breve, la posizione "vis a vis"), ma si possono differenziare sia nelle metodiche sia nelle mete da raggiungere).

Gli scopi di una psicoterapia breve consistono nel trattamento di una situazione psicopatologica o conflittuale accertabile: mentre nell'intervento sulla crisi l'obiettivo è quello di intervenire prima che si definisca un quadro psicopatologico strutturato con un intento supportivo che ha finalità stabilizzanti

Nelle Relazioni d'Aiuto Adleriane, la psicoterapia breve è una forma di interventi psicodinamici che derivano dalla terapia analitica, ma l'intervento si focalizza su specifici problemi d'ordine emotivo (Ferrero) oppure in disturbi borderline. La focalizzazione è sui conflitti profondi del paziente, mentre questo strumento non è indicato negli interventi di crisi.

L'intervento sulla crisi (come nell'attuale pandemia) condotto con mezzi delle Relazioni d'Aiuto Adleriano, ha punti in comune con le psicoterapie brevi, ma più che come una "tecnica" destinata al trattamento di specifici pazienti, si presenta come un strumento terapeutico duttile e flessibile.

Nelle emergenze l'intervento di crisi non si pone l'obiettivo di modificare lo *stile di vita* (Shulman e Mosak; Rovera, 1992) o di risolvere situazioni conflittuali strutturali. Lo scopo è quello di aiutare la persona a superare la crisi evitando i rischi immediati (quali le condotte autolesive, o gli agiti distruttivi), permettendo che l'assistito compia un'esperienza in cui è stato possibile tollerare ed integrare un dolore mentale. L'intervento di crisi può costituire un vero e proprio trattamento nei confronti di un'ampia casistica, ma si rivela anche uno strumento con cui valutare le indicazioni per ulteriori trattamenti psicoterapeutici (brevi o prolungati).

Anche l'intervento sulla crisi (come nell'attuale pandemia), in quanto condotto con mezzi delle Relazioni d'Aiuto Adleriano, avendo dei punti in comune può situarsi nel vasto ambito delle brevi psicoterapie, ma più che come una "tecnica" destinata al trattamento di specifici pazienti, si presenta come un strumento terapeutico duttile e flessibile, in cui vengono utilizzati prevalentemente fattori terapeutici di sostegno e di chiarificazione attraverso un uso finalizzato della relazione terapeuta-paziente, valutando specie la dinamica dell'atteggiamento e controatteggiamento, di transfert e di controtransfert (Rovera, 20...).

In sintesi: gli interventi d'urgenza sono forme psicoterapie, ma non tutte le psicoterapie brevi sono psicoterapie d'urgenza.

5) Da anni la SAIGA, in collaborazione con altri Enti di ricerca in ambito clinico, ha messo a punto/elaborato tecniche di intervento psicoterapeutico brevi come il B-APP (Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy) e la SB-APP (Sequential-Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy) (Ferrero) che consentono di realizzare modelli di intervento psicodinamico "time limited", attraverso metodiche specifiche, validate sia come processo che come esiti, con un "focus" percorsi in contesti ambulatoriali, riguardanti particolarmente la cura dei disturbi di personalità dell'adolescenza e dei disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.).

La psicoterapia breve è forse la tecnica più usata negli ambulatori della Sanità Mentale. Mentre gli studiosi sono quasi tutti d'accordo nel definire "breve" un numero di sedute, fra 5 e 10 (fino a 50), il termine "psicoterapia" non è così universalmente definibile: può essere basata su modelli concettuali derivati dagli schemi analitici, ma non debba necessariamente affrontare materiale profondo. Per altri la psicoterapia breve può essere efficace indipendentemente dal modello concettuale, se si prendono in considerazione i seguenti punti (Tannembaum):

- Qualsiasi assistito in emergenza sofferente per uno stress e manifestante sintomi di angoscia o di depressione è un candidato alla psicoterapia breve, qualunque sia la diagnosi di base.
- Il terapeuta deve rispondere alle aspettative legate all'assistito, adempiendo ad un ruolo professionale.
- A differenza della psicoterapia convenzionale, la psicoterapia breve ha un inizio e un termine predeterminati
- Si devono suscitare aspettative favorevoli. I pazienti in emergenza sono disposti a percepire la psicoterapia in quanto vi è una promessa di aiuto.

Si deve sottolineare che una situazione emergenziale non è necessariamente fondata su una malattia mentale cronica sottostante. Quando la situazione stressante viene eliminata, avviene una reintegrazione senza segni dimostrabili di disturbo mentale residuo. Non tutti i problemi sono passibili di soluzione allontanando la minaccia della emergenza (Coronavirus). In questi casi bisogna sondare la possibilità di compensazioni e la necessità di resilienza (III D).

Il problema è collegato alla terapia familiare. Con l'affinarsi delle tecniche per la terapia breve individuale si sta sviluppando il modo di applicarla a tutta la costellazione (Tannembaum in Arieti).

6) Negli ultimi anni si sono realizzati numerosi cambiamenti sociali [27].

La rivoluzione sessuale ha portato ad un considerevole aumento di interesse verso la vita sessuale e il divorzio è diventato molto più frequente. Inoltre, l'aborto, l'omosessualità e pure il transessualismo sono stati legalizzati e depatologizzati.

Utilizza prevalentemente fattori terapeutici di sostegno e di chiarificazione, tenendo conto nella relazione terapeuta-paziente della dinamica dell'atteggiamento/controatteggiamento e transfert/controtransfert

In sintesi: gli interventi d'urgenza sono forme psicoterapie, ma non tutte le psicoterapie brevi sono psicoterapie d'urgenza

La SAIGA ha elaborato tecniche di intervento psicoterapeutico brevi come il B-APP (Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy) e la SB-APP (Sequential-Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy) (Ferrero) validate in contesti ambulatoriali, riguardanti particolarmente la cura dei disturbi di personalità dell'adolescenza e dei disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.)

Negli ultimi anni la psicoterapia breve e d'urgenza hanno acquisito un'importanza crescente sia a livello dei servizi pubblici che nell'ambito privato, in relazione ai numerosi cambiamenti sociali (rivoluzione sessuale, rivoluzione sanitaria, invecchiamento della popolazione, crisi economica, notevole aumento di emergenze).

La *rivoluzione sanitaria* ha portato alla realizzazione degli interventi chirurgici a cuore aperto, ormai divenuti una tecnica abituale, come i trapianti d'organo, la dialisi per le affezioni renali e la resezione gastrica degli obesi. Le generazioni anziane sono state raggiunte dai mezzi di comunicazione di massa e i problemi di 21 milioni di persone al di sopra dei 65 anni sono ormai all'attenzione di tutti, specie le difficoltà che hanno avuto per l'emergenza attuale.

La *crisi economica mondiale* che ci attende dopo la pandemia da Coronavirus accresce il fenomeno della disoccupazione e la povertà. Ogni cambiamento, che porti ad un'evoluzione o ad un declino, è comunque un *evento problematico*.

Ancora una volta, gli interventi di *psicoterapia breve* scaturiscono dal notevole aumento di emergenze psichiatriche che producono una richiesta ai servizi sanitari favorendo cambiamenti innovativi che operano dei cambiamenti in un'ampia gamma di disturbi.

La *psicoterapia d'urgenza breve* si è estesa, nella pratica privata, oltreché nelle strutture della salute mentale di comunità, al servizio d'emergenza di una *rete di intervento sociale*, che sta dando dimostrazioni ed insegnando le tecniche in una vasta gamma di ambiti differenti. La *psicoterapia breve e d'urgenza* stanno infatti acquistando un'importanza crescente (Tannembaum).

7) La letteratura specialista sugli *interventi psicoterapeutici sull'emergenza, crisi, urgenza e sulle psicoterapie brevi* è in continua progressione. È interessante notare come la disambiguità concettuale non è unanime (pure nelle traduzioni del titolo del libro di Bellak e Small vi è ambiguità: in lingua anglosassone il termine è Emergency, nella Edizione Italiana il titolo è "urgenze"). Gli interventi psicoterapeutici di emergenza/urgenza sono sempre brevi, mentre le psicoterapie brevi non sono focalizzate sull'emergenza.

Gli studi al riguardo seguono *due filoni* distinti che possono *intrecciarsi* [120].

Nell'*urgenza "essere"* vicini all'assistito può essere *paragonato* ad una seduta di psicoterapia via Skype, ma per analogia (il virtuale non è il reale) (Par. V B).

Rientra qui la locuzione della "distanza" anche in senso di transfert, relazione preventiva e di aiuto.

8) Il complesso argomento dell'*Analisi Terminabile e Interminabile* (Freud, 1937) oltre a costituire un asse portante dell'Individual Psicologia (H. e R. Ansbacher, 1956) rimane un quesito controverso. Esso può essere peraltro considerato un elemento costitutivo del progetto terapeutico (Freud, 1932; Langs, 1973 1974; Shulman e Mosack, 1993; Rovera, 1999; Fassino et Al., 2007; Ferrero, 2018): in rapporto alla teoria, alla tecnica ed alla pratica clinica.

Vari percorsi psicoterapeutici sono oggi contrassegnati da regole prestabilite che riguardano la valutazione diagnostica complessiva, i tempi ed i costi, l'evoluzione della psicopatologia (Lewis e Miller, 1990), delle metodologie, delle tecniche. Negli ultimi decenni tali problemi sono riferibili anche alle Scienze Neuropsicologiche, Informatiche, Psicofarmacologiche: nonché alla Psichiatria di Consultazione (Rundell e Wise, 1996; Rovera 1999; Bartocci, 2010; Ginot, Fassino).

9) Oggigiorno talune correnti psicologiche dinamiche tendono ad utilizzare tributi di paradigmi differenti, realizzando mutamenti nei percorsi evolutivi (Rovera, 1984; 1999). Percorrendo questi sentieri, radicati nella tradizione e aperti al cambiamento, si realizzano "*nuovi stili terapeutici*" (Adler, 1933; Shulman e Mosack, 1990; Rovera, 2016); uno dei quali attiene appunto alla psicoterapia delle situazioni di emergenza.

Tali trattamenti hanno maggior pregnanza qualora gli stessi siano realizzati con *interventi combinati* (psicologici e farmacologici): sottesi da un *coinvolgimento empatico* e corrispondenti sia ai riferimenti esistenziali che agli aspetti situazionali di crisi di emergenza e di urgenza (I B). Essi corrispondono difficoltà diverse da individuo a individuo. Può trattarsi di una pandemia, di un contagio psichico, di un evento traumatico (terremoti, ecc.) di un'inadeguatezza, di un'infermità, della morte di una persona cara, di una perdita nelle mete realizzative, della senescenza (demenza), eccetera. Ciascuno di questi problemi, spesso associati tra loro, non solo richiedono una "saldatura" coi precedenti interventi, ma

Negli ultimi anni la letteratura specialista sugli interventi psicoterapeutici sull'emergenza, crisi, urgenza e sulle psicoterapie brevi è in continua progressione

A partire dal complesso argomento dell'*Analisi Terminabile e Interminabile*, talune correnti psicologiche dinamiche tendono ad utilizzare paradigmi differenti, radicati nella tradizione e aperti al cambiamento e realizzano "*nuovi stili terapeutici*" uno dei quali attiene appunto alla psicoterapia delle situazioni di emergenza.

Il problema dell'analisi in emergenza/urgenza viene talora innescato in una psicoterapia breve o strutturata. La Relazione d'Aiuto nella crisi realizza quindi un asse portante nel finalismo della Psicologia Individuale

comportano, da parte dei terapeuti adleriani: accettazione, comprensione e competenze specifiche.

10) Il problema dell'analisi in emergenza/urgenza viene talora innescato in una psicoterapia breve o strutturata e comunque in una *continuità terapeutica* (Rovera, 2019).

È da sottolineare che il terapeuta, per (e con) il paziente, non è solo una figura di riferimento, ma si costituisce nelle tipologie delle Alleanze Terapeutiche. Nel finalismo della Psicologia Individuale anche la Relazione d'Aiuto nella crisi realizza quindi un asse portante, fra tradizione e cambiamento (Ansbacher; Rovera).

V. Considerazioni Critiche

A) Generalità: conferenze, didattica e convegni a distanza

1) Il lockdown, distanziamento e isolamento sociale ma anche individuale, può portare ad un vissuto psicopatologico per la persona che lo vive. Non entrando in relazione con gli Altri, sia per le regole istituzionali, sia per timore di un evento patologico (anche mortale), vengono compromesse le caratteristiche sociogenetiche che conducono al blocco sociale e/o alla *solitudine* (specie per le fasce psico-sociali più fragili: soggetti in età evolutiva, indigenti).

2) Le conferenze, la didattica e i convegni, ma pure le consultazioni telefoniche e le psicoterapie online pongono il problema dell'*arealtà virtuale nelle Relazioni d'Aiuto*.

In informatica, la locuzione **realtà virtuale** sta ad indicare una simulazione all'elaboratore rispetto a **situazioni reali**, nelle quali il soggetto umano può interagire, "entrando" nel modello simulato e operando, quindi, in una condizione prossima ad una realtà analoga. Lo sviluppo delle tecnologie e quello dei sistemi informatici hanno consentito la diffusione di attività di tipo virtuale in vari ambiti: finanziario, militare, medico ed anche psicoterapeutico.

La simulazione del processo sensoriale-percettivo è una nuova prospettiva logica e può essere anche, in modo sussidiario, uno strumento nella Relazione d'Aiuto, oltretutto un mezzo di comunicazione.

Infatti si sono effettuati due incontri in video conferenza (Sabato 18 aprile 2020 e mercoledì 27 Maggio 2020) e sono prospettati incontri e Convegni SIPI online.

Se la funzionalità primaria del cervello risponde alla necessità di mantenere in vita l'intero organismo, la funzionalità cerebrale secondaria è quella di organizzare un codice comunicativo tra differenti individualità biologiche separate: il primo sistema di segnalazione coordina la sopravvivenza e l'adattamento organico mediante un codice biochimico interno; il secondo sistema di segnalazione coordina la sopravvivenza e l'adattamento sociale mediante un codice simbolico esterno all'organismo. La codificazione fisiologica dà forma ad un primo sistema di segnalazione del nostro cervello e la codificazione linguistica al secondo. L'operare continuamente intrecciato di questi due sistemi produce l'*adattabilità biopsicosociale della specie umana*, che nel corso dell'evoluzione si conforma in un "soma anatomofisiologico, che raccorda il corpo e la psiche in un'unità individuale che passa attraverso un codice fisiologico della sensorialità somatica al codice sociale della percezione psichica.

Dalla storia di evoluzione biologica e culturale si è giunti all'invenzione totalmente simbolica di un macchinario estensivo dei nostri organi di senso, come il video o il computer, che rappresenta per il momento l'ultima tappa dell'esteriorizzazione della comunicabilità del messaggio percettivo. Si pone a questo proposito il problema del rapporto tra mappa e territorio. G. Bateson (1979) sottolinea come la mappa non sia il territorio, così come il nome non è la cosa, e afferma che le nostre mappe cognitive contengono termini linguistiche e non oggetti materiali.

Ciò equivale a dire che la mappa è l'immagine percettiva del territorio. È utile fare ancora una distinzione tra l'immagine percettiva e

Il problema della realtà virtuale nelle Relazioni d'Aiuto

La simulazione del processo sensoriale-percettivo è un mezzo di comunicazione e può essere uno strumento nella Relazione d'Aiuto

Funzionalità primaria del cervello (mantenere in vita l'intero organismo – sopravvivenza) e funzionalità cerebrale secondaria (organizzare un codice comunicativo tra individui - adattamento sociale) L'operare intrecciato di questi due sistemi produce l'adattabilità biopsicosociale della specie umana, "soma anatomofisiologico", che raccorda il corpo e la psiche in un'unità individuale che passa attraverso il codice fisiologico della sensorialità somatica al codice sociale della percezione psichica.

La mappa non è il territorio, così come il nome non è la cosa, le nostre mappe cognitive contengono termini linguistiche e non oggetti materiali (G. Bateson).

sensoriale. *L'immagine sensoriale* è lo schema disposizionale dei neuroni che rispondono simultaneamente in una certa configurazione a una certa stimolazione fisiologica: essa dunque è una strutturazione spaziotemporale dell'impulso nervoso. *L'immagine percettiva* è una mappa, cioè una simbolizzazione linguistico-sintattica della nostra pratica sensitiva: con essa si passa da un livello esperienziale del territorio-sensazione a un livello cognitivo della mappa-percezione.

3) Proseguendo questo percorso, la rappresentazione della realtà virtuale mostrerebbe lo schema logico-concettuale. Attraverso questo schema si tende ancor più, in questo tempo d'emergenza, alle già citate conferenze, didattiche, convegni ed infine psicoterapie con Internet, che dovrebbero supplire alle psicoterapie interindividuali, (ma non le sostituiscono) (Par. V B) (Migone, 2009).

Essendo la realtà fatta dalla strutturazione dei nostri meccanismi percettivi, nel momento in cui con l'apparecchiatura della realtà virtuale si può contemporaneamente costruire l'immagine e agirla, non ci si trova più davanti alle immagini, bensì dentro al fare immagini. Tale realtà si dice virtuale perché, appunto, non è formata dalle sensazioni ma dalle immagini simboliche di queste: non si agiscono oggetti, ma discorsi. Ci si muove sulla mappa, prescindendo completamente dal territorio, perché il computer non può conoscere il territorio, che invece appartiene all'attività degli organi di senso. Si può fare una simulazione degli organi di senso, ma a in quanto tale è sempre una mappa. Fare una simulazione significa rendere comunicabile la sensazione, non appartiene alla corporeità fisiologica operante nelle sensazioni. La simulazione ci rende avvertiti del primo gradino nella composizione del mondo, cioè quello della registrazione di differenze. Il circuito stimolo-risposta della sensazione indica la registrazione di una differenza di struttura materiale rispetto ad un'altra (Marzi, 2000).

La realtà virtuale è un'opportunità: costruiamo la realtà strumentalizzando il telefono, il video e il computer. Si può forse affermare che la realtà virtuale è la macrometafora (o meglio una similitudine analogica) per operare attraverso il procedimento cognitivo della simbolizzazione, così da non cadere in svianti separatezze tra immagine e oggetto, tra corporeità e intellettività, tra territorio e mappa, tra cosa e nome; per evitare estremismi distruttivi, in quanto incomprensivi, di una Body Art del senso del limite sancito dalla selezione naturale, e di una realtà virtuale veicolata dal senso del limite posto dalla forma del pensiero linguistico. Alla realtà dell'individuo appartengono cose e nomi, materie e pensieri, ma la nostra conoscenza non può farsi che nella reciprocità dello scambio comunicativo: nulla esiste fuori dall'effettivo rapporto materico tra le cose e comunicazionale tra i nomi. Occorre fondare l'analogia per poterne distinguere le componenti, poiché la similarità può porsi solamente attraverso la differenziazione. Questo è il fondamento del pensiero e della conoscenza, e, quindi, di qualsiasi forma di realtà da essi formulabile.

B) Consulenze telefoniche e Psicoterapia Online

La consulenza telefonica si presenta come una particolare modalità d'intervento specie nelle situazioni di emergenza. Le particolari cornici teoriche e metodologiche comunque rientrano in una Relazione d'Aiuto che permette agli assistiti di focalizzare maggiormente la natura delle loro difficoltà. La funzione del counselor è di far elaborare in tempi brevi attraverso la responsabilità delle sue scelte. La consulenza telefonica sostiene l'utente nel superare gli ostacoli della sua crescita personale chiarendo ed elaborando le difficoltà presentate.

Questa particolare forma di Relazione d'Aiuto si rivolge ad un'ampia platea di persone, con le proprie problematiche e quindi con i propri specifici bisogni. Di fronte a queste diverse esigenze sono nati in Italia molti centri di counseling telefonico o help line. Tali servizi coinvolgono problematiche e fasce d'utenza sempre più ampie ed eterogenee, migliorando con l'esperienza pregressa la qualità e l'efficienza del loro intervento. Specie nell'attuale contesto, si sono realizzati centri quali: counseling telefonico sessuologico, telefono

L'immagine sensoriale è lo schema disposizionale dei neuroni che rispondono in una certa configurazione a una certa stimolazione fisiologica: essa dunque è una strutturazione spaziotemporale dell'impulso nervoso.

L'immagine percettiva è una mappa, cioè una simbolizzazione linguistico-sintattica della nostra pratica sensitiva: con essa si passa da un livello esperienziale del territorio-sensazione a un livello cognitivo della mappa-percezione.

La rappresentazione della realtà virtuale mostrerebbe lo schema logico-concettuale.

La realtà virtuale è un'opportunità: costruiamo la realtà strumentalizzando il telefono, il video e il computer. La realtà virtuale è la macrometafora o meglio una similitudine analogica)

Sono nati in Italia molti centri di counseling telefonico o help line (counseling telefonico sessuologico, telefono giovane, telefono amico, SCOT (per omosessuali,) per problemi esistenziali, tossicodipendenze, sieropositivi, anziani ecc)

Ma il counseling telefonico può davvero considerarsi counseling ?

giovane, telefono amico, SCOT (per omosessuali) e svariate altre linee per problemi esistenziali, tossicodipendenze, sieropositivi, anziani ecc.

La domanda è se il *counseling telefonico* possa davvero considerarsi *counseling* (Par. IV C), giacché viene a mancare lo spazio fisico, la stanza entro la quale avviene il contatto e che è controllabile dal counselor secondo il suo stile. Il *setting* così inteso è variato nel senso che l'ambiente fisico, e il contatto corporeo tra gli interlocutori sono virtuali e non reali (Mondani e Casini).

La *capacità di ascoltare* è una delle caratteristiche richieste al counselor. Si tratta di saper cogliere il significato (di contenuto e di emozione) di ciò che viene detto, mostrandosi (ed essendo) veramente interessati all'assistito e consapevoli che in una interazione i messaggi non passano in modo biunivoco da una parte all'altra, ma ognuno dei due interlocutori è contemporaneamente mittente e ricevente nella comunicazione. Di conseguenza, si possono reciprocamente di percepire discrepanze, non interessamento.

Ascoltare significa cercare degli aspetti che ci rendano interessati a quanto ci viene detto. Per farlo sarà necessario sospendere le eventuali soluzioni premature che vengano in mente, concentrarsi sulla persona che ci chiama. Occorrerà concentrarsi sul contenuto di quanto viene detto telefonicamente, facendo attenzione che si possa rispondere alle domande si deve tenere presenti: chi? Cosa? perché? Quando? Dove? Come?

La difficoltà di interagire con persone e contesti sociali può essere connessa ad aspetti specifici di disturbi psicopatologici precedenti e può provocare disagio psichico e assumere diverse forme a seconda della patologia entro la quale si sviluppa.

Nell'ottica delle *Relazioni d'Aiuto Adleriane* viene data importanza ai modi in cui l'individuo interagisce con l'altro e con il proprio ambiente. Ciascuno si pone nei confronti del mondo con la visione che ha di se stesso, con il suo stile di vita e con il proprio finalismo prospettico.

L'esistenza umana è caratterizzata da senso di incompletezza e di inferiorità, e può provocare esperienze stressanti o traumatizzanti, vissuti di ansia, depressivi, alterazioni personologiche, aumento dell'aggressività, ritiro dal mondo, sino a disturbi psicopatologici e a fratture psicopatologiche col reale.

Nel paragrafo precedente (IV) sono state indicate sinteticamente alcune strategie terapeutiche adleriane nelle situazioni di emergenza/urgenza, che attraverso le *strategie di incoraggiamento* e l'utilizzo del *coinvolgimento empatico* in vari contesti terapeutici, allo scopo di supportare gli individui in "difficoltà" o in "necessità" biopsicosociale.

Dopo questo excursus si focalizzano, con *pensiero propositivo*, alcune *compensazioni* utili all'individuo: ci si riferisce alle *tecniche di comunicazione alternative, rinnovate Relazioni d'Aiuto dell'équipe curante, alle variazioni del setting*.

Essi hanno esteso il loro campo di azione anche nell'ambito del *disagio* psicologico che nel campo dell'emergenza/urgenza non sono riconducibili a quadri nosologici ben definiti, come le problematiche dello sviluppo nell'infanzia e nell'adolescenza, le tensioni legate alla vita di relazione, la compromissione della capacità di reggere allo stress ambientale con meccanismi positivamente adattivi, problemi legati alle fasce socialmente deboli.

Essi hanno inoltre messo a fuoco il valore di interventi di tipo *preventivo* del disagio, estesi alla famiglia, alla scuola, alla società, concretamente realizzabili attraverso l'attività consultoriale, *progetti psicoeducativi*, interventi di *liaison* con altri operatori sanitari e parasanitari.

Accanto a tale sviluppo del loro campo di azione, le *Relazioni d'Aiuto Adleriane* si sono enormemente arricchite sul piano culturale, potendo perseguire ora il loro disegno di salvaguardia della salute mentale con mezzi teorici e pratici sviluppati rispetto alle risorse di un tempo. A titolo di esempio in questo contributo si approfondiscono le moderne tecniche di indagine sulla struttura e sul funzionamento del sistema nervoso centrale, lo sviluppo della psicologia di ispirazione analitica dinamica, la conoscenza delle dinamiche familiari e ambientali.

Nell'ottica delle Relazioni d'Aiuto Adleriane importanza della capacità di ascoltare, delle strategie di incoraggiamento e utilizzo del coinvolgimento empatico, anche nel counseling telefonico,

Di fronte alle difficoltà determinate dalla situazione di emergenza/urgenza, le Relazioni d'Aiuto Adleriane hanno esteso il loro campo di azione e hanno utilizzato tecniche di comunicazione alternative, rinnovate Relazioni d'Aiuto dell'équipe curante, variazioni del setting psicoteraputico,

Tutte le acquisizioni descritte hanno reso più complessa la definizione di *salute mentale*, obiettivo che gli operatori devono perseguire, specie nelle situazioni di emergenza per le responsabilità sul piano etico, ma anche da un punto di vista deontologico e legale.

C) Variazioni del Setting e Stile Terapeutico

1) Il *setting* indica il contesto di ricerca che va sempre definito e delimitato in maniera rigorosa, al fine di garantire l'attendibilità scientifica a ciò che si osserva, si descrive, s'interpreta, si comprende. Il termine viene fondamentalmente riferito *all'ambito sperimentale e a quello analitico*. Nel primo caso si tratta di stabilire le regole di somministrazione di un test e riguarda l'ordine di presentazione delle singole prove, il tipo di comunicazione verbale con il quale si danno le consegne, la neutralità del somministratore e il tipo d'incoraggiamento che eventualmente darò ai partecipanti che reagiranno in modo ansioso o che saranno frustrati dall'insuccesso.

Nel secondo caso, il *setting* delimita un'area spazio-temporale classicamente definita dal ritmo e dalla durata delle sedute e dalle modalità dell'incontro in cui regole precise stabiliscono ruoli e funzioni, escludendo l'attuarsi di stili relazionali propri della vita quotidiana, che altererebbero il regime delle proiezioni e del transfert. Ritmo, durata e modalità degli incontri possono però subire qualche modifica per adattarsi a esigenze particolari (analisi di bambini, psicotici, malati gravi, e nel contesto dell'emergenza si situa il *setting virtuale*) (Del Miglio, C.).

2) Setting e relazione

Anche il termine *setting* proviene dal linguaggio comune, dove significa "ambito" e comunque qualcosa di delimitabile, per designare, nel linguaggio della psicoanalisi, uno dei suoi più originali dispositivi tecnici, il complesso di regole che si è andato via via costituendo per consentire, nella stanza di analisi, il lavoro delle due persone che vi si incontrano: numero e durata delle sedute, loro cadenzate, ferie e pagamento dell'onorario, modalità di spostamento e cancellazione delle sedute, modalità di comunicazione d'emergenza, eccetera. Il principio in base al quale pare opportuno definire un *setting* rigoroso.

Il **setting** è definito dalla presenza di diverse **regole**: il rispetto di orari, la natura dei contatti al di fuori delle sedute, il coinvolgimento empatico che il terapeuta deve garantire e il fatto che si tratti di una relazione paritaria ma asimmetrica.

La modificazione del *setting* come strumento di psicoterapia dovuto alla digitalizzazione deve essere concentrato e reciprocamente consapevole delle differenze tra reale e virtuale.

In ambito psicoterapeutico delle Relazioni d'Aiuto adleriane (e specie nelle terapie), il *setting* rappresenta la "matrice funzionale" che media la costruzione della relazione professionale tra assistito e terapeuta clinicamente efficace. Il *setting* è costituito dal set (ovvero dall'ambiente fisico e funzionale all'interno del quale ha luogo la relazione analitica), dalle regole organizzative del "contratto analitico" (orario, durata e pagamento delle sedute), e dalle regole relazionali che mediano il rapporto analista-analizzato (assenza di contatti extra-analitici, etc.). Più in generale, il *setting* è il "significante strutturale" dei significati che si attuano nelle forme della relazione clinica, e che costituiscono l'assetto di base del rapporto terapeutico.

Nelle situazioni di emergenza/urgenza il *setting* subisce delle variazioni.

3) Nell'ambito adleriano, pur nella rigorosità deontologica professionale, il *setting* interindividuale è condotto in genere "vis a vis", in modo da favorire sia il coinvolgimento empatico, sia il "processo di incoraggiamento". È quindi importante il *contesto reale* in cui si svolge il percorso analitico: basti ricordare che Adler nei primi tempi della Psicologia Individuale (perfezionata poi sino agli anni trenta) faceva le sedute terapeutiche ad un tavolino del famoso *Cafè Centrale* di Vienna (Una volta, negli anni novanta, l'attuale Tesoriere, Göner, portò il sottoscritto allo stesso tavolo).

Il *setting* psicoanalitico riguarda l'ordine di presentazione delle singole prove, il tipo di comunicazione verbale con il quale si danno le

Il setting indica il contesto di ricerca che va sempre definito e delimitato in maniera rigorosa.

Il termine viene fondamentalmente riferito all'ambito sperimentale e a quello analitico.

Il setting analitico ("significante strutturale" dei significati) è definito dalla presenza di diverse regole: orari, la natura dei contatti al di fuori delle sedute, il coinvolgimento empatico che il terapeuta deve garantire e il fatto che si tratti di una relazione paritaria ma asimmetrica.

La modificazione del setting dovuto alla digitalizzazione deve essere concentrato e reciprocamente consapevole delle differenze tra reale e virtuale.

consegne e il tipo di incoraggiamento. Il *setting* delimita un'area spazio-temporale classicamente definita dal ritmo e dalla durata delle sedute e dalle modalità dell'incontro in cui regole precise stabiliscono ruoli, funzioni, escludendo l'attuarsi di stili relazionali propri della vita quotidiana, che altererebbero il dinamismo delle proiezioni e del transfert. Ritmo, durata e modalità degli incontri possono però subire qualche modifica per adattarsi a esigenze particolari (analisi di bambini, di psicotici gravi, di malati gravi) (Langs). Nel contesto dell'emergenza, oltre quello che si è già sottolineato nelle varie situazioni di aiuto (Par. IV) si situa il *setting virtuale*.

Enactment e Disclosure

Enactment, in analisi si definisce il "mettere in scena, da parte dell'assistito durante la seduta, quello che è il suo tipico "stile relazionale patologico", utilizzando il terapeuta come "attore" nell'interazione stessa.

Nell'emergenza/urgenza non di rado l'assistito mette in scena durante la seduta quello che è il suo tipico schema relazionale patologico, utilizzando l'analista come "attore" dell'interazione stessa.

È una *riesperienza* di un ruolo assunto nell'infanzia, che viene *recitato interattivamente* sul palco dello studio dell'analista: a quest'ultimo è data una parte che dovrà recitare; entrambe le parti in questa situazione perdono il loro senso di distanza, interagendo in modo verbale e non verbale, *portando all'interno del setting* delle dinamiche intrapsichiche sotto forma di interazioni.

I *pazienti traumatizzati* tendono a legarsi ai loro terapeuti non tanto per mezzo delle parole, ma attraverso degli *enactment*, esprimendosi inconsciamente tramite l'azione.

Questo "movimento" analitico non può essere messo in atto nelle relazioni virtuali.

Nel variare del *setting* anche le *disclosure* possono essere aumentate. Il fornire rivelazioni o autorivelazioni fa riferimento a un concetto psicodinamico il quale indica uno svelamento consapevole e intenzionalmente voluto da parte del terapeuta di qualche aspetto di sé al paziente, che nella comunicazione virtuale può arricchire il coinvolgimento empatico.

Anche la *disclosure*, nelle relazioni virtuali (in cui si mantiene piuttosto una "neutralità") può essere messa in atto dal terapeuta.

Il *setting* è sempre inteso come *relazione fra due persone*, sicché cresce la considerazione che *la realtà analitica* è comunque destinata ad incontrarsi con le funzioni pertinenti alle nuove fasi che si stanno affacciando e che perciò non sarà soltanto il loro retaggio dei vissuti a tenere il campo e che non sarà soltanto lo sblocco attuato dal disvelamento del transfert e delle difese ad assicurare il cambiamento, ma anche l'importanza di tali funzioni. L'empatia dà al dialogo verbale il significato del *setting* come luogo di interazione reale e di comunicazione nell'ambito delle Relazioni d'Aiuto.

Nel variare il *setting* la *disclosure* può essere aumentata. La rivelazione o autorivelazione fa riferimento a un concetto psicodinamico il quale indica uno svelamento consapevole e intenzionalmente valutato dal parte del terapeuta di qualche aspetto di sé al paziente, che nella comunicazione virtuale può arricchire il coinvolgimento empatico.

Lo stile terapeutico

2) L'individualPsicologia (Shulman e Mosak) è una Psicologia Dinamica del Profondo e nello stesso tempo una Psicologia Sociale e Culturale aperto alle motivazioni delle ricerche psico-neurofisiopatologiche. La società e la cultura sono inscindibili, e se la cultura "cambia il cervello. *Lo stile terapeutico* inerisce a tale mutamento anche attraverso un'immedesimazione culturalmente appropriata e le Relazioni d'Aiuto devono riferirsi piuttosto che non ad un programma di co-costruzione ad un progetto co-creativo.

La frantumazione epistemologica, che segue il periodo moderno e risale alla fine dell'800, esita nella seconda metà del secolo, nel periodo attuale. Essa riguarda, non solo le arti e le filosofie, ma si rivolge anche alle

Si definisce **Enactment**, il "mettere in scena", da parte dell'assistito durante la seduta, quello che è il suo tipico "stile relazionale patologico", utilizzando il terapeuta come "attore", interagendo in modo verbale e non verbale, portando all'interno del setting le dinamiche intrapsichiche

I pazienti traumatizzati, si esprimono attraverso degli enactment

Questo "movimento" analitico non può essere messo in atto nelle relazioni virtuali

Si definisce **Disclosure** lo svelamento consapevole e intenzionalmente valutato da parte del terapeuta di qualche aspetto di sé al paziente,

Nella comunicazione virtuale può arricchire il coinvolgimento empatico

Lo stile terapeutico e le alleanze terapeutiche sono influenzate dai mutamenti culturali e sociali.

Se la cultura "cambia il cervello" lo stile terapeutico inerisce a tale mutamento

Pertanto le Relazioni d'Aiuto devono riferirsi ad un progetto co-creativo piuttosto che ad un programma di co-costruzione.

teorie ed ai metodi delle Scienze in generale e pure alle discipline delle Scienze Psicologiche e Sociali.

L'epoca contemporanea sta mutando nelle biotecnologie, sia nell'utilizzo dell'informatica, sia nelle tipologie di trattamenti bio-psico-sociali. L'analisi della *condizione post moderna* ha coinvolto molti studiosi ed intellettuali ed ha trovato il suo epilogo in Zygmunt Bauman che ha coniato il concetto di *liquidità* come una delle metafore della *disgregazione*.

Sicché anche lo stile terapeutico, le alleanze terapeutiche con gli assistiti, il coinvolgimento, pur mutando (non sostituendo) possono rientrare in una **nuova e attuale tipologia comunicativa**.

VI. Riflessioni conclusive

Il comportamento sportivo, di "cut-off" è tutto ancora da definire, mentre si accentuano le *"attività dislocate"*, mentre sono crescenti i **comportamenti trasgressivi** (biciclette contromano, vicinanza sulla spiaggia, gruppi di bulli, eccetera).

c) L'evoluzione è un cammino: le ricerche neuro-fisiologiche, psicopatologiche e socio-culturali ed in specie i trattamenti degli Adleriani nell'emergenza, sono infatti all'attenzione: tant'è che le Conferenze e i Convegni, anche Italiani, si focalizzano sulle problematiche attuali della Crisi ed il Congresso Mondiale della IAIP, che si doveva tenere a Leopoli nel Luglio di quest'anno, è stato rimandato al 2021: anche i filoni tematici si focalizzeranno sulle tematiche qui enunciate sinteticamente.

A) Generalità

1) Le Relazioni d'Aiuto adleriane in emergenza, portano ad alcune riflessioni, non solo sul "fare" ma pure sul "saper fare" e sull' "essere" (Fassino)

Focalizzandoci sulle situazioni psicopatologiche-cliniche ci si deve riferire alla *"forma"*, al *"focus"* della urgenza, lo *"sfondo"* riguardo **all'individuo nella dimensione dinamico-strutturale**, e nel contesto socio-culturale.

L'assistito dopo l'intervento in situazione di emergenza potrebbe aver bisogno di un ulteriore trattamento, anche diversificato da quello precedentemente attuato: sia perché lo *"stile di vita"* può aver subito qualche mutamento in alcuni tratti (negativamente o anche positivamente) (Shulman e Mosak, 19...)

- Le situazioni di emergenza (talora intrecciate a drammatici eventi) sebbene correlate alle Relazioni d'Aiuto adleriane, **oltreché ad una serie di "isolamenti" (Lockdown)**, possono avere inciso non solo sui comportamenti quotidiani, ma pure sullo stile di vita individuale.

A queste limitazioni distanzianti non si era preparati: sia per le sequele educative/scolastiche (per l'area pedagogica), sia per quelle lavorative (per l'area economica), sia per reliquati psico-fisici (per l'area della salute), ma anche per molti per la perdita di familiari, sia per eventuali onte di ritorno della emergenza, sia per il rafforzamento delle situazioni economico-sociali: e ciò per non "cadere" in *malpratiche* o *iatrogenie* (Rovera).

B) Sequele e postumi

1) Le solitudini esistenziali sono il *precipitato* sulle esperienze passate sottoforma di una combinazione, in ciascun individuo, di fattori congeniti, fisiologici, cognitivi, strutturali ed esperienziali. Questa totalità è il risultato dell'interazione fra il patrimonio biologico e i dati dell'esperienza [27].

Quando si tratta situazioni emergenti, esistenziali, o circostanze esterne traumatizzanti, anche se incidono gli aspetti specifici, i problemi attuali, interagiscono quali fattori scatenanti, quindi vanno correlati con *l'intera storia dell'individuo coinvolto, vale a dire con l'intera persona*. Ciò coincide con le *"proposizioni di base"* adleriane (Rovera, 1992).

Occorrono attente riflessioni, non solo sul "fare" ma pure sul "saper fare" e sull' "essere".

L'assistito dopo l'intervento in emergenza può aver bisogno di un ulteriore diversificato trattamento, rispetto a quello già attuato. In particolare l'isolamento può incidere sui comportamenti quotidiani e sullo stile di vita individuale.

Le Relazioni d'Aiuto stabiliscono dei legami di continuità tra denominatori comuni tra i problemi attuali e quelli riferibili alle esperienze passate.

Una delle correnti fondamentali consiste nel sottolineare i nessi fra i **vari stadi della vita**, tra il pensiero di veglia e il pensiero onirico, tra il comportamento adattivo e quello patologico, tra l' "hic et nunc" a una prospettiva esistenziale.

Un **ringraziamento particolare** va a quegli **operatori e socio-sanitari e scolastici**, che durante i mesi di questa pandemia hanno manifestato un sentimento sociale, sino all'abnegazione e talora al sacrificio: senza di loro le Relazioni d'Aiuto Adleriane non avrebbero potuto essere messe in atto a servizio degli individui sofferenti e delle loro famiglie.

Qualunque sia il motivo che conduce l'assistito ai molteplici trattamenti delle Relazioni d'Aiuto Adleriane è importante la comprensione e il trattamento appropriato che l'emergenza attuale provoca sulla situazione esistenziale del paziente. Ciascuna crisi implica molteplici fattori con-casuali, il cui grado di importanza varia da persona a persona: sicché un fattore di primaria rilevanza in un individuo, in un altro assume un'importanza minore.

Ogni terapeuta dovrebbe saper riconoscere i fattori che sono collegati a specifiche emergenze. In questo senso, lo psicologo clinico e gli altri specialisti, adottano una linea allo scopo di effettuare gli interventi secondo una sequenza ottimale: *in primo luogo*, vanno delimitate le aree e le strutture che dovranno essere impiegate, *in secondo luogo* devono essere valutate le componenti neuronali che riguardano il disturbo, *in terzo luogo* eventuali sequele e complicazioni successive.

Si deve distinguere l'emergenza critica in senso generico e la crisi in senso individuale, utilizzando entrambi gli aspetti come guida per i trattamenti. Secondo il concetto *generico*, ciascun tipo di crisi provoca un certo tipo di modello di risposta: mentre il concetto *individuale* comprende in sé tutti gli avvenimenti bio-psico-sociali della vita della persona[27]. Ad esempio le depressioni reattive, il timore legato alla mancanza di lavoro, le ansie, la solitudine dall'emergenza del Coronavirus, eccetera, dovrebbero essere valutate e trattate.

C) *Evoluzioni delle ricerche neurobiologiche, psicopatologiche e socioculturali.*

2) La *distanza* interpersonale (Lockdown) (Par. III) che può aver causato sequele negative, la stessa può aver permesso una rielaborazione della "vicinanza" e del "segni affettivi condivisi di legami" (Cazzullo e Frani, 1993; Rovera, 2012; Morris, 1977).

In queste occasioni si sta assistendo ad un aumento di cooperazione sociale. I **gesti sociali culturali** dei rapporti interpersonali sono cambiati: le strette di mani è cambiata, il tenersi sottobraccio, eccetera, ci si tocca con il gomito o si pone la mano sulla spalla.

Il baciarsi sulla guancia, il contatto colla testa è controindicato nell'emergenza (e forse nelle fasi successive). Sostenere e appoggiare persone in difficoltà viene effettuato con mascherine, guanti e tute.

Soprattutto i "**segnali territoriali**" sono scanditi da regole di protezione (nei bar, ristoranti, assemblee, nei mezzi pubblici, nei luoghi di culto) e aumentano le "**bolle**" che intercorrono tra individuo e individuo regolando la distanza (Par. III B), nelle file di aspettativa (un metro, due metri).

Queste sono sequele, ma condotte protettive a cui dovremmo educarci.

Il comportamento sportivo, di "cut-off" è tutto ancora da definire, mentre si accentuano le "*attività dislocate*", mentre sono crescenti i **comportamenti trasgressivi** (biciclette contromano, vicinanza sulla spiaggia, gruppi di bulli, eccetera).

c) L'evoluzione è un cammino: le ricerche neuro-fisiologiche, psicopatologiche e socio-culturali ed in specie i trattamenti degli Adleriani nell'emergenza, sono infatti all'attenzione: tant'è che le Conferenze e i Convegni, anche Italiani, si focalizzano sulle problematiche attuali della Crisi ed il *Congresso Mondiale della IAIP*, che si doveva tenere a Leopoli nel Luglio di quest'anno, è stato rimandato al

*Le Relazioni d'Aiuto Adleriane (sia a livello **socio-sanitario che scolastico**) stabiliscono dei legami di continuità tra problemi attuali e quelli riferibili alle esperienze passate. Tengono altresì conto delle singole situazioni esistenziali privilegiando il concetto individuale, che comprende in sé tutti gli avvenimenti bio-psico-sociali della vita della persona*

Il Lockdown può aver causato sequele negative ma anche può aver permesso una rielaborazione della "vicinanza" e dei segni affettivi condivisi di legami

Conferenze e i Convegni si focalizzano sulle ricerche neuro-fisiologiche, psicopatologiche e socio-culturali e sui trattamenti Adleriani nell'emergenza, proprio perché la Psicologia Individuale è una Psicologia Dinamica del Profondo e nello stesso tempo una Psicologia Sociale e Culturale aperta alle innovazioni delle ricerche psico-neuro-scientifiche.

2021: anche i filoni tematici si focalizzeranno sulle tematiche qui enunciate sinteticamente.

2) La Psicologia Individuale è una Psicologia Dinamica del Profondo e nello stesso tempo una Psicologia Sociale e Culturale aperto alle innovazioni delle ricerche psico-neuro-scientifiche. La società e la cultura sono inscindibili, e se la cultura "cambia il cervello". Il curante inerisce a tale mutamento anche attraverso un'immedesimazione culturalmente appropriata. Le Relazioni d'Aiuto Adleriane e le situazioni di emergenza devono allora riferirsi piuttosto che non ad un programma di co-costruzione ad un progetto co-creativo, nel periodo attuale moderno. Esso riguarda, non solo le arti e le filosofie, ma si rivolge anche alle teorie ed ai metodi delle Scienze in generale e pure alle discipline delle Scienze Psicologiche e Sociali.

L'epoca contemporanea sta mutando nelle biotecnologie, sia nell'utilizzo dell'informatica, sia nelle tipologie dei trattamenti bio-psico-sociali. L'analisi della condizione post-moderna, ha coinvolto molti studiosi ed intellettuali ed ha trovato il suo epigono in Zygmunt Bauman che ha coniato il concetto di "liquidità" come una delle metafore della dis-integrazione.

Di contro a tale dissoluzione, tendente alla dis-integrazione specie nel territorio delle scienze naturali, emerge una sfida che si propone di superare la situazione post-moderna, attraverso un nuovo modello di integrazione. Tale modello si appella non solo ad una unità perduta da ricostruire, ma dovrebbe comprendere anche il linguaggio digitale.

Questa tendenza è volta ad una unificazione, non solo delle scienze naturali, ma anche di queste con le scienze socio-psico-culturali. Questo modello potrebbe esplicitamente essere configurato quale nuovo umanesimo. Questo programma di ricerche non ha avuto tuttavia i riscontri attesi, specie per quanto riguarda le discipline psico-socio-culturali.

Se la tendenza alla sintesi poggia sul postulato che ogni disciplina faccia parte di un tutto unitario, l'integrazione processuale sostiene che l'interdisciplinarietà sia il prodotto –e quelle digitalizzate (virtuali)- di un'articolazione del lavoro scientifico tra le scienze naturali, quelle sociali, ormai storicamente determinate e quindi facenti parte di un costante movimento di modificazione.

L'Individual Psicologia "versus" un sistema aperto, sia a livello teorico-metodologico, giustifica i nodi di incontro e di discussione in cui si pone in interazione funzionale con problemi di comunicazione, di interpretazione, di empatia e di relazione terapeutica: intesi sia come schemi teorici che come strumenti di Relazioni di Aiuto, anche in tempi di emergenza.

L'abito su misura già citato da Alfred Adler, trova nel "come fare" (Tecnica) e nel "fare come" (Co-creatività) della Relazione d'Aiuto adleriana e dell'analisi dello stile di vita, la piena applicabilità, includendo anche il virtuale nel reale.

Sicché anche lo stile terapeutico, l'alleanza terapeutica con gli assistiti, il coinvolgimento, pur mutando (non sostituendo, ma aggregando) possono rientrare in una nuova tipologia comunitaria.

D) Cooperazione e Sentimento Sociale

Gli auspici che nascono anche dall'esperienza di questa "emergenza" si volgono alla **cooperazione ed il sentimento sociale**, che incrementino le Relazioni di Aiuto Adleriane.

Il processo riferibile all'individuo può avere successo qualora trovi risorse differenziate attraverso approcci metodologici ed operativi.

Un nuovo modello della cooperazione non solo deve essere incoraggiato nella ripartenza dei singoli individui: ma deve essere un incentivo anche per le ricerche neuro-scientifiche (Ginot, Fassino, 2019) e socio culturali.

Essere cooperativi significa operare a diversi livelli [56] e Dynkmayer) come è stato trattato nella teoria e pratica delle

A fronte dell'analisi della condizione post-moderna (vedi il concetto di "liquidità" come metafora della dis-integrazione) emerge la sfida che si propone di superare la situazione post-moderna, attraverso un nuovo modello di integrazione. Tale modello si appella ad una unità perduta da ricostruire comprendente anche il linguaggio digitale. Il postulato è che ogni disciplina faccia parte di un tutto unitario.

L'interdisciplinarietà è il prodotto del lavoro scientifico tra le scienze naturali, quelle sociali, ormai storicamente determinate in un costante movimento di modificazione .

L'Individual Psicologia "versus" un sistema aperto sia rispetto a schemi teorici che a strumenti di Relazioni di Aiuto, anche in tempi di emergenza.

Nella teoria e pratica delle Relazioni d'Aiuto si prospetta un nuovo modello della cooperazione da incoraggiare nella ripartenza dei singoli individui e da incentivare per le ricerche neuro-scientifiche. Ricerche sulle strategie prospettiche nelle culture che cambiano dovrebbero elaborare i nuovi nessi strutturali inerenti la comunicazione in Internet, in modo di migliorare le tipologie di trattamenti.

In conclusione le Relazioni d'Aiuto Adleriane nelle situazioni di emergenza incrementano il Sentimento Sociale.

Relazioni d'Aiuto (Par IV) attraverso anche gli strumenti propedeutici (Par. III) e le considerazioni critiche (Par V) si dovrebbe contenere le malpratiche e fronteggiare le sequele (Rovera).

I nuovi nessi strutturali: ad esempio quelli inerenti alla comunicazione in Internet (Par V) dovrebbero essere elaborati nel contesto di ricerche sulle strategie prospettiche nelle **culture che cambiano** (Beeker, Sis, 1976) di cui siamo fruitori e protagonisti (Rovera, in Culture che curano) in modo di migliorare le tipologie di **trattamenti**.

In conclusione le Relazioni d'Aiuto Adleriane nelle situazioni di emergenza, permettono di collaudare dei criteri teorici e pratici, attraverso una **rete interdisciplinare** che stimoli gli interventi nell'ambito di un'Alleanza Terapeutica, e una dimensione etico-culturale che incrementi il **Sentimento Sociale**.

Bibliografia

1. AA.VV. (2018) Contagi relazionali: emozioni, comportamenti, culture in Psicologia Individuale, XXVII Congresso Nazionale SIPI, Brescia, 2018.
2. ADLER, A. (1904) tr.it. Il medico come educatore, *Riv. Psicol. Indiv.* 38:53-71, 1955.
3. ADLER, A. (1912) tr.it. *Per l'educazione dei genitori*, *Psiche*, III: 362-382, 1914: *Riv. Psicol. Indiv.*, 36: 5-16, 1994.
4. ADLER, A. (1912a), tr.it. *Il Temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma, 1950.
5. ADLER, A. (1912b) tr.it. *Il Carattere dei nevrotici*, Astrolabio, Roma, 1971.
6. ADLER, A. (1927), *Conoscenza dell'uomo*, Mondadori, Milano, 1954.
7. ADLER, A. (1929a) *Prassi e teoria della psicologia individuale*, Newton Compton, Roma, 1970.
8. ADLER, A. (1929b), tr.it. *La Psicologia Individuale nella scuola*, Newton Compton, Roma, 1973.
9. ADLER, A. (1930a), tr.it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma, 1973.
10. ADLER, A. (1930b), tr.it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma, 1973.
11. ADLER, A., Furtmüller (1904-1913), tr.it. *Guarire ed educare. Fondamenti di Psicologia Individuale per insegnamento psicoterapeutici* (a cura di) E.E. Marasco, Newton Compton, Roma, 2007.
12. ADLER, A., Match, K. (1928) tr.it. *L'arte di leggere una vita. Storia di una malattia*. Ed. Critica a cura di MARASCO, E., MARASCO, L. postfazione di ROVERA, GG, Minesis, Milano, 2019.
13. ADLER, K. A. (1967), tr.it. *La psicologia individuale di Adler*, in WOLMAN, B.L., *Manuale di Tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*, Astrolabio, Roma, 12 (319-360), 1942.
14. ANSBACHER, H. L., & ANSBACHER, R. R. (1956), tr.it., *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze, 1997.
15. ANTISERI, D. (2001) *Teoria unificata del metodo*, UTET, Torino.
16. ARBUCKLE, D.S. (E.D.) (1967) *Counseling and psychotherapy: an overview*, McGraw-Hill, New York, 1967.
17. ASIOLI, F. (1984) *Le emergenze in psichiatria*, Il Pensiero Scientifico ed., Roma.
18. AXIA, G. (2006) *Emergenze e Psicologia*, Il Mulino, Bologna, 2006.
19. BALINT, M. (1934) tr.it. *Analisi del Carattere e "nuovo ciclo"*, in *Amore Primario*, Guaraldi Rimini, 1973.
20. BALINT, M., ORSEN, P.H. e BALINT, E. (1971), tr.it. *Psicoterapia focale*, Astrolabio, Roma, (1972).
21. BANDLER, H., GRINDER, E. (1979), *La metamorfositerapeutica*, Astrolabio, Roma, 1980.
22. BARRON, J.W., LINGIARDI, V. (2005), tr.it. *Dare un senso alla diagnosi*, R. Cortina, Milano, 2005.
23. BARTOCCI, G., FRIGHI, L., ROVERA, GG, LALLI, N., DE FONZO, M. D. (1998), in OKPAKU, S. O. (Ed.), *Clinical Method in Transculturale Psych.*, Am. Press. Wash. D.C., 16: 32-35.
24. BARUCCI, M. (1989) *Psicopedagogia. Mente, vecchiaia, educazione*, Utet Torino.
25. BATESON, G. (1975), tr.it. *Il corpo tecnologico*, Bologna, Baskerville, 1994.
26. BEEKER, S. (1976) Altruism, Egoism, and Genetic Fitness: Economics and Sociobiology, *Journal of Economic Literature*, Vol. 14, No. 3 (Sep., 1976), pp. 817-826
27. BELLAK, L., SMALL, L (1981) tr.it. *Psicoterapia d'urgenza e psicoterapia breve*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1983.
28. BIANCONI A., FERRERO A. (2012) Le compensazioni in psicoterapia, *contributi XXIII Congr. SIPI "La rete delle funzioni compensatorie"*, Anno XXXII Gennaio - Giugno 2014 - Numero 75 – SUPPLEMENTO.
29. BIBRING, E. (1954) Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 2:745-770.
30. BION, W.R. (1966) tr.it. *il cambiamento catastrofico*, Loescher, Torino, 1981.
31. BOELLA, L. (2006), *Sentire l'altro. Conoscere e praticare l'empatia*, Milano, Cortina.

32. BONINO, S., FONZI, A., SAGLIONE, G. (1982) *Tranoi e glialtri*, GiuntiBarbera, Firenze, 1982.
33. BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2010), *Change in Psychotherapy: a Unifying Paradigm*, tr.it. *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano, 2012.
34. BOWLBY, J. (1979) tr.it. *Costruzione e rottura dell'legamia affettiva*, Cortina, Milano, 1982.
35. BRACCO, M. (2000), *Prosemmica*, in *L'universo del corpo*, Enc. Treccani, Roma, V (160-163).
36. BROADBENT ET AL. (1974) *Spazio e comportamento*, Guida, Napoli.
37. BUDMAN, S.H. (1981), *Forms of Brief Psychotherapy*, Guildford, New York.
38. CALLINA, R., (2014) Applicabilità del modello adleriano all'intervento psicologico in emergenza, *Dialoghi Adleriani*, I, n.1 (41-55).
39. CALVO, V. (2007) *Il colloquio di counseling*, Bologna, Il Mulino, ISBN 978-88-15-12045-8.
40. CANZIANI, G. (1975) *Introduzione a Psicologia dell'educazione*, Adler, A., Newton Compton.
41. CAPUZZO, E. (a cura di, 2000), Voce: Volontariato, *Enciclopedia Italiana Treccani*, Roma, V: 787.
42. CAROLI, F., MASSÉ, G. (1985) *Les situations d'urgence en psychiatrie*, Doin Editeurs-Paris.
43. CAZZULLO, C.L. (1993) *L'approccio integrato (biologico e psicologico) in Trattato di Psichiatria*, Ed. Micarelli, Roma, Vol. I, III, VI.
44. CAZZULLO, C.L., MARRA, A., CAVALLARI, G. (1993) *Lo stato di necessità*, in, CAZZULLO, C.L. (Ed.) *Psichiatria*, Micarelli, Roma, 1993, Vol. VII, 3, 1623-1628.
45. CAZZULLO, CL., INVERNIZZI, VITALI, A. (1987) *Le condotte suicidarie*, USES, Firenze.
46. COHEN-COLE, S.A., PINCUS H.S., STOUDEMIRE, A., et AL. (1986), Recent research developments in Consultation-Liaison psychiatry, *Gan. Hosp. Psychiatry*, 8(326).
47. COLLINA, R. (2011) *Applicabilità del Modello Adleriano all'intervento Psicologico in Emergenza*, in *Dialoghi Adleriani*, I: 4-55.
48. COLOMBO, G., LALLI, R., et al. (1989), *Il servizio psichiatrico d'emergenza (SPE) a Padova: risultati dei primi 6 mesi di attività*, in COLOMBO, G. (a cura di), *Urgenze in psichiatria*, Cleup, Padova.
49. CUZZOLARO, M. (1982), *L'urgenza in Psichiatria*, in REDA, G.C. (a cura di) *Trattato di Psichiatria*, USES, Firenze.
50. DANON, M. (2009) *Counseling. L'arte della Relazione d'Aiuto attraverso l'empatia*, 2ª ed., Como, RED, ISBN 88-85857-15-9.
51. DAVANLOO, H., (1978), *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*, Spectrum Publications, New York.
52. DAVANLOO, H., (1980), *Short-term Dynamic Psychotherapy*, Arson, New York.
53. DEL MIGLIO, C. (1998), V. *Setting*, tr.it. *Nuovo dizionario di psicologia*, DORON, R., PAROT, F., DEL MIGLIO, G., ed. Borla, Roma, 2001.
54. D'ERRICO A., TURRA, M.V. (1981) *Assonomia di incontri. Esperienze didattiche di transizione*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
55. DI FABIO, A.M. (2003) *Counseling e Relazioni d'Aiuto. Linee guida e strumenti per "L'autoverifica"*, Giunti, Firenze.
56. DREIKURS, R. (1963), *Psychodynamics, Psychotherapy and counseling*, Univ. Of Oregon Press, Oregon.
57. DUBLIN, W.R., HANKE, N., NICKENS, H.W. (1984) (eds), *Psychiatric emergencies*, Churchill Livingstone, New York.
58. EIBL-EIBESFELDT, I. (1970) tr.it. *Amore e odio*, Adelphi, Milano, 1971.
59. EISSLER, K.R. (1953), Remarks and some Variations in psychoanalysis, *Int. Journal Psychoanal.*, vol. 39, 29, 1958.
60. EY, H. (1954), *Etudes psychiatriques*, Desclée de Brouwer, Paris, vol I, II, III.
61. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra, interazione cervello mente persona*, CSE, Torino.
62. FASSINO, S. (2009) *Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento*, *Riv. Psicol. Indiv.*, n. 66: 49-63.
63. FASSINO, S. (2016), *Il sentimento sociale del terapeuta ri-attiva quello del paziente*, *Riv. Psico. Indiv.* XLIV, 79, 2019 (27-44).
64. FASSINO, S. (2019) *Brevi considerazioni e proposito del cambiamento in psicoterapia*, *Riv. Psicol. Indiv.*, XLVII, 85, 2019 (107-111).
65. FASSINO, S. (2019) *Neuropsicologia dell'inconscio di E. Ginot, Considerazioni Individuali Psicologiche*, *Riv. Psicol. Indiv.*, XLVII, 86, 2019 (23-34).
66. FASSINO, S., ABBATEDAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di Psichiatria biopsicosociale*, C.S.E., Torino.
67. FENOGLIO, M. T. (2001) *Psicologi di Frontiera: la storia e le storie della Psicologia dell'emergenza in Italia*, Psicologi per i Popoli, Trento.
68. FERRERO, A. (2000), *L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale*, spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
69. FERRERO, A. (2005) *Which Kind of Adlerian Psychotherapy? The Power of Different Theoretical Issues Underlying Different Clinical Practices*, Relazione al XXIII Congresso Internazionale I.A.I.P., Torino.
70. FERRERO, A. (2016) *Il caso di Margherita come esempio clinico di trattamento secondo la Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP)*, *Riv. Psicol. Indiv.* 79: 45, 60.
71. FREUD, S., (1923) tr.it. *L'io e L'Es*, Boringhieri, Torino, 1977.
72. FULCHERI, M. (2004), *Le attuali frontiere della Psicologia Clinica*, CSE, Torino.

73. GABBARD, G.O. (1990), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, Washington, DC, American Psychiatric Press.
74. GABBARD, G.O. (1990), tr.it. *Scienza e pratica della Psicoterapia breve*, (a cura di) FASSINO, S., AMIANTO, F., CSE, Torino, 2006.
75. GALIMBERTI, (1992) V. *Consulenza*, in *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino, (p.220-221).
76. GALIMBERTI, (1992) V. *Pedagogia*, in *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino, (p. 662-663).
77. GALIMBERTI, (1992) V. *Psicologia rogersiana*, in *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino, (p. 76).
78. GALLESE V. (2009), *Neuroscienze e fenomenologia*, *Enc. It. Treccani*, Roma, XXI Secolo: 171-181.
79. GALLESE, V. (2001), *The Manifold Hypothesis. From mirror neurons to empathy*, in *J. Of Consc. Stud.*, 8:5-7, pp. 33-50.
80. GIANNATONIO, M. (a cura di) (2006) *Psicotraumatologia e Psicologia dell'Emergenza*, Ecomind, Salerno.
81. GIAVEDONI, A. (2007), *Integrating Pharmacotherapy and Psychoanalytic Psychotherapy: Role and Significance of Medication*, *Quip*, XXVI: 46-56.
82. GINOT, E. (2017) *L'inconscio messo in atto. Un modello neuropsicologico dei processi inconsci*, *Riv. Psicol. Indiv.* XLVII 86 2019 (13-29).
83. GREENSON, R. R. (1960), *Empathy and its Vicissitudes*, *Int. J. Psychoanal.*, 41: 418-424.
84. HALEY, J. (1963), *Strategies of Psychotherapy*, tr.it. *La strategia della Psicoterapia*, Sansoni, Firenze 1974.
85. HALL, E.T. (1959) tr.it. *Il linguaggio silenzioso*, Bompiani, Milano, 1969.
86. HALL, E.T. (1963) tr.it. *La dimensione nascosta (Il linguaggio silente)*, Boringhieri, Milano, 1966.
87. HINDE, R. (1972) *Non-verbal communication*, Un.Press Cambridge.
88. HOROWITZ, M.J., DUFF D.F., STRATTON, L.O. (1964) *Personal space and body-buffer zone*, *Arch. Of Gen. Psych.*, 111, 651-656.
89. HOROWITZ, MJ (1973), *Phase oriented treatment of stress syndromes*, *Am. J. Psychother.*, 27:506-515.
90. https://ec.europa.eu/health/preparedness_response/crisis_management.it
91. INVERNIZZI, G., VITALI, A. (1993), *La Psichiatria d'urgenza*, in CAZZULLO, C.L. (Eds) *Psichiatria*, Micarelli, Roma, II, (1265-1279).
92. IVEY, A.E., BRADFORD IVEY, M., SIMEK-MORGAN, L. (1996), *Counseling and Psychotherapy*, Allyn and Bacon, Needham-Heights, Mass.
93. JASPERS, K. (1913/2004), *Einführung*, in *Jaspers (1913, 1-12)*, tr.it. *Psicopatologia generale. Introduzione*, in *Scritti psicopatologici*, Napoli, Guida, 81-113.
94. JEDDI, E. (1982), *Corps et cultures*, in *Le corp en psychiatrie*, Masson, Paris, 23.
95. KUHN, T.S. (1969), tr.it. *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi ed., Torino.
96. LANGS, R. (1973-1974) tr.it. *La tecnica della psicoterapia psicoanalitica*, Boringhieri, Torino, 1979.
97. LAPIERRE, A. AUCOUTURIER, B. (1982), tr.it. *Il corpo e l'inconscio in educazione e terapia*, Armando, Roma.
98. LEVIS, M., MILLER, S.M. (1990) *Handbook of Developmental Psychopathology*, Plenum Press, New York and London.
99. LIPOWSKI, Z.J. (1977), *Consultation-Liaison Psychiatry Concepts and Controversies*, *Am. J. Psych.*, 134 (523).
100. LIPPS, Th. (1896), tr.it. *Il concetto di inconscio in Psicologia*, in Rotella (2018).
101. LIPSITT, D.R. (1996) *Psicoterapia*, in RUNDELL, J.R., WISE, M.G. (Eds) Tr.it. (a cura di GG Rovera), *La Psichiatria nella pratica medica*, CSE, Torino, 1999, n.3 (1013-1036).
102. LOSONCY, L. (1981), *Encouragement Therapy*, in CORSINI, R. S. (Ed.) *Handbook Innovative Psychotherapies*, 21: 286-298.
103. LUDOVICO, A. (2000) *Realtà virtuale*, in *L'universo del corpo*, *Enc. Treccani*, Roma, V, (278-282).
104. LUPO, G. (2020), *I giorni dell'emergenza. Diario di un tempo sospeso*, ed. Il Sole 24 ore, Milano.
105. MALAN, D.H., (1976), *The frontier of Brief Psychotherapy*, Plenum, New York.
106. MANN, J. (1973), *Time limited psychotherapy*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.
107. MARASCO, E., MARASCO, L. (2018) *Psicologia Individuale. Sinossi per la clinica di Danilo Cargnello*, Mimesis, Milano, 2018.
108. MARMOR, G. (1980), *Crisis Intervention and Short-term Dynamic Psychotherapy*, in Danvaloo 1980.
109. MARY, R. (1989), tr.it. *L'arte del counseling*, Astrolabio, Roma, 1991.
110. MERLEAU-PONTY, M. (1945) tr.it. *La fenomenologia della percezione*, Gallimard, Paris, 1945.
111. MIGONE, P. (1985) *Short-term dynamic psychotherapy from a psychoanalytic Viewpoint*, *The psychoanalytic Review*, n. 4, pp. 615-634.
112. MIGONE, P. (2003) *La psicoterapia con intervento breve*, *Psicoterapie e Scienze Umane*, XXXVII, 457-73.
113. MILLON, T., Davis, R.D., (1996) *Disorders of Personality; DSM-IV and Beyond (2'ed.)*, Wiley, New York.
114. MINSKY MARVIN, L. (1986) tr.it. *La società della mente*, Adelphi, Milano, 1989.
115. MINSKY MARVIN, L. (2007) *The emotion medicine – common sense, thinking, artificial intelligence and the future of the human mind*, Simon and Schuster, New York.
116. MUNDO, E. (2009), *Neuroscienze per la psicologia clinica, le basi del dialogo mente e cervello*, Raffaello Cortina, Milano.

117. OMS (1992) *ICD-10: Decima revisione della Classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichiatrici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*, (a cura di) KEMALI, D., MAY, M., CATAPANO, F., LOBRACEM S., MAGLIANO, L., tr.it. Masson, Milano.
118. PANI, R. (1989), *Le tecniche psicoanalitiche per adulti*, Piccin, Padova.
119. PAVAN, L. CASACCHIA, C., COLOMBO, C., STRATTA, C (1992) *Psichiatria d'urgenza*, in AA.VV., *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano, III, Vol. 92, 1992.
120. PAVAN, L., BANON, D. (1992) Tr.it. *La crisi in psichiatria in Psichiatria d'urgenza* CASACCHIA, C., COLOMBO, C., STRATTA, C., in AA.VV. *Trattati Italiano di Psichiatria*, Masson Milano, III, 92, 2760-2769.
121. PHILLIPS, K.A., FIRS, M.B., PINCUS, H.A. (2003), *Advancing DSM. Dilemmas in Psychiatric Diagnosis*, Am. Psy. Ass., Washington DC.
122. PIETRANTONI, L., PRATI, G. (2001) *Psicologia dell'Emergenza*, Il Mulino, Bologna, 2001.
123. PINKER, S. (2011-2013), tr.it. *Il declino della violenza. Perché quella che stiamo vivendo è probabilmente l'epoca più pacifica della storia*, Milano, Mondadori.
124. PINKUS, L., (1978), *Teoria della psicoterapia analitica breve*, Borla, Roma.
125. RIFKIN, J. (2009/2011) tr.it. *La civiltà dell'empatia. La corsa verso la coscienza globale nel mondo in crisi*, Milano, Mondadori.
126. RIGATELLI, M., FERRARI, S., GALEAZZI, G.M. (2001) *La Psichiatria di Consultazione nell'Ospedale Generale, Psichiatria di Consultazione*, NOOS, 7,4, 26 (255-271).
127. ROGERS, C. (1971) *Psicoterapia di consultazione*, Roma, Astrolabio-Ubaldini, ISBN 88-340-0115-X.
128. ROLLO MAY, *L'arte del counseling*, Roma, Astrolabio-Ubaldini, 1991. ISBN 88-340-1016-7.
129. ROSENBAUM, P.C. (1964) *Events of Early and Brief Therapy*, *Archives of General Psychiatry*, 10:506-512.
130. ROSSI, P. (1997), v. *Scienze Sociali*, in *Enciclopedia delle Scienze Sociali*, Treccani, Roma, V. VII: 662-677.
131. ROTELLA, I. (2018), *Freud, Lipps e il problema dell'empatia. Indagine sull'etica freudiana a partire dall'eredità lippsiana*, Tesi di dottorato, Università degli studi di Napoli Federico II.
132. ROVERA, GG (1982), *Le strategie dell'incoraggiamento*, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
133. ROVERA, GG (1984) *InvolvingDoctors e Psichiatria di Liaison di fronte al problema cancro*, VICC, Genova.
134. ROVERA, GG (1988), *Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento*, Atti del Congresso SIPI, Camogli, *Riv. Psi. Indiv.*, 2016, 80 (9-31).
135. ROVERA, GG (1994), *Formazione del Sé e patologia borderline*, *Atque*, 9: 127-140.
136. ROVERA, GG (1999) *La Psicologia Individuale, Trattato italiano di Psichiatria* (a cura di G. Cassano et al.), vol. III, Ed. Masson, Milano, 1999: 3529-37.
137. ROVERA, GG (2004), *Il modello adleriano e la complessità delle ricerche*, in ROVERA, GG, DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, C.S.E., Torino: 3-8.
138. ROVERA, GG (2004a), *Iatrogenia e Malpratica in Psicoterapia*, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 7-50.
139. ROVERA, GG (2004b), *Il modello Adleriano nelle Relazioni d'Aiuto*, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56:9-14.
140. ROVERA, GG (2004c), *Presentazione*, in ROVERA, GG, DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, C.S.E., Torino: XI-XIII.
141. ROVERA, GG (2009), *Le strategie dell'incoraggiamento*, *Riv. Psicol. Indiv.*, n.66: 139-160.
142. ROVERA, GG (2012) Editoriale, *Riv. Psicol. Indiv.*, n. 72: 5-10
143. ROVERA, GG (2018), *Psichiatria Culturale e Psicoterapia Transculturale*, in Castiglioni, M.E., et al., *Culture che curano*, ed. Borla, Roma, 12: 169-197.
144. ROVERA, GG (2019), *Analisi (In)terminabile e continuità (Psico)terapeutica*, *Abstractform Poster, XXVIII Congresso internazionale S.I.P.I., Tradizione e cambiamento. Approfondimento e sviluppi della Individual Psicologia*, Reggio Emilia, 29 e 30 Marzo.
145. ROVERA, GG (1997), *La rete psicoterapeutica nella consulenza- collegamento in un ospedale Generale*, in *Psicoterapia e rete dei servizi* (a cura di Furlan, P.M.) C.S.E., Torino, 1988, pp.205-209.
146. ROVERA, GG, DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di, 2004), *La ricerca in Psicologia Individuale*, C.S.E., Torino.
147. ROVERA, GG, FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984) *Il modello di rete in Psichiatria*, *Rass. Di Ip.*, 75, 1.
148. ROVERA, GG, GATTI, A. (1982), *Considerazioni psicopatologiche ed applicazioni cliniche in tema di strategie dell'incoraggiamento*, *Rass. Ig. Mentale*, IV, 1-4: 105-132.
149. ROVERA, GG, GATTI, A. (1988) *Il modello di rete in Psicologia Medica*, in *Persona umana e Ospedale*, IES, Mercury, Roma.
150. ROVERA, GG, PAGANI, P.L., CASTELLO, F. (1975), voce *Compensazione*, in PARENTI, F., *Dizionario di psicologia individuale*, ed. Cordina – Milano, (45-47).
151. RUNDELL, J.R., WISE, M.G. (1996) tr.it. *La Psichiatria nella pratica medica*, C.S.E., Torino, 1999.
152. SHULMAN, B. H., MOSAK, H. H. (1990-1995), *Manual for Life Style Assessment*, tr.it. *Manuale per l'analisi dello Stile di Vita*, Angeli, Milano 2008.
153. SIFNEOS, P.E. (1972), tr.it. *Psicoterapia breve e crisi emotiva*, tr.it. Martinelli, Firenze, 1982.
154. SMITH, A. (2009), *The empathy imbalance hypothesis of autism. A theoretical approach to cognitive and emotional empathy in autistic development*, in *The Psychological Record*, 59,2, 273-294.

155. SPECK, R., ATTNEAVE, J. (1973), *La terapia di rete*, Astrolabio, Roma, 1976.
156. STEIN, E. (1917/1986), tr.it. *L'empatia*, Milano, Franco Angeli.
157. TANNENBAUM, G (1959-1966) *I centri di Consultazione d'Urgenza*("walk-in clinics"), in tr.it Arieti, *Manuale di Psichiatria*, Boringhieri, Torino, 1970, pp. 2007-2008.
158. WALDINGER, RJ (1990) *Psychiatry for Medical Students*, 2th Edition, Washington, DC, American Psychiatric Press.
159. WALLERSTEIN, R. (1975) *Psychotherapy and Psychoanalysis: Theory, Practicem Research*, New York, International Universities Press.
160. WAMPOLD, B., BUDGES, S.L. (2012), The 2011 Leona Tyler Award adress: the relationship-and its relationship to the common and specific factors of psychotherapy, *Couns. Psychol.*, 40:601-623.
161. WEISS, (1959), tr.it. *Il paziente suicida*, in Arieti, Boringhieri, Torino, 26 (pp.)
162. WRIGHT K., HAIMONWITZ, N. (1961) Time-limited Psychotherapy: Advantages, Problems, Outcome, *Psychol. Reb.*, 9, 18797.

Traduzione di Matteo Martini

Allan N. Schore

Il Cervello Destro è Dominante nella Psicoterapia

The Right Brain Is Dominant in Psychotherapy

Psychotherapy © 2014 American Psychological Association
2014, Vol. 51, No. 3, 388–397

Keywords: change processes; emotion; implicit processes; memory; neuroscience; psychotherapy; reconsolidation

This article discusses how recent studies of the right brain, which is dominant for the implicit, nonverbal, intuitive, holistic processing of emotional information and social interactions, can elucidate the neurobiological mechanisms that underlie the relational foundations of psychotherapy. Utilizing the interpersonalneurobiological perspective of regulation theory, I describe the fundamental role of the early developing right brain in relational processes, throughout the life span. I present interdisciplinary evidence documenting right brain functions in early attachment processes, in emotional communications within the therapeutic alliance, in mutual therapeutic enactments, and in therapeutic change processes. This work highlights the fact that the current emphasis on relational processes is shared by, crossfertilizing, and indeed transforming both psychology and neuroscience, with important consequences for clinical psychological models of psychotherapeutic change.

Keywords: affect regulation, attachment, right brain

Nel 2009 venni invitato dall'*American Psychological Association* a presentare un discorso alla plenaria, dal titolo "Il Cambio di Paradigma: Il Cervello Destro e l'Inconscio Relazionale". Di fatto era una delle prime volte in cui una sessione plenaria era tenuta da un membro che esercitava privatamente, e da un clinico inoltre di orientamento psicoanalitico. Citando 15 anni delle mie ricerche interdisciplinari, sostenni che era in corso un cambio di paradigma non soltanto nella psicologia ma anche attraverso discipline diverse, e che la psicologia avrebbe dovuto entrare in un dialogo più serrato con le confinanti scienze biologica e medica. Enfatizzai la rilevanza per la psicologia clinica e anormale delle neuroscienze affettive (più che delle neuroscienze cognitive) e dello sviluppo. Pertanto segnalai che tanto i clinici quanto i ricercatori stavano spostando l'attenzione dalla cognizione esplicita e conscia alle funzioni implicite, inconsce, emozionali e relazionali del cervello destro (Schore, 2009). Pochi anni prima soltanto, l'APA si era esplicitamente pronunciata sulla scoperta dell'importanza dei fondamenti relazionali della psicoterapia. Nel 2006 la Task Force Presidenziale sulla Pratica Basata sull'Evidenza affermava fieramente:

Al centro della competenza clinica sta l'abilità interpersonale, che si manifesta formando una relazione terapeutica, codificando e decodificando risposte verbali e non verbali, creando aspettative realistiche ma positive, e rispondendo empaticamente alle esperienze e preoccupazioni implicite ed esplicite del paziente. (p.277)

Questa tendenza relazionale in psicoterapia è in gran parte evoluta dai contributi seminali di clinici psicodinamici, tra cui Sullivan (1953), Kohut (1971), Mitchell (1988), e, più di recente, Bromberg (2011).

In questo stesso arco di tempo, in parallelo agli avanzamenti psicologici in psicoterapia, il cambio di paradigma ad una "psicologia bi-personale" relazionale si è anche fatto strada all'interno delle neuroscienze, in

Questo lavoro integra psicologia e biologia per comprendere in dettaglio come le esperienze relazionali influenzino il primo sviluppo delle strutture psichiche ed il sé soggettivo e come si esprimano nei contesti psicoterapeutici.

particolare nella disciplina della neurobiologia interpersonale. In questo articolo ricapitolò brevemente il mio lavoro in quel campo, servendomi della prospettiva relazionale della teoria della regolazione (Schore, 1994, 2003a,b, 2012) per fornire un modello di sviluppo, di psicopatogenesi e di trattamento del sé soggettivo implicito. Questo lavoro interdisciplinare integra psicologia e biologia per comprendere a fondo e in dettaglio come le esperienze relazionali, nel bene e nel male, influenzino il primo sviluppo delle strutture psichiche ed il sé soggettivo emergente, e come tali strutture trovino espressione in tutte le epoche successive della vita e in particolare nei contesti psicoterapeutici. I miei studi continuano a descrivere il ruolo fondamentale del primo sviluppo del cervello destro nei processi relazionali. Nei paragrafi seguenti presento modelli neurobiologici interpersonali di attaccamento nel primo sviluppo, nell'alleanza terapeutica, nei reciproci *enactment* terapeutici e nel processo di cambiamento terapeutico. Questo lavoro mette in risalto il fatto che l'attuale enfasi sui processi relazionali è condivisa da psicologia e neuroscienze, contaminandole e di fatto trasformandole, con importanti conseguenze per i modelli psicologici clinici di cambiamento psicoterapeutico.

Un obiettivo centrale della teoria della regolazione è costruire modelli teorici a maggior complessità, tali da poter generare sia ricerca sperimentale sia formulazioni clinicamente rilevanti sullo sviluppo socio-emozionale umano. I miei studi sulla neurobiologia dell'attaccamento indicano che le comunicazioni relazionali madre-bambino operano rapidamente, al di sotto dei livelli di consapevolezza cosciente, mentre la mia ricerca sulla neuropsicoanalisi dello sviluppo descrive la prima evoluzione di un "inconscio relazionale" e di un "cervello sociale" lateralizzato a destra che rappresenta il substrato biologico dell'inconscio umano. Un ampio corpus di studi sulla lateralizzazione emisferica oggi conferma il principio che "la parte sinistra è coinvolta nella risposta conscia e la destra nella mente inconscia" (Miot, 1988, p.1006). La teoria della regolazione pertanto corrobora ampiamente i modelli psicodinamici attualmente in evoluzione, specialmente nel trattamento del trauma precoce di attaccamento. (Da qui in avanti, per le finalità di quest'articolo, il termine "psicodinamico" è equivalente a "psicoanalitico", e "psicoterapeuta" ad "analista").

La Neurobiologia Interpersonale dell'Attaccamento: Regolazione Interattiva e Maturazione del Cervello Destro

Un grande contributo all'attuale tendenza relazionale deriva dai recenti sviluppi nella teoria dell'attaccamento, al momento la più influente teoria scientifica sul primo sviluppo socio-emozionale. Seguendo i fondamentali contributi di John Bowlby (1969), nel corso delle ultime due decadi mi sono servito di una prospettiva relazionale interdisciplinare per descrivere ed integrare i processi di sviluppo psicologico e biologico che stanno alla base della formazione di un legame di attaccamento di comunicazione emozionale tra il lattante ed il caregiver primario (Schore, 1994, 2003a,b, 2012). Il principio organizzatore di questo lavoro stabilisce che "l'auto-organizzazione del cervello in via di sviluppo avviene nel contesto di una relazione con un altro sé, un altro cervello" (Schore, 1996, p.60). Al centro del modello vi è la regolazione degli affetti, relazionale ed interattiva, che a sua volta influenza e scolpisce la maturazione del cervello destro nel suo primo sviluppo.

La moderna teoria dell'attaccamento (J. Schore & A. Schore, 2008) è essenzialmente una teoria dello sviluppo della regolazione degli affetti, e perciò dello sviluppo emotivo. Durante episodi di attaccamento di comunicazioni lateralizzate a destra, visuo-facciali, uditivo-prosodiche, tatto-gestuali, il caregiver primario regola gli stati affettivi positivi e negativi, basati sul corpo, che germogliano nel lattante. La teoria presuppone che il cablaggio del cervello destro in via di sviluppo, che è dominante per il senso emozionale del sé, sia influenzato dalle transazioni con la madre implicite (inconscie), da cervello destro a cervello destro, di comunicazione e regolazione di affetti. In tal modo, il meccanismo evolutivo dei primi legami di attaccamento è centrale per tutti i successivi aspetti dello sviluppo umano, in particolare per le funzioni adattive socio-

L'auto-organizzazione del cervello in via di sviluppo avviene nel contesto di una relazione con un altro sé, un altro cervello. Al centro del modello vi è la regolazione degli affetti, relazionale ed interattiva, che a sua volta influenza e scolpisce la maturazione del cervello destro nel suo primo sviluppo.

emozionali del cervello destro, essenziali per la sopravvivenza (Schore, 1994, 2003a,b, 2012).

Al livello più basilico, il meccanismo di attaccamento del cervello destro è espresso come regolazione interattiva dell'*arousal* affettivo-autonomico e così la regolazione interpersonale della sincronia biologica tra organismi ed all'interno di essi. Durante transazioni diadiche di attaccamento il caregiver primario attento assiste a, percepisce (riconosce), valuta e regola le espressioni non verbali del via via più intenso *arousal* di affetti positivi e negativi. Tramite queste comunicazioni la madre regola il sistema nervoso centrale ed autonomo in via di sviluppo nel lattante. In questo dialogo co-creato, la madre "sufficientemente buona" ed il lattante co-costruiscono insieme multipli cicli di "sincronia affettiva" che aumenta gli affetti positivi (come gioia-esaltazione, interesse-eccitazione) e di "rottura e riparazione" che diminuisce gli affetti negativi (come paura-terrore, tristezza-depressione, vergogna). Le rappresentazioni interne delle esperienze di attaccamento sono impresse nella memoria procedurale implicita lateralizzata a destra come un modello operativo interno che codifica strategie non coscienti di regolazione degli affetti.

Gli stati emozionali sono inizialmente regolati dagli altri, ma nel corso dell'infanzia divengono sempre più auto-regolati come risultato dello sviluppo neuropsicologico e di esperienze concretamente vissute. Queste capacità adattive sono centrali per l'emergere dell'auto-regolazione, l'abilità di regolare flessibilmente una gamma in espansione di stati psicobiologici a carica affettiva positiva e negativa, permettendo in tal modo l'assimilazione di vari stati emotivo-motivazionali in un sistema del sé dinamico, coerente ed integrato. Esperienze di attaccamento ottimali che generano un attaccamento sicuro con il caregiver primario facilitano così entrambi i tipi di auto-regolazione: la regolazione interattiva delle emozioni a cui si accede mentre soggettivamente coinvolti con altri esseri umani in contesti interconnessi, e l'autoregolazione delle emozioni attiva quando non coinvolti soggettivamente con altri esseri umani in contesti di autonomia. La teoria della regolazione definisce il benessere emotivo come il passaggio non cosciente eppure efficiente e resiliente tra queste due modalità (interdipendenza ed autonomia), a seconda del contesto relazionale. I modelli operativi interni di attaccamento codificano per entrambe queste modalità di strategie di reazione della regolazione degli affetti. Ci si ricordi che Bowlby (1969) sosteneva che queste rappresentazioni interne di attaccamento operano a livelli al di sotto della consapevolezza cosciente.

Quando il lattante con attaccamento sicuro entra nella prima infanzia, le sue esperienze di attaccamento del cervello destro, visuo-facciali, uditivo-prosodiche, tatto-gestuali, regolate in maniera interattiva, diventano maggiormente integrate in modo olistico, consentendo l'emergere di un senso di sé emozionale e corporeo coerente, implicito (inconscio) (Schore, 1994). La ricerca sullo sviluppo neurobiologico supporta l'ipotesi secondo cui il meccanismo dell'attaccamento è radicato nelle transazioni da cervello destro a cervello destro tra bambino e caregiver. Gli studi neuroscientifici con adulti indicano chiaramente che i sistemi prefrontali a destra (e non a sinistra) sono responsabili per il livello più alto di regolazione di affetti e stress nel cervello (vedi Schore, 2013; Schore, 2012 per riferimenti). Documentano inoltre che nell'età adulta l'emisfero destro continua ad essere dominante per l'affiliazione, mentre il sinistro sostiene la motivazione al potere (Kuhl & Kazen, 2008; Quirin et al., 2013).

Inoltre, il mio lavoro sulla neuropsicoanalisi dello sviluppo fornisce un modello per il primo sviluppo della mente inconscia (rispetto alla più tardiva mente conscia). Questi studi fanno eco ad un presupposto alla base della classica psicoanalisi dello sviluppo, cioè che il primo contatto relazionale avviene tra l'inconscio della madre e l'inconscio del lattante (Palombo, Bendixsen & Kolch, 2009; J. Schore, 2012). Durante il corso della vita, la regolazione psicobiologica implicita, operante a livello non cosciente, sostiene le funzioni di sopravvivenza del cervello destro, il substrato biologico dell'inconscio umano (Joseph, 1992; Schore, 1994, 2003b, 2012). Conformemente a questa proposta, Tucker e Moller affermano, "La specializzazione dell'emisfero destro nella comunicazione emozionale attraverso canali non verbali sembra suggerire un dominio

Le rappresentazioni interne delle esperienze di attaccamento sono impresse nella memoria procedurale implicita lateralizzata a destra come un modello operativo interno che codifica strategie non coscienti di regolazione degli affetti.

Numerosi studi documentano che la processazione inconscia dell'informazione emotiva è compresa sostanzialmente in una via sottocorticale dell'emisfero destro, che le memorie emotive inconse sono conservate nell'emisfero destro, e che tale emisfero è cruciale nel mantenimento di un senso di sé coerente, continuo ed unificato

della mente che è simile all'inconscio psicoanalitico carico di motivazioni" (2007, p. 91). Una crescente mole di studi documenta che la processazione inconscia dell'informazione emotiva è sostanzialmente compresa in una via sottocorticale dell'emisfero destro (Gainotti, 2012), che le memorie emotive inconscie sono conservate nell'emisfero destro (Gainotti, 2006), e che tale emisfero è cruciale nel mantenimento di un senso di sé coerente, continuo ed unificato (Devinsky, 2000; McGilchrist, 2009). Dall'infanzia attraverso tutte le successive epoche della vita, i processi emozionali lateralizzati a destra, rapidi e spontanei, sono centralmente coinvolti nel permettere all'organismo di fronteggiare stress e difficoltà, e quindi nella resilienza emotiva e nel benessere.

Le Comunicazioni del Cervello Destro nell'Alleanza Terapeutica

La teoria della regolazione afferma che le prime esperienze socio-emozionali possano essere prevalentemente regolate o disregolate, imprimendo un attaccamento sicuro o insicuro. Le neuroscienze dello sviluppo dimostrano oggi chiaramente che tutti i bambini sono non "resilienti" ma "malleabili", nel bene e nel male (Schoore, 2012). In netto contrasto con lo scenario precedentemente descritto di attaccamento ottimale come facilitante la crescita, nell'ambiente relazionale del trauma di attaccamento (abuso e/o abbandono) inibente la crescita, il caregiver primario di un bambino insicuro disorientato-disorganizzato induce stati traumatici di perdurante affetto negativo (Schoore, 2001, 2003a). Tale caregiver è troppo spesso emozionalmente inaccessibile e reagisce all'espressione di affetti negativi in maniera incostante ed inappropriata (grave intrusività o grave disinteresse), e dimostra quindi minima o imprevedibile partecipazione nel processo relazionale di regolazione dell'*arousal*. Invece di modulare, induce livelli estremi di stimolazione stressante ed *arousal*, molto alto nell'abuso e/o molto basso nel neglect. Poiché offre poca riparazione interattiva gli stati di intenso affetto negativo sono duraturi.

Una grande mole di ricerche evidenzia oggi il ruolo centrale dell'attaccamento insicuro nella psico-neuropatogenesi di tutti i disturbi psichiatrici (Schoore, 1996, 2003a, 2012, 2013). Watt (2003) osserva, "Se il bambino cresce con preponderanti esperienze di separazione, sofferenza, paura e rabbia, andrà incontro ad un cattivo percorso di sviluppo patogeno, e non solo psicologico ma anche neurologico" (p. 109). Più nello specifico, nei periodi critici (precoci), storie di attaccamento insicuro frequentemente disregolato e non riparato, organizzato e disorientato-disorganizzato, sono "affettivamente impresse" nel cervello destro in via di sviluppo del bambino. Non solo le esperienze traumatiche, ma anche la difesa contro il trauma che travolge, la dissociazione, è immagazzinata nella memoria implicita-procedurale. In tal modo, il trauma di attaccamento ("trauma relazionale", Schoore, 2001) è impresso nel sistema corticale-subcorticale destro, e codifica per modelli operativi interni insicuri disorientati-disorganizzati a cui si accede in maniera non conscia nei successivi momenti di stress emozionale interpersonale. Questi modelli operativi interni insicuri sono un focus centrale della psicoterapia focalizzata sugli affetti nelle patologie del sé e nei disturbi di personalità. Vi è oggi consenso sul fatto che i deficit nei processi relazionali del cervello destro e la risultante disregolazione emotiva siano alla base di tutti i disturbi psicologici e psichiatrici. Tutti i modelli di intervento terapeutico in una ampia gamma di psicopatologie condividono il comune obiettivo di migliorare i processi di autoregolazione emozionale. Una psicoterapia relazionale ed informata dalla neurobiologia di lattanti, bambini ed adulti può dunque potenzialmente facilitare la plasticità intrinseca del cervello destro.

Ci si ricordi che Bowlby (1988), uno psicoanalista, sosteneva che la rivalutazione dei modelli operativi interni *non consci* è un obiettivo primario in ogni psicoterapia. Queste rappresentazioni interattive di esperienze precoci di attaccamento codificano per strategie di regolazione degli affetti, e contengono meccanismi di coping per il mantenimento della regolazione di base e di affetti positivi di fronte a stressanti difficoltà ambientali. Agendo a livelli al di sotto della consapevolezza cosciente, questo modello operativo interno è utilizzato

La rivalutazione dei modelli operativi interni non consci è un obiettivo primario in ogni psicoterapia...i.

....La teoria della regolazione stabilisce che in "momenti affettivi intensi" il modello operativo interno inconscio di attaccamento, sicuro o insicuro, è riattivato nella memoria implicita-procedurale lateralizzata a destra e rimesso in scena nella relazione psicoterapeutica.

per percepire, valutare e regolare l'informazione socio-emozionale e guidare l'azione in ambienti interpersonali familiari e anche soprattutto nuovi. La teoria della regolazione stabilisce che in "momenti affettivi intensi" (Schore, 2003b), il modello operativo interno inconscio di attaccamento, sicuro o insicuro, è riattivato nella memoria implicita-procedurale lateralizzata a destra e rimesso in scena nella relazione psicoterapeutica.

Alla luce delle caratteristiche comuni dei meccanismi di transazione e regolazione emotiva non verbali, intersoggettivi, impliciti, tra la relazione caregiver-bambino e terapeuta-paziente, studi sullo sviluppo dell'attaccamento hanno rilevanza diretta per il processo di trattamento. Dal primo punto di contatto intersoggettivo, il clinico in sintonia con la psicobiologia traccia non solo il contenuto verbale ma anche momento per momento le ritmiche strutture non verbali degli stati interni del paziente, e modifica in maniera flessibile e fluida il proprio comportamento per sincronizzarsi con quelle strutture, co-creando così con il paziente un contesto facilitante la crescita per l'organizzazione dell'alleanza terapeutica. La descrizione di Decety e Chaminade (2003) delle funzioni superiori del cervello destro può essere direttamente applicata al contesto relazionale psicoterapeutico: "Gli stati mentali che sono essenzialmente privati per il sé possono essere condivisi tra individui . . . la consapevolezza di sé, l'empatia, l'identificazione con gli altri, e più generalmente i processi intersoggettivi, (e) dipendono in larga misura . . . dalle risorse dell'emisfero destro, che sono le prime a svilupparsi" (p. 591). Siccome l'emisfero destro è dominante per le esperienze emotive soggettive (Wtting & Roschmann, 1993), la comunicazione di stati affettivi tra i cervelli destri della diade paziente-terapeuta è descritta al meglio come "intersoggettività".

In accordo con un modello relazionale della psicoterapia, i processi del cervello destro che sono reciprocamente attivati da entrambi i lati dell'alleanza terapeutica sono al centro del processo di cambiamento terapeutico. Questi dialoghi clinici impliciti trasmettono informazioni relative all'organismo molto più essenziali delle informazioni verbali, esplicite, del cervello sinistro. Più propriamente le interazioni del cervello destro "dietro le parole" comunicano in maniera non verbale essenziali informazioni relazionali, affettive, basate sul corpo, non cosce, riguardo al mondo interno del paziente (e del terapeuta). Le rapide comunicazioni tra il "cervello emozionale" lateralizzato a destra di ciascun membro dell'alleanza terapeutica consentono una "condivisione di stati del sé", un dialogo di reciproca influenza in dinamico mutamento, organizzato, co-creato. Bromberg (2011) osserva, "Gli stati del sé sono moduli altamente individualizzati dell'essere, ognuno configurato nella sua propria organizzazione di cognizioni, credenze, valori, azioni e fisiologia regolatoria (p. 73)". In questa matrice relazionale, entrambi i partner si sintonizzano con i contorni dinamici di differenti stati-sé emotivo-motivazionali e allo stesso tempo adeguano la loro attenzione sociale, stimolazione, e *arousal* crescente/decescente in risposta ai segnali del partner.

La teoria della regolazione fornisce un modello dei reciproci meccanismi psicobiologici che sono alla base di qualsiasi incontro clinico, qualunque sia il contenuto verbale. Lyons-Ruth (2000) descrive gli scambi emozionali che comunicano "conoscenza relazionale implicita" nell'alleanza terapeutica. Osserva che la maggior parte delle transazioni relazionali dipende da un substrato di segnali affettivi che danno valenza di valutazione o direzione ad ogni comunicazione relazionale. Questi occorrono ad un livello implicito di segnalazione e risposta che occorre troppo rapidamente per transazioni verbali e riflessioni cosce. Nella letteratura clinica, Scaer (2005) descrive i pattern essenziali di comunicazione implicita integrati nella relazione terapeuta-cliente:

Molte caratteristiche dell'interazione sociale sono non verbali e consistono di sottili variazioni dell'espressione facciale che stabiliscono il tenore per il contenuto dell'interazione. Le posture del corpo e gli schemi di movimento del terapeuta . . . possono riflettere emozioni come disapprovazione, supporto, umorismo e paura. Anche il tono ed il volume della voce, gli schemi e la velocità della comunicazione verbale ed il contatto visivo possono contenere elementi di comunicazione subliminale

Visto che l'emisfero destro è dominante per le esperienze emotive soggettive..... la comunicazione di stati affettivi tra i cervelli destri paziente-terapeuta è "intersoggettività".

I dialoghi clinici impliciti trasmettono informazioni molto più essenziali delle informazioni verbali, esplicite, del cervello sinistro.

....le interazioni del cervello destro "dietro le parole" comunicano in maniera non verbale essenziali informazioni relazionali, affettive, basate sul corpo, non cosce, riguardo al mondo interno del paziente (e del terapeuta).

Le rapide comunicazioni tra il "cervello emozionale" lateralizzato a destra del terapeuta e del paziente consentono una "condivisione di stati del sé",

e contribuire all'istituzione inconscia di un ambiente sicuro di guarigione. (p. 167-168)

Queste comunicazioni non verbali, cervello destro/mente/corpo, sono bidirezionali ed intersoggettive, e pertanto potenzialmente di valore per il clinico. Meares (2005) osserva-

Non solo il terapeuta è influenzato inconsciamente da una serie di segnali sottili e, in alcuni casi, subliminali, ma anche il paziente. I dettagli della postura, dello sguardo, del tono di voce, persino della respirazione del terapeuta sono registrati ed elaborati. Un terapeuta raffinato può usare questa elaborazione in maniera benefica, potenziando un cambiamento nello stato del paziente senza o in addizione all'uso delle parole. (p.124)

Le neuroscienze descrivono il ruolo del cervello destro in queste comunicazioni non verbali. In tutte le epoche della vita, "I substrati neurali della percezione di voci, volti, gesti, odori e feromoni, come evidenziato da moderne tecniche di neuroimaging, sono caratterizzati da un *pattern* generale di asimmetria funzionale dell'emisfero destro". (Brancucci, Lucci, Mazzatenta, & Tommasi, 2009, p.895). Più che le verbalizzazioni cosce del cervello sinistro, sono le comunicazioni da cervello destro a cervello destro, visuo-facciali, uditivo-prosodiche, tatto-gestuali, a rivelare gli aspetti profondi della personalità del paziente come anche della personalità del terapeuta (vedi Schore, 2003b per un modello di identificazione proiettiva da cervello destro a cervello destro, un processo fondamentale di comunicazione implicita tra i sistemi di inconscio relazionale di paziente e terapeuta).

Per recepire e monitorare le comunicazioni di attaccamento non verbali basate sul corpo, i clinici affettivamente sintonizzati devono muovere da una attenzione ristretta dell'emisfero sinistro che si focalizza su dettagli locali, ad una più estesa attenzione dell'emisfero destro che si focalizza su dettagli globali (Derryberry & Tucker, 1994), un quadro che ben si adatta alla descrizione di Freud (1912) sull'importanza dell' "attenzione fluttuante" del clinico. Nella seduta, il terapeuta empatico presta coscientemente ed esplicitamente attenzione alle verbalizzazioni del paziente per diagnosticare in maniera obiettiva e razionalizzare i sintomi di disregolazione del paziente. Tuttavia ascolta ed interagisce anche ad un altro livello, soggettivo e vicino all'esperienza, che elabora momento per momento le comunicazioni di attaccamento e gli stati del sé a livelli al di sotto della consapevolezza. Bucci (2012) osserva, "Riconosciamo cambiamenti negli stati emotivi degli altri basandoci sulla percezione di sottili variazioni nella loro espressione facciale o postura, e riconosciamo i cambiamenti nei nostri propri stati basandoci su esperienze somatiche o cinestetiche" (p.194). Scrivendo di "comunicazioni non verbali implicite" Chused (2007) afferma, "Non è che l'informazione che contengono non può essere verbalizzata, ma che a volte soltanto un approccio non verbale può veicolare l'informazione in un modo in cui può essere usata, in particolare quando non c'è consapevolezza cosciente delle questioni implicate alla base" (p. 879). Queste comunicazioni non verbali sono esempi di "comunicazione da processo primario". Secondo Dorpat (2001), "Il sistema del processo primario analizza, regola, e comunica la relazione di un individuo con l'ambiente" (p.449). Egli osserva, "Le informazioni affettive e di relazione oggettuali sono trasmesse in maniera predominante da comunicazioni da processo primario. La comunicazione non verbale include i movimenti del corpo (cinesica), la postura, i gesti, l'espressione facciale, l'inflessione della voce, e la sequenza, il ritmo, la tonalità delle parole" (p.451). Il cervello destro elabora "la musica dietro le parole".

Il principio organizzatore del lavoro con la comunicazione inconscia da processo primario impone che come il cervello sinistro comunica i suoi stati ad altri cervelli sinistri tramite i comportamenti linguistici coscienti, così il destro comunica in maniera non verbale i suoi stati ad altri cervelli destri che sono sintonizzati per ricevere queste comunicazioni. Bromberg (2011) conclude: "Allan Schore scrive di un canale di comunicazione emotiva da cervello destro a cervello destro – un canale che lui vede come 'un dialogo organizzato' fatto di 'condivisione di stati dinamicamente fluttuanti da momento a momento'. Io credo che sia questo processo di

La comunicazione non verbale include i movimenti del corpo (cinesica), la postura, i gesti, l'espressione facciale, l'inflessione della voce, e la sequenza, il ritmo, la tonalità delle parole" (p.451). Il cervello destro elabora "la musica dietro le parole".

condivisione di stati che . . . consente . . . 'una buona corrispondenza psicoanalitica'" (p.169). Scrivendo nella letteratura psichiatrica, Mearns (2012) descrive "una forma di conversazione terapeutica che può essere concepita . . . come un'interazione dinamica tra due emisferi destri" (per altri esempi clinici di percorsi da cervello destro a cervello destro vedi Chapman, 2014; Marks-Tarlow, 2012; Montgomery, 2013; Schore, 2012). Sulla questione del contenuto verbale, le parole in psicoterapia – a lungo si è ritenuto nella letteratura psicoterapeutica che tutte le forme di linguaggio riflettono il funzionamento del cervello sinistro della mente conscia. Le neuroscienze attuali indicano che ciò non è corretto. In una completa review Ross e Monnor concludono, "Il concetto tradizionale che ritiene il linguaggio una funzione prerogativa del cervello sinistro non è più sostenibile". (2008, p.51).

Il concetto tradizionale che ritiene il linguaggio una funzione prerogativa del cervello sinistro non è più sostenibile

Nelle ultime tre decadi si è sempre più compreso che il cervello destro è essenziale per il linguaggio e la competenza comunicativa ed il benessere psicologico attraverso la sua abilità di modulare la prosodia affettiva ed il comportamento gestuale, decodificare significati connotativi (non standard) delle parole, fare inferenze tematiche ed elaborare metafore, relazioni linguistiche complesse e tipi di espressione non letterali (idiomatiche). (p.51)

Altri studi rivelano che l'emisfero destro è dominante per l'elaborazione specifica di parole emozionali (Kuchinke et al., 2006), specialmente parole di attaccamento associate con relazioni interpersonali positive (Mohr, Rowe, & Crawford, 2008). Questi dati suggeriscono che il cervello destro che reagisce più precocemente ed è più "fisiologico" del più tardivo sinistro, è implicato in rapide comunicazioni intersoggettive basate sul corpo all'interno dell'alleanza terapeutica.

L'intersoggettività è più di una comunicazione o corrispondenza di cognizioni verbali esplicite o comportamenti manifesti. Affetti basati sul corpo regolati e disregolati sono comunicati all'interno del campo di trasmissione di energia intersoggettivo co-costruito da due individui che include non solo due menti ma anche due corpi (Schore, 2012). Al centro psicobiologico del campo intersoggettivo vi è il legame di attaccamento di comunicazione emotiva e regolazione interattiva. La comunicazione intersoggettiva implicita esprime stati del sé emozionali basati sul corpo, non solo gli stati "mentali" cognitivi coscienti. La funzione biologica essenziale delle comunicazioni di attaccamento in tutte le interazioni umane, incluse quelle incorporate nell'alleanza terapeutica, è la regolazione degli stati di cervello destro/mente/ corpo. La psicoterapia intersoggettiva, relazionale, focalizzata sulle emozioni non è la "cura delle parole", ma la "cura della comunicazione emotiva".

Le Comunicazioni di Transfert e Controtransfert negli Enactment Reciproci

La prospettiva relazionale della teoria della regolazione consente una più profonda comprensione dei critici meccanismi intersoggettivi di cervello/mente/corpo che operano a livelli impliciti dell'alleanza terapeutica, al di sotto degli scambi del linguaggio e di cognizioni esplicite. Uno di questi meccanismi essenziali è la relazione bidirezionale di transfert-controtransfert. Vi è oggi un crescente consenso sul fatto che, nonostante l'esistenza di una serie di prospettive teoriche diverse nel lavoro clinico, i concetti di Freud di transfert e controtransfert, siano stati ampliati e (re-)incorporati in tutte le forme di psicoterapia. Le transazioni affettive di transfert-controtransfert sono oggi viste come un elemento relazionale essenziale nel trattamento di tutti i pazienti, ma soprattutto delle psicopatologie gravi a formazione precoce.

In questi casi le comunicazioni non verbali implicite da cervello destro a cervello destro (espressioni facciali, tono della voce-prosodia, gestualità) veicolano transazioni affettive inconsce di transfert e controtransfert, che ravvivano precedenti ricordi di attaccamento, specialmente di stati affettivi intensamente disregolati. Gainotti (2006) osserva che "l'emisfero destro potrebbe essere coinvolto in maniera cruciale in quelle memorie emozionali che devono essere riattivate e rielaborate durante il trattamento psicoanalitico" (p 167). Discutendo del ruolo dell'emisfero destro come "la sede della memoria implicita", Mancini (2006) osserva: "La

La scoperta della memoria implicita ha esteso il concetto dell'inconscio ... dove sono conservate le esperienze presimboliche e preverbalizzanti emozionali ed affettive – a volte traumatiche – della prima relazione madre-bambino

scoperta della memoria implicita ha esteso il concetto dell'inconscio e supporta l'ipotesi che questo sia il luogo dove sono conservate le esperienze presimboliche e preverbalì emozionali ed affettive – a volte traumatiche – della prima relazione madre-bambino" (p.83). Il transfert è stato descritto come un'espressione dei ricordi impliciti del paziente. Questi ricordi sono espressi in "momenti affettivi intensi" come comunicazioni transferali non verbali da cervello destro a cervello destro di stati basati sul corpo disregolati, automatici, rapidi di arousal emozionale intensamente stressante (ad esempio paura -terrore, aggressione-rabbia, depressione-disperazione, vergogna, disgusto). Recenti modelli psicodinamici di transfert sostengono, "Nessuna valutazione del transfert può fare a meno delle emozioni" (Pincus, Freeman, & Model, 2007, p. 634). I teorici clinici descrivono il transfert come "un modello stabilito di relazione e corrispondenza emotiva che trae spunto da qualcosa nel presente, ma spesso richiama sia uno stato affettivo sia pensieri che potrebbero avere di più a che fare con l'esperienza passata che con quella attuale" (Maroda, 2005, p.134). Questa concezione è ripresa nelle neuroscienze, laddove Shuren e Grafman (2002) affermano: "L'emisfero destro contiene rappresentazioni degli stati emotivi associati agli eventi vissuti dall'individuo. Quando quell'individuo incontra uno scenario familiare, vengono recuperate dall'emisfero destro le rappresentazioni delle esperienze emotive passate e sono incorporate nel processo di ragionamento." (p.918). La ricerca ora indica che l'emisfero destro è fondamentalmente coinvolto nella memoria autobiografica (Markowitsch, Reinkemeier, Kessler, Koyuncu, e Heiss, 2000).

Ci si ricordi il detto classico di Racker (1968), "Ogni situazione di transfert provoca una situazione di controtransfert." Traducendo questo in termini neuropsicoanalitici moderni, le transazioni di transfert e controtransfert sono espressioni bidirezionali di comunicazioni stressanti non verbali non conscie di cervello destro-mente-corpo tra paziente e terapeuta. Questi reciproci scambi psiconeurobiologici riflettono le attività dei sistemi nervosi centrale ed autonomo. A livello comportamentale, le comunicazioni di transfert del paziente sono espresse tramite segnali affettivi non verbali, visivi, uditivi e gestuali, che sono spontaneamente e rapidamente espressi da viso, voce e corpo del paziente. Il controtransfert è analogamente definito in termini impliciti non verbali come risposte autonome del terapeuta che sono reazioni su un livello inconscio ai messaggi non verbali. Nel mio primo libro affermavo –

I processi controtransferali sono attualmente considerati manifestarsi nella capacità di riconoscere e utilizzare le qualità sensoriali (visiva, uditiva, tattile, cinestetica e olfattiva) ed affettive di immagini che il paziente genera nello psicoterapeuta. . . le dinamiche controtransferali sono valutate dall'osservazione del terapeuta delle sue reazioni viscerali al materiale del paziente. (1994, p. 451).

Mentre il clinico empatico monitora implicitamente le comunicazioni di transfert non verbali del paziente, il suo cervello in sintonia psicobiologica, che è dominante per l'arousal emotivo (Mac-Neillage, Rogers, e Vallortigara, 2005), traccia, a livello preconscious, gli schemi dei ritmi e dei flussi dell'arousal degli stati affettivi del paziente. I clinici affermano oggi che "il transfert è caratteristico in quanto dipende dai primi schemi di attaccamento emotivo con i caregiver" (Pincus et al., 2007, p 636) e descrivono l'importanza clinica di "rendere consci gli schemi di affetto organizzanti". (Mohaupt, Holgersen, Binder, & Nielsen, 2006, p.243). Convergenti evidenze dalle neuroscienze indicano: "Semplificando, l'emisfero sinistro è specializzato nell'analisi di sequenze, mentre l'emisfero destro dà prova di essere superiore nell'elaborazione di pattern" (van Lancker & Cummings, 1999, 95). Più specificamente, "il riconoscimento di pattern e la comprensione di diversi tipi di stimoli, come volti, accordi, intonazioni complesse, immagini grafiche e voci, è stata descritta come superiore nell'emisfero destro normale" (van Lancker Sidtis, 2006, 233). Ma in aggiunta, il terapeuta segue implicitamente le proprie risposte controtransferali alle comunicazioni transferali del paziente, schemi delle

le transazioni di transfert e controtransfert sono espressioni bidirezionali di comunicazioni stressanti non verbali non conscie di cervello destro-mente-corpo tra paziente e terapeuta

Il controtransfert è analogamente definito in termini impliciti non verbali come risposte autonome del terapeuta che sono reazioni su un livello inconscio ai messaggi non verbali.

proprie risposte affettive somatiche, controtransferali, interocettive, basate sul corpo alle comunicazioni implicite facciali, prosodiche e gestuali del paziente. Attraverso questi meccanismi del cervello destro, il terapeuta intuitivo in sintonia psicobiologica, focalizza in maniera non conscia momento per momento i suoi processi del cervello destro di ampia attenzione controtransferale (Derryberry e Tucker, 1994) su schemi del crescendo e decrescendo ritmici degli stati del paziente di arousal autonomico affettivo regolati e disregolati. Il detto di Freud: "È una cosa davvero notevole che l'inconscio di un essere umano possa reagire con quello di un altro, senza passare attraverso la coscienza" (1915, p. 194), è inteso in senso neuropsicoanalitico come comunicazione da cervello destro a cervello destro di un inconscio relazionale all'altro. In questo modo, "l'emisfero destro, di fatto, interpreta veramente lo stato mentale non solo del suo cervello, ma dei cervelli (e delle menti) degli altri" (Keenan, Rubio, Racioppi, Johnson e Barnacz, 2005, p. 702).

Le comunicazioni transferali-controtransferali da cervello destro e cervello destro tra i "mondi interni" del paziente e del terapeuta rappresentano una matrice relazionale essenziale per l'espressione terapeutica degli affetti dissociati che si associano al trauma precoce di attaccamento e pertanto pericolo "soggettivamente inconscio" (Carretié, Hinojosa, Mercado, & Tapia, 2005) ed "emozione inconscia" (Sato e Aoki, 2006). Queste comunicazioni affettive di stati traumatizzati del sé non erano né intersoggettivamente condivise né regolate in modo interattivo dall'oggetto di attaccamento originale nel contesto storico, ma ora il paziente ha la possibilità di un'esperienza relazionale riparativa. Secondo Borgogno e Vigna-Taglianti (2008),

Nei pazienti la cui sofferenza psichica origina nel . . . trauma preverbale . . . il transfert avviene perlopiù ad un livello più primitivo di espressione che coinvolge in maniera inconscia . . . non solo il paziente ma anche l'analista . . . Queste forme più arcaiche di questioni di transfert – controtransfert – che frequentemente fanno mettere da parte i contenuti verbali – prendono forma nel setting analitico attraverso reciproci enactments. (p. 314).

I dialoghi del cervello destro basati sul corpo tra l'inconscio relazionale del paziente e l'inconscio relazionale del terapeuta empatico affettivo e sensibile sono attivati e potenziati nei "momenti affettivi intensi" della rievocazione del trauma relazionale precoce. Gli enactments sono ora visti come potenti manifestazioni del processo intersoggettivo e di espressioni di stati del sé e modelli relazionali complessi, sebbene in gran parte inconsci (vedi Schore, 2012 per un ampio modello neurobiologico interpersonale di lavoro in enactment clinici).

Il meccanismo relazionale dei reciproci enactments rappresenta un'interazione tra la vulnerabilità emotiva del paziente e la disponibilità emotiva del clinico (la capacità di "accogliere" il transfert). È pienamente operativo durante le (inevitabili) rotture dell'alleanza terapeutica, descritte da Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham, & Stiles (2008) come "punti di disconnessione emotiva tra paziente e terapeuta che creano un mutamento negativo nella qualità dell'alleanza" (p. 699), che agiscono come "episodi di comportamento manifesto o nascosto che intrappolano entrambi i partecipanti in interazioni complementari negative" (pagina 700). Sebbene tali rotture dell'alleanza siano i momenti più stressanti del trattamento, queste "collisioni" delle soggettività del terapeuta e del paziente rappresentano anche un contesto intersoggettivo di potenziale "collaborazione" tra le loro soggettività, e quindi un contesto di riparazione interattiva, un meccanismo fondamentale di cambiamento terapeutico. Questa struttura emergente co-creata all'interno dell'alleanza terapeutica contiene un più efficiente sistema di comunicazione a feedback non solo di comunicazioni tra cervelli destri ma anche regolazioni interattive del cervello destro di stati affettivi intensamente disregolati associati a trauma relazionale precoce.

Infatti, le funzioni omeostatiche biologiche essenziali delle comunicazioni di attaccamento affettive, basate sul corpo, intersoggettive, in tutte le interazioni umane, incluse quelle incorporate nel nucleo psicobiologico dell'alleanza terapeutica, sono coinvolte nel controllo degli stati del cervello destro/mente/corpo. Aron osserva: "Il paziente e l'analista

"È una cosa davvero notevole che l'inconscio di un essere umano possa reagire con quello di un altro, senza passare attraverso la coscienza" (Freud 1915)

Gli enactments sono potenti manifestazioni del processo intersoggettivo e di espressioni di stati del sé e modelli relazionali complessi, sebbene in gran parte inconsci....

Il meccanismo relazionale dei reciproci enactments rappresenta un'interazione tra la vulnerabilità emotiva del paziente e la disponibilità emotiva del clinico : la capacità di "accogliere" il transfert.). Tale meccanismo è attivo nelle rotture dell'alleanzaerappresentano al contempoun contesto di riparazione interattiva..... un meccanismo di ...cambiamento terapeutico

controllano mutuamente comportamenti, *enactment* e stati di coscienza l'uno dell'altro, in modo tale che ciascuno si trova nella pelle dell'altro, raggiunge i visceri dell'altro, è respirato ed assorbito dall'altro. . . l'analista deve essere sintonizzato sul non verbale, l'affettivo. . . sulle sue risposte fisiche "(Aron 1998, p. 26). L'importanza di questa connessione limbico-autonomica destra è sottolineata da Whitehead: "Ogni volta che stabiliamo un contatto terapeutico con i nostri pazienti stiamo mettendo in gioco processi profondi che attingono alle forze vitali essenziali in noi stessi e in quelli con cui lavoriamo. . . Le emozioni sono rese più intense e sostenute nel tempo quando sono intersoggettivamente condivise. Ciò avviene in momenti di contatto profondo (Whitehead, 2006, 624, corsivo dell'autore). "In momenti di profondo contatto, la risonanza psicobiologica intersoggettiva tra l'inconscio relazionale del paziente e del clinico genera un'amplificazione interattivamente regolata di arousal e emotività, e così gli affetti inconsci sono intensificati e sostenuti nel tempo. Questo aumento dell'intensità emotiva (arousal energetico) permette che gli affetti dissociati al di sotto dei livelli di consapevolezza emergano alla coscienza in entrambi i membri della diade terapeutica. I "momenti affettivi intensi" del trattamento offrono opportunità per la regolazione interattiva degli affetti del cervello destro, il cuore del processo di attaccamento. Ogden conclude-

La regolazione psicobiologica interattiva. . . fornisce il contesto relazionale in base al quale il paziente può, in sicurezza, prendere contatto con, descrivere ed eventualmente regolare l'esperienza interiore. . . È l'esperienza del paziente di azione abilitante nel contesto di sicurezza fornita dallo sfondo della regolazione di affetti interattiva del clinico empatico in sintonia psicobiologica che aiuta il cambio . . . d'effetto. (Ogden, Pain, Minton, & Fisher, 2005, 22)

In un articolo fondamentale nella letteratura di psicologia clinica, Greenberg (2007) descrive una forma di "autocontrollo" della regolazione delle emozioni che coinvolge livelli più alti di funzione esecutiva cognitiva che consente agli individui di "cambiare il modo in cui si sentono cambiando coscientemente il modo in cui pensano" (p.415). Sostiene che questa forma esplicita di regolazione degli affetti sia svolta dall'emisfero sinistro verbale e che solitamente l'emozione inconscia basata sul corpo non venga affrontata. Questo meccanismo regolatorio è al centro della comprensione analitica verbale e del ragionamento controllato ed è fortemente enfatizzato nei modelli di terapia cognitivo-comportamentale. In contrasto con questo sistema di regolazione delle emozioni cosciente, Greenberg descrive un secondo, più fondamentale processo implicito di regolazione degli affetti eseguito dall'emisfero destro che elabora rapidamente ed automaticamente l'espressione facciale, la qualità vocale e il contatto visivo in un contesto relazionale. Questo tipo di terapia non mira al controllo, ma "all'accettazione o facilitazione di particolari emozioni", comprese "emozioni precedentemente evitate", per consentire al paziente di tollerarle e trasformarle in "emozioni adattive". Citando il mio lavoro afferma, "è la costruzione di capacità implicite o automatiche di regolazione delle emozioni ad essere importante per il cambiamento duraturo, specialmente per i pazienti particolarmente fragili con disturbi di personalità" (2007, p.416).

Meccanismi Relazionali nel Cervello Destro di Cambiamento Terapeutico

Nei casi di fallimenti maturativi nell'attaccamento precoce, in particolare in storie di trauma relazionale, il contatto emotivo profondo e l'implicita regolazione interattiva degli affetti sono i meccanismi centrali dei processi di cambiamento del cervello destro nella psicoterapia. Ci si ricordi che il segno distintivo del trauma è il danno alla vita di relazione (Herman, 1992). La riparazione e la risoluzione del trauma relazionale deve quindi avvenire in un contesto relazionale terapeutico. In questo impegnativo lavoro, molto più che la comprensione cognitiva, sono i fattori relazionali ad essere al centro del meccanismo di cambiamento. Il lavoro clinico implicato in rievocazioni di traumi comporta un profondo impegno da parte di entrambi i partecipanti nella diade terapeutica e un profondo coinvolgimento emotivo da parte del terapeuta. Questi tipi di casi, per

...gli individui di "cambiare il modo in cui si sentono cambiando coscientemente il modo in cui pensano... E' questa una prima forma esplicita di regolazione degli affetti sia svolta dall'emisfero sinistro verbale.....

C'è un secondo, più fondamentale processo implicito di regolazione degli affetti eseguito dall'emisfero destro che elabora in modo rapido ed automaticamente l'espressione facciale...

Il lavoro clinico implicato in rievocazioni di traumi comporta un profondo impegno da parte di entrambi i partecipanti nella diade terapeutica e un profondo coinvolgimento emotivo da parte del terapeuta.

quanto difficili possano essere, rappresentano preziose esperienze di apprendimento per il terapeuta e richiedono competenze specialistiche (Schore, 2012). In definitiva, un trattamento psicoterapeutico efficace delle patologie precoci del sé in evoluzione (compresi i disturbi di personalità) può facilitare i cambiamenti neuroplastici nel cervello destro, che è dominante per le funzioni di attaccamento durante tutta la vita. Questo meccanismo neurobiologico interpersonale consente ad un trattamento a lungo termine ottimale di trasformare potenzialmente forme di attaccamento disorientato-disorganizzato in attaccamento "sicuro appreso".

Ciò detto, il sistema del cervello destro in via di sviluppo ("la mente destra", Ornstein, 1997) è influenzato in maniera relazionale in tutte le storie di attaccamento, inclusi gli stili di attaccamento insicuro organizzato e sicuro. La prospettiva clinica trans-teorica della teoria della regolazione che descrive i processi psiconeurobiologici di base dell'azione terapeutica si applica a tutti i pazienti, con attaccamenti insicuri e sicuri, ed a tutte le forme di psicoterapia. In un recente studio di neuroimaging, Tschacher, Schildt, & Sander (2010) sostengono che "la ricerca in psicoterapia non riguarda più l'efficacia, ma piuttosto il modo in cui avviene il cambiamento efficace" (pagina 578). I cambiamenti mediati dalla psicoterapia orientata affettivamente e orientata alla relazione sono impressi nel cervello destro, che è dominante per l'elaborazione olistica, implicita e non verbale delle informazioni emotive e delle interazioni sociali (Decety & Lamm, 2007; Hecht, 2014; Schore, 2012; Semrud-Clikeman, Fine, & Zhu, 2011). Il cervello destro è centralmente coinvolto nell'affettività implicita, definita come "differenze individuali nell'attivazione automatica delle rappresentazioni cognitive di emozioni che non derivano dalla riflessione su di sé" (Quirin, Kazen, Rohrmann, & Kuhl, 2009, pagina 4012). Predomina anche sull'emisfero sinistro nell'affrontare e assimilare nuove situazioni ma anche per la resilienza emotiva (vedi Schore, 2012). Queste funzioni adattive sono mobilitate nei processi di cambiamento della psicoterapia.

Il trattamento a lungo termine consente l'evoluzione di strutture psichiche più complesse, che sono a loro volta in grado di svolgere le più complesse funzioni del cervello destro (ad es., intersoggettività, empatia, tolleranza emotiva, regolazione dello stress, umorismo, amore reciproco ed intimità). L'ambiente relazionale facilitante la crescita in una profonda esplorazione terapeutica della mente relazionale-emozionale inconscia può indurre plasticità in entrambi i sistemi corticale e sottocorticale del cervello destro del paziente. Questa aumentata connettività a sua volta genera uno sviluppo più complesso del substrato biologico lateralizzato a destra dell'inconscio umano, comprese le alterazioni del modello operativo interno del paziente, che codifica per strategie di coping più efficaci di regolazione implicita degli affetti e quindi per l'alternarsi adattivo e flessibile degli stati del sé nei diversi contesti relazionali. Questo meccanismo neurobiologico interpersonale è alla base dell'affermazione di Jordan secondo cui "le persone crescono attraverso e verso le relazioni per tutta la loro vita" (Jordan, 2000, p.1007).

L'aspetto intrinsecamente relazionale della teoria della regolazione fornisce inoltre un modello dei cambiamenti reciproci nel cervello destro del clinico che derivano dal lavorare ripetutamente con i processi terapeutici (Schore, 2012). Ci si ricordi la caratterizzazione dell'APA delle competenze cliniche come "abilità interpersonali", espresse in "codifica e decodifica verbale e risposte non verbali" e "rispondenza empatica alle esperienze esplicite ed implicite del paziente". Con esperienza clinica (le proverbiali "10.000 ore"), gli psicoterapeuti di tutte le scuole possono potenzialmente diventare esperti nei processi intersoggettivi non verbali ed in conoscenze relazionali implicite, che migliorano l'efficacia terapeutica. La crescita professionale del clinico riflette il progredire nei processi relazionali del cervello destro che sono alla base competenze cliniche, compresa l'empatia affettiva (Decety & Chaminade, 2003; Schore, 1994), la capacità di tollerare e regolare in modo interattivo un'ampia gamma di stati affettivi negativi e positivi (Schore, 2003b, 2012), implicita apertura all'esperienza (DeYoung, Grazioplene, & Peterson, 2012), intuizione clinica (Marks-Tarlow, 2012; Schore, 2012) e creatività

la ricerca in psicoterapia non riguarda non solo l'efficacia, ma piuttosto il modo in cui avviene il cambiamento efficace

L'aspetto intrinsecamente relazionale della teoria della regolazione degli affetti fornisce un modello dei cambiamenti reciproci nel cervello destro del clinico che derivano dal lavorare ripetutamente con i processi terapeutici.....

Con esperienza clinica (le proverbiali "10.000 ore" - le abilità interpersonali dell'APA - , gli psicoterapeuti di tutte le scuole possono potenzialmente diventare esperti nei processi intersoggettivi non verbali ed in conoscenze relazionali implicite, che migliorano l'efficacia terapeutica.

(Asari et al., 2008; Mihov, Denzler, e Forster, 2010). In una recente review completa della ricerca sulla lateralizzazione Hecht (2014) afferma-

Crescenti evidenze suggeriscono che l'emisfero destro ha un relativo vantaggio sull'emisfero sinistro nel mediare l'intelligenza sociale - identificare gli stimoli sociali, comprendere le intenzioni di altre persone, consapevolezza delle dinamiche nelle relazioni sociali e successo gestione delle interazioni sociali. (p. 1)

Io direi che l'esperienza clinica migliora l'"intelligenza sociale" del cervello destro del terapeuta.

La teoria della regolazione propone che le competenze cliniche di base di qualsiasi la psicoterapia efficace siano le capacità implicite dell'emisfero destro, inclusa l'abilità di recepire ed esprimere empaticamente comunicazioni non verbali, la capacità di registrare in maniera sensibile cambiamenti molto lievi nell'espressione e nell'emotività dell'altro, un'immediata consapevolezza della propria esperienza soggettiva e intersoggettiva, e la regolazione dell'affetti propri e del paziente. Tutte le tecniche si collocano sopra a questo substrato relazionale. Come Valentine e Gabbard (2014) hanno affermato eloquentemente: "La tecnica, generalmente, dovrebbe essere invisibile. Il terapeuta dovrebbe essere visto dal paziente come impegnato in una naturale conversazione colloquiale che nasce dalle preoccupazioni del paziente; il terapeuta non dovrebbe essere percepito come attuttore di una tecnica forzata e formale" (p. 60). Nel corso del trattamento, in una serie di scambi clinici emotivamente carichi, il terapeuta empatico accede in modo flessibile ad un deposito di esperienze affettive acquisite nel corso della sua carriera. Una prospettiva relazionale di sviluppo professionale impone che lo psicoterapeuta in continua evoluzione rifletta spesso sulle esperienze soggettive di essere con i pazienti, includendo non solo le personalità uniche dei pazienti, ma anche la loro coscienza ed in particolare inconscia co-partecipazione intersoggettiva nel processo terapeutico.

Per essere efficace in modo ottimale nel trattamento dei deficit di regolazione e relazionali dei disturbi psichiatrici e di personalità, il clinico esperto impara come accedere in modo fluido non solo alla mente cosciente lateralizzata a sinistra ed al sé esplicito del paziente, ma anche in modo più importante alla mente inconscia lateralizzata a destra ed al sé implicito, basato sul corpo, del paziente. Questo principio si applica ai modelli di psicologia clinica sia di valutazione che di trattamento. È interessante notare che, contrariamente ai questionari verbali che misurano funzioni esplicite, i test proiettivi, come il Rorschach e il Thematic Apperception Test attingano direttamente alle funzioni implicite del cervello destro (Asari et al., 2008; Hiraishi et al., 2013). Infatti Finn (2012) applica la teoria della regolazione alle valutazioni del Rorschach dei fallimenti del cervello destro nell'attaccamento (vedi anche l'uso dell'Adult Attachment Projective Picture System in Finn, 2011; e l'Operant Motive Test di Quirin, Gruber, Kuhl, & Dusing, 2013).

Inoltre, la conoscenza esplicita acquisita dallo psicologo dallo studio della crescente mole di ricerca interdisciplinare clinicamente rilevante è essenziale per la crescita professionale. I miei studi in corso indicano che l'attuale rapida espansione di informazioni su primo sviluppo socio-emotivo, attaccamento, trauma relazionale, processi inconsci e sviluppo delle funzioni cerebrali ha rilevanza diretta per i modelli clinici di cambiamento psicoterapeutico. La conoscenza in espansione delle discipline biologiche e mediche che confinano con la psicologia deve essere incorporata ed in tal modo aggiornare il nostro curriculum professionale, la formazione ed i programmi di tirocinio, dove può promuovere abilità relazionali e terapeutiche più efficaci.

La pratica della psicoterapia non consiste solo nell'insegnare esplicitamente al paziente abilità di coping. E', piuttosto, fondamentalmente relazionale: l'alleanza terapeutica, il principale vettore di cambiamento è, in sostanza, un sistema a due persone per l'esplorazione di sé (implicita) e per la guarigione relazionale.

In ogni frangente della vita, questa crescita emozionale del sé che sostiene il benessere emotivo è facilitata nei contesti relazionali, come descritto sopra. L'importanza del "contesto" è attualmente evidenziata da

Secondo la teoria della regolazione le competenze cliniche di base di qualsiasi la psicoterapia efficace sono le capacità implicite dell'emisfero destro, di esprimere empaticamente comunicazioni non verbali, la capacità di registrare in maniera sensibile cambiamenti molto lievi nell'espressione e nell'emotività dell'altro, un'immediata consapevolezza della propria esperienza soggettiva e intersoggettiva, e la regolazione dell'affetti propri e del paziente. Tutte le tecniche si collocano sopra a questo substrato relazionale.

Lo psicoterapeuta deve riflettere sulle esperienze soggettive di essere con i pazienti, includendo le personalità uniche dei pazienti, ...la loro coscienza ed in particolare inconscia co-partecipazione intersoggettiva nel processo terapeutico.

La pratica della psicoterapia è fondamentalmente relazionale: l'alleanza terapeutica, il principale vettore di cambiamento è, in sostanza, un sistema a due persone per l'esplorazione di sé (implicita) e per la guarigione relazionale.

tutte le discipline scientifiche e cliniche. Per la maggior parte del secolo scorso, la scienza ha equiparato il contesto con l'ambiente fisico intorno all'organismo; oggi si considera piuttosto l'ambiente sociale, relazionale. Tutte le interazioni umane, comprese quelle tra terapeuta e paziente, nonché tra ricercatore e soggetto sperimentale si verificano all'interno di un contesto relazionale, nel quale le comunicazioni essenziali non verbali vengono trasmesse a livelli al di sotto della consapevolezza cosciente, attivando/disattivando così processi basici di omeostasi in entrambi i membri della diade intersoggettiva.

Questa comunicazione reciproca tra l'inconscio relazionale di entrambi i membri dell'alleanza terapeutica è descritto da Casement (1985): "È comune per i terapeuti vedersi alla ricerca di comprendere l'inconscio del paziente. Non sempre viene riconosciuto però che anche il paziente legge l'inconscio del terapeuta, consapevolmente o inconsapevolmente" (p.3). L'onnipresente espressione dell'inconscio relazionale nell'alleanza terapeutica sostiene fortemente i modelli di psicoterapia psicodinamica, interpersonale, oltre ad amplificare l'appello di Sigmund di Freud per un cambio di paradigma a favore dell'esplorazione scientifica dell'inconscio nella vita di tutti i giorni.

All'inizio di questo lavoro ho suggerito un cambio di paradigma sta avvenendo ora in un certo numero di discipline, dalla cognizione cosciente del cervello sinistro alle funzioni inconsce relazionali emozionali del cervello destro. Scrivendo nella letteratura neuropsicoanalitica su "Emozioni, processi inconsci e l'emisfero destro" Gainotti (2005) conclude –

L'emisfero destro serve al livello "schematico" inferiore (dove le emozioni vengono automaticamente generate ed esperite come "vere emozioni") mentre l'emisfero sinistro al più alto livello "concettuale" (dove le emozioni vengono coscientemente analizzate e sottoposte al controllo intenzionale). (Pag. 71)

Nella sua magistrale review della ricerca sulla lateralizzazione cerebrale, Iain McGilchrist (2009) afferma –

Se ciò che si intende per coscienza è la parte della mente che mette il mondo a fuoco, lo rende esplicito, lo rende formulabile tramite il linguaggio, ed è consapevole della propria consapevolezza, è ragionevole collegare la mente conscia a quell'attività la cui quasi totalità avviene nell'emisfero sinistro. (p. 188)

D'altro canto –

L'emisfero destro, al contrario, produce un mondo di esseri viventi, incarnati, impliciti, interconnessi, in evoluzione, in mutamento, nel contesto del mondo vissuto, ma nella natura delle cose mai pienamente comprensibili, sempre conosciute imperfettamente - e a questo mondo esiste in una relazione di cura. (p. 174)

La psicoterapia, "una relazione di cura", può alterare più della mente conscia lateralizzata a sinistra; può anche influenzare la crescita e lo sviluppo della "mente destra" inconscia. È senza dubbio vero che entrambi gli emisferi cerebrali contribuiscono all'efficacia del trattamento terapeutico, ma alla luce dell'attuale tendenza relazionale che enfatizza "il primato dell'affetto", il cervello destro, il cervello "emotivo", "sociale" è dominante in tutte le forme di psicoterapia.

La psicoterapia, "una relazione di cura", può alterare (assai) più della mente conscia lateralizzata a sinistra; può influenzare la crescita e lo sviluppo della "mente destra" inconscia.

Bibliografia

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285. doi:10.1037/0003-066X.61.4.271

Aron, L. (1998). The clinical body and the reflexive mind. In L. Aron & F. Sommer Anderson (Ed.), *Relational perspectives on the body*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, pp. 3–37.

Asari, T., Konishi, S., Jimura, K., Chikazoe, J., Nakamura, N., & Miyashita, Y. (2008). Right temporopolar activation associated with unique perception. *Neuroimage*, 41, 145–152. doi:10.1016/j.neuroimage.2008.01.059

- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M., & Stiles, W. (2008). Alliance rupture resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, 18, 699–710. doi:10.1080/10503300802291463
- Borgogno, F., & Vigna-Taglianti, M. (2008). Role-reversal: A somewhat neglected mirror of heritages of the past. *The American Journal of Psychoanalysis*, 68, 313–324. doi:10.1057/ajp.2008.31
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Vol. 1: Attachment. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base* (2nd ed.). New York, NY: Basic Books.
- Brancucci, A., Lucci, G., Mazzatenta, A., & Tommasi, L. (2009). Asymmetries of the human social brain in the visual, auditory and chemical modalities. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 364, 895–914. doi:10.1098/rstb.2008.0279
- Bromberg, P. M. (2011). *The shadow of the tsunami and the growth of the relational mind*. New York, NY: Routledge.
- Bucci, W. (2002). The referential process, consciousness, and the sense of self. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 766–793. doi:10.1080/07351692209349017
- Carretié, L., Hinojosa, J. A., Mercado, F., & Tapia, M. (2005). Cortical response to subjectively unconscious danger. *Neuroimage*, 24, 615–623. doi:10.1016/j.neuroimage.2004.09.009
- Casement, P. (1985). *Learning from the patient*. New York, NY: Guilford Press.
- Chapman, L. (2014). *Neurobiologically informed trauma therapy with children and adolescents. Understanding mechanisms of change*. New York, NY: Norton.
- Chused, J. F. (2007). Nonverbal communication in psychoanalysis: Commentary on Harrison and Tronick. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55, 875–882. doi:10.1177/00030651070550030401
- Decety, J., & Chaminade, T. (2003). When the self represents the other: A new cognitive neuroscience view on psychological identification. *Consciousness and Cognition*, 12, 577–596. doi:10.1016/S1053-8100(03)00076-X
- Decety, J., & Lamm, C. (2007). The role of the right temporoparietal junction in social interaction: How low-level computational processes contribute to meta-cognition. *The Neuroscientist*, 13, 580–593. doi:10.1177/1073858407304654
- Derryberry, D., & Tucker, D. M. (1994). Motivating the focus of attention. In P. M. Niedentahl & S. Kiyayama (Eds.), *The heart's eye: Emotional influences in perception and attention* (pp. 167–196). San Diego, CA: Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-410560-7.50014-4
- Devinsky, O. (2000). Right cerebral hemisphere dominance for a sense of corporeal and emotional self. *Epilepsy and Behavior*, 1, 60–73. doi:10.1006/ebeh.2000.0025
- DeYoung, C. G., Grazioplene, R. G., & Peterson, J. B. (2012). From madness to genius: The openness/Intellect trait domain as a paradoxical simplex. *Journal of Research in Personality*, 46, 63–78. doi:10.1016/j.jrp.2011.12.003
- Dorpat, T. L. (2001). Primary process communication. *Psychoanalytic Inquiry*, 21, 448–463. doi:10.1080/07351692109348946
- Finn, S. E. (2011). Use of the Adult Attachment Projective Picture System (AAP) in the middle of long-term psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 93, 427–433. doi:10.1080/00223891.2011.595744
- Finn, S. E. (2012). 2011 Bruno Klopfer Distinguished Contribution Award. Implications of recent research in neurobiology for psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 5, 440–449.
- Freud, S. (1912). *Recommendations to physicians practicing psychoanalysis* (Standard Edition, Vol. 12). London: Hogarth Press, 1957.
- Freud, S. (1915). *The unconscious*. (Standard Edition, Vol. 14). London: Hogarth Press, 1957.
- Gainotti, G. (2005). Emotions, unconscious processes, and the right hemisphere. *Neuro-psychoanalysis*, 7, 71–81.
- Gainotti, G. (2006). Unconscious emotional memories and the right hemisphere. In M. Mancini (Ed.), *Psychoanalysis and neuroscience* (pp. 151–173). Milan: Springer Milan. doi:10.1007/88-470-0550-7_6
- Gainotti, G. (2012). Unconscious processing of emotions and the right hemisphere. *Neuropsychologia*, 50, 205–218. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2011.12.005
- Greenberg, L. S. (2007). Emotion coming of age. *Clinical Psychology Science and Practice*, 14, 414 – 421. doi:10.1111/j.1468-2850.2007.00101.x

Hecht, D. (2014). Cerebral lateralization of pro- and anti-social tendencies. *Experimental Neurobiology*, 23, 1–27.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York, NY: Basic Books.

Hiraishi, H., Haida, M., Matsumoto, M., Hayakawa, N., Inomata, S., & Matsumoto, H. (2012). Differences of prefrontal cortex activity between picture-based personality tests: A near-infrared spectroscopy study. *Journal of Personality Assessment*, 94, 366–371. doi:10.1080/00223891.2012.666597

Jordan, J. V. (2000). The role of mutual empathy in relational/cultural therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1005–1016. doi:10.1002/1097-4679(200008)56:8:1005::AID-JCLP2.3.0.CO;2-L

Joseph, R. (1992). *The right brain and the unconscious*. New York, NY: Plenum Press. doi:10.1007/978-1-4899-5996-6

Keenan, J. P., Rubio, J., Racioppi, C., Johnson, A., & Barnacz, A. (2005). The right hemisphere and the dark side of consciousness. *Cortex*, 41, 695–704. doi:10.1016/S0010-9452(08)70286-7

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York, NY: International Universities Press.

Kuchinke, L., Jacobs, A. M., Vo, M. L. H., Conrad, M., Grubich, C., & Hermann, M. (2006). Modulation of prefrontal cortex by emotional words in recognition memory. *Neuroreport*, 17, 1037–1041. doi:10.1097/01.wnr.0000221838.27879.fe

Kuhl, J., & Kazen, M. (2008). Motivation, affect, and hemispheric asymmetry: Power versus affiliation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 456–469. doi:10.1037/0022-3514.95.2.456

Lyons-Ruth, K. (2000). "I sense that you sense that I sense . . .": Sander's recognition process and the specificity of relational moves in the psychotherapeutic setting. *Infant Mental Health Journal*, 21, 85–98. doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(200001/04)21:1/2.85::AID-IMHJ10.3.0.CO;2-F

MacNeilage, P. F., Rogers, L., & Vallortigara, G. (2009). Origins of the left and right brain. *Scientific American*, 301, 60–67. doi:10.1038/scientificamerican0709-60

Mancia, M. (2006). Implicit memory and early unrepressed unconscious: Their role in the therapeutic process (How the neurosciences can contribute to psychoanalysis). *The International Journal of Psychoanalysis*, 87, 83–103.

Markowitsch, H. J., Reinkemeier, A., Kessler, J., Koyuncu, A., & Heiss, W. D. (2000). Right amygdalar and temperofrontal activation during autobiographical, but not fictitious memory retrieval. *Behavioral Neurology*, 12, 181–190. doi:10.1155/2000/303651

Marks-Tarlow, T. (2012). *Clinical intuition in psychotherapy: The neurobiology of embodied response*. New York, NY: Norton.

Maroda, K. J. (2005). Show some emotion: Completing the cycle of affective communication. In L. Aron & A. Harris (Eds.), *Revolutionary connections. relational psychoanalysis. Vol. II. Innovation and expansion* (pp. 121–142). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Meares, R. (2005). *The metaphor of play: Origin and breakdown of personal being* (3rd ed.). London: Routledge.

Meares, R. (2012). *A dissociation model of borderline personality disorder*. New York, NY: Norton.

McGilchrist, I. (2009). *The master and his emissary*. New Haven, CT: Yale University Press.

Mihov, K. M., Denzler, M., & Forster, J. (2010). Hemispheric specialization and creative thinking: A meta-analytic review of lateralization of creativity. *Brain and Cognition*, 72, 442–448. doi:10.1016/j.bandc.2009.12.007

Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Mlot, C. (1998). Probing the biology of emotion. *Science*, 280, 1005–1007. doi:10.1126/science.280.5366.1005

Mohaupt, H., Holgersen, H., Binder, P.-E., & Nielsen, G. H. (2006). Affect consciousness or mentalization? A comparison of two concepts with regard to affect development and affect regulation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 237–244. doi:10.1111/j.1467-9450.2006.00513.x

Mohr, C., Rowe, A. C., & Crawford, M. T. (2008). Hemispheric differences in the processing of attachment words. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 30, 1–480.

Montgomery, A. (2013). *Neurobiology essentials for clinicians: What every therapist needs to know*. New York, NY: Norton.

- Ogden, P., Pain, C., Minton, K., & Fisher, J. (2005). Including the body in mainstream psychotherapy for traumatized individuals. *Psychologist Psychoanalyst*, 25, 19–24.
- Ornstein, R. O. (1997). *The right mind. Making sense of the hemispheres*. New York, NY: Harcourt Brace.
- Palombo, J., Bendicson, H. K., & Koch, B. J. (2009). *Guide to psychoanalytic developmental theories*. New York, NY: Springer.
- Pincus, D., Freeman, W., & Modell, A. (2007). A neurobiological model of perception: Considerations for transference. *Psychoanalytic Psychology*, 24, 623–640. doi:10.1037/0736-9735.24.4.623
- Quirin, M., Kazen, M., Rohrmann, S., & Kuhl, J. (2009). Implicit but not explicit affectivity predicts circadian and reactive cortisol: Using the implicit positive and negative affect test. *Journal of Personality*, 77, 401–426. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00552.x
- Quirin, M., Gruber, T., Kuhl, J., & Dusing, R. (2013). Is love right? Prefrontal resting brain asymmetry is related to the affiliation motive. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 1–11.
- Quirin, M., Meyer, F., Heise, N., Kuhl, J., Kustermann, E., Struber, D., & Cacioppo, J. T. (2013). Neural correlates of social motivation: An fMRI study on power versus affiliation. *International Journal of Psychophysiology*, 88, 289–295. doi:10.1016/j.ijpsycho.2012.07.003
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. New York, NY: International Universities Press.
- Ross, E. D., & Monnot, M. (2008). Neurology of affective prosody and its functional-anatomic organization in right hemisphere. *Brain and Language*, 104, 51–74. doi:10.1016/j.bandl.2007.04.007
- Sato, W., & Aoki, S. (2006). Right hemisphere dominance in processing unconscious emotion. *Brain and Cognition*, 62, 261–266. doi:10.1016/j.bandc.2006.06.006
- Scaer, R. (2005). *The trauma spectrum: Hidden wounds and human resiliency*. New York, NY: Norton.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Schore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59–87. doi: 10.1017/S0954579400006970
- Schore, A. N. (2001). The effects of relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201–269. doi:10.1002/1097-0355(200101/04)22:1.201::AID-IMHJ8.3.0.CO;2-9
- Schore, A. N. (2003a). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York, NY: Norton.
- Schore, A. N. (2003b). *Affect regulation and the repair of the self*. New York, NY: Norton.
- Schore, A. N. (2009, August 8). The paradigm shift: The right brain and the relational unconscious. Invited plenary address to the American Psychological Association 2009 Convention, Toronto, Canada. Retrieved from <http://www.allanschore.com/pdf/SchoreAPAPlenaryFinal09.pdf>
- Schore, A. N. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. New York, NY: Norton.
- Schore, A. N. (2013). Regulation theory and the early assessment of attachment and autistic spectrum disorders: A response to Voran's clinical case. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 12, 164–189. doi:10.1080/15289168.2013.822741
- Schore, J. R. (2012). Using concepts from interpersonal neurobiology in revisiting psychodynamic theory. *Smith College Studies in Social Work*, 82, 90–111. doi:10.1080/00377317.2012.644494
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9–20. doi:10.1007/s10615-007-0111-7
- Semrud-Clikeman, M., Fine, J. G., & Zhu, D. C. (2011). The role of the right hemisphere for processing of social interactions in normal adults using functional magnetic resonance imaging. *Neuropsychobiology*, 64, 47–51. doi:10.1159/000325075
- Shuren, J. E., & Grafman, J. (2002). The neurology of reasoning. *Archives of Neurology*, 59, 916–919. doi:10.1001/archneur.59.6.916
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York, NY: WW Norton.
- Tschacher, W., Schildt, M., & Sander, K. (2010). Brain connectivity in listening to affective stimuli: A functional magnetic resonance imaging (fMRI) study and implications for psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20, 576–588. doi:10.1080/10503307.2010.493538

Tucker, D. M., & Moller, L. (2007). The metamorphosis. Individuation of the adolescent brain. In D. Romer & E. F. Walker (Eds.), *Adolescent psychopathology and the developing brain* (pp. 85–102). Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780195306255.003.0004

Valentine, L., & Gabbard, G. O. (2014). Can the use of humor in psychotherapy be taught? *Academic Psychiatry*, 38, 75–81. doi:10.1007/s40596-013-0018-2

van Lancker, D., & Cummings, J. L. (1999). Expletives: Neurolinguistic and neurobehavioral perspectives on swearing. *Brain Research Reviews*, 31, 83–104. doi:10.1016/S0165-0173(99)00060-0

van Lancker Sidtis, D. (2006). Where in the brain is nonliteral language? *Metaphor and Symbol*, 21, 213–244.

Watt, D. F. (2003). Psychotherapy in an age of neuroscience: Bridges to affective neuroscience. In J. Corrigan & H. Wilkinson (Eds.), *Revolutionary connections: Psychotherapy and neuroscience* (pp. 79–115). London: Karnac.

Whitehead, C. C. (2006). Neo-psychoanalysis: A paradigm for the 21st century. *Journal of the Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 34, 603–627. doi:10.1521/jaap.2006.34.4.603

Wittling, W., & Roschmann, R. (1993). Emotion-related hemisphere asymmetry: Subjective emotional responses to laterally presented films. *Cortex*, 29, 431–448. doi:10.1016/S0010-9452(13)80252-3

Richard D. Lane Lee Ryan Lynn Nadel, L.Greenberg

Processi integrativi della memoria ed emotività: il processo di cambiamento nella psicoterapia, nuove conoscenze derivate dalle neuroscienze

Traduzione a cura di Cristiana Gagliardone

Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New Insights from brain science, *Behav. Brain Sci.*, 38: (2015), e 1doi: 10.1017/S0140525X14000041.

Abstract: Since Freud, clinicians have understood that disturbing memories contribute to psychopathology and that new emotional experiences contribute to therapeutic change. Yet, controversy remains about what is truly essential to bring about psychotherapeutic change. Mounting evidence from empirical studies suggests that emotional arousal is a key ingredient in therapeutic change in many modalities. In addition, memory seems to play an important role but there is a lack of consensus on the role of understanding what happened in the past in bringing about therapeutic change. The core idea of this paper is that therapeutic change in a variety of modalities, including behavioral therapy, cognitive-behavioral therapy, emotion-focused therapy, and psychodynamic psychotherapy, results from the updating of prior emotional memories through a process of reconsolidation that incorporates new emotional experiences. We present an integrated memory model with three interactive components – autobiographical (event) memories, semantic structures, and emotional responses – supported by emerging evidence from cognitive neuroscience on implicit and explicit emotion, implicit and explicit memory, emotion-memory interactions, memory reconsolidation, and the relationship between autobiographical and semantic memory. We propose that the essential ingredients of therapeutic change include: (1) reactivating old memories; (2) engaging in new emotional experiences that are incorporated into these reactivated memories via the process of reconsolidation; and (3) reinforcing the integrated memory structure by practicing a new way of behaving and experiencing the world in a variety of contexts. The implications of this new, neurobiologically grounded synthesis for research, clinical practice, and teaching are discussed.

Keywords: change processes; emotion; implicit processes; memory; neuroscience; psychotherapy; reconsolidation

1. Introduzione

L'era moderna della psicoterapia ebbe probabilmente inizio con gli Studi sull'Isteria di Breuer e Freud (1895/1955). In quel fondamentale lavoro, Breuer e Freud ipotizzavano che l'incapacità di esprimere emozioni al momento del trauma fosse la causa dell'isteria (oggi chiamata disturbo conversivo). Essi suggerivano che la chiave per il trattamento fosse l'abreazione emotiva, o la catarsi. Breuer e Freud ritenevano che i sintomi sarebbero scomparsi una volta che le emozioni non espresse diventavano consapevoli e venivano rivissute,

In linea con la tradizione psicoanalitica, Freud ha sottolineato l'importanza di ricordare e comprendere il passato, mentre Ferenczi si è allontanato da Freud sottolineando l'importanza della stimolazione emotiva nella

Nella tradizione psicoanalitica, Freud sosteneva l'importanza di ricordare e comprendere il passato, mentre Ferenczi sottolineava l'importanza della attivazione emotiva in psicoterapia. Sulla sua linea, Alexander e French proposero che l'esperienza emotiva correttiva fosse il fattore terapeutico fondamentale. Il che significava riesporre il paziente, in circostanze più favorevoli, a situazioni emotive che non poteva gestire in passato.

psicoterapia (Rachman 2007). L'approccio di Ferenczi è diventato la base della tradizione umanistica avviata da Carl Rogers e Fredrick Perls (Kramer, 1995). All'interno della psicoanalisi, tuttavia, l'importanza terapeutica dell'emozione è stata ulteriormente raffinata da Alexander e French (1946), che proposero che "l'esperienza emozionale correttiva" fosse il principio terapeutico fondamentale di tutta la "psicoterapia eziologica". Nella loro definizione si sosteneva di dover "riesporre il paziente, in circostanze più favorevoli, a situazioni emotive che non era riuscito a gestire in passato. "Il paziente, per essere aiutato, deve vivere un'esperienza emozionale correttiva idonea a riparare l'influenza traumatica delle esperienze precedenti" (Alexander & French 1946). Inoltre essi sottolineavano come "la comprensione razionale da sola non è sufficiente". L'integrità e l'affidabilità delle prove delle teorie di Freud continuano ad essere oggetto di un acceso dibattito (Erdelyi 2006, Esterson 2002, Gleaves & Hernandez 1999, McNally 2005). La ricerca mostra come la catarsi emozionale da sola (ad esempio, prendere a pugni un cuscino) non riesca ad attenuare o a mettere a tacere un'emozione, ma conduca piuttosto ad una sua intensificazione (Bushman 2002).

Tuttavia, col tempo è stato dimostrato quanto sia importante indurre la stimolazione emotiva come processo che può portare ad un cambiamento terapeutico. Jerome Frank (1974a) afferma che l'eccitazione emotiva è stata un elemento chiave per il successo della psicoterapia.

Gli psicoanalisti moderni sostengono che il rievocare e risolvere i conflitti emotivi di base nel rapporto di transfert sia effettivamente la modalità più efficace rispetto ad altre tecniche (Luborsky 1984) e questo mette in evidenza la superiorità della psicoterapia psicodinamica (Leichsenring & Rabung 2008; Shedler 2010).

Nella terapia comportamentale (BT), nella terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e nella terapia focalizzata sull'emozione (EFT), l'emozione gioca un ruolo centrale per il cambiamento. Nella terapia comportamentale (BT) per i disturbi d'ansia, l'attivazione dell'emotività durante le sedute è un predittore del successo della terapia (Foa & Kozak 1986). La CBT ipotizza che la sofferenza emotiva sia la conseguenza di pensieri maladattivi. Pertanto l'obiettivo di questi interventi clinici è quello di esaminare e riformulare i pensieri maladattivi per stabilire pattern di pensiero più adattivi e fornire capacità di coping utili ad affrontare in modo più efficace le situazioni stressanti (Dobson 2009). Suscitare risposte emotive attraverso giochi di ruolo, immaginazione ed esercizi pratici è la chiave per l'identificazione e la riformulazione di questi pensieri maladattivi. Il recupero è facilitato da attività che incoraggiano l'impegno di importanti strutture cognitive patologiche in un contesto che fornisca anche informazioni contrastanti rispetto alle convinzioni pre-esistenti. Nella tradizione umanistica, la ricerca sull'EFT ha anche dimostrato che l'intensità della stimolazione emotiva è predittore del successo terapeutico (Missirlian et al., 2005).

Si può di conseguenza concludere che esiste qualcosa che, combinando l'attivazione delle emozioni con la trasformazione di quelle emozioni, contribuisca al cambiamento terapeutico, ma non sono ancora chiare quali specificità di quell'emozione effettivamente portino al cambiamento.

La psicoterapia esplorativa attribuisce molta importanza al ricordo delle esperienze passate. Si pensa che riconsiderare in modo nuovo le esperienze passate contribuisca al cambiamento psicoterapeutico (Brenner 1973). Tuttavia vi sono controversie tra le varie modalità terapeutiche riguardo all'importanza della comprensione di quanto accaduto in passato.

Un punto di vista alternativo è che il passato eserciti chiaramente un'influenza importante sull'interpretazione delle circostanze attuali, ma che ciò che è importante cambiare siano i costrutti attuali per adattarli in modo più preciso alle circostanze del presente e non a quelle passate (Lambert et al., 2004). Per esempio, la terapia emotiva sul comportamento razionale di Ellis (1962) sottolinea come i sintomi del disturbo nascano da sistemi di convinzioni irrazionali sviluppate a seguito di esperienze ed eventi passati che hanno scatenato forti emozioni

il passato esercita un'influenza importante sull'interpretazione delle circostanze attuali. Ma occorre tenere presente che con il passare del tempo invece di rimanere fedeli registrazioni di eventi trascorsi, le memorie vengono aggiornate e ricodificate attraverso un processo indicato come *riconsolidamento della memoria*

negative. Pertanto, secondo Ellis ed altri, nelle terapie BT (Eysenck 1960, Foa & Kozak 1986), CBT (Beck 1979; Rachman 1997; 1980) e EFT tradizionali (Greenberg 2010), comprendere davvero quali esperienze durante lo sviluppo abbiano contribuito all'attuale modo di vedere il mondo potrebbe non essere così necessario per riuscire ad apportare dei cambiamenti.

Quest'ultima considerazione diventa particolarmente importante quando si considera che i ricordi del passato non sono probabilmente racconti attendibili dell'evento originale (Heider 1988), ma vengono sottoposti a rivisitazione con la tendenza alla ripetizione di alcune dinamiche e con il passare del tempo (Neisser 1981, Neisser & Harsch 1992, Talarico & Rubin 2003), in particolar modo per quanto concerne gli aspetti autobiografici (Bergman & Roediger 1999; Coluccia et al. 2006; Nadel et al., 2007; Ost et al., 2002). Invece di restare fedeli alla memoria degli eventi passati, i ricordi vengono aggiornati e ricodificati attraverso un processo denominato "riconsolidamento della memoria" (si veda Hardt et al. 2010 per uno studio recente). Perciò è necessario definire in modo più preciso come i processi della memoria contribuiscano al cambiamento terapeutico e chiariscano come questi interagiscono con i processi emotivi.

In questo articolo suggeriamo che questo cambiamento si verifica con l'attivazione di vecchi ricordi e di emozioni ad essi associate e con l'introduzione di nuove esperienze emotive durante la terapia, che permette di integrare, attraverso il riconsolidamento, nuovi elementi in quella traccia mnemonica. Inoltre, il cambiamento si estenderà al punto da portare questo processo di reintegrazione in una vasta gamma di ambienti e contesti.

Kazdin, ad esempio, ha dichiarato: "Dopo decenni di ricerca in psicoterapia, non possiamo ancora fornire una spiegazione basata sulle prove sul come o sul perché i nostri interventi meglio studiati producano cambiamenti, ovvero su quale/i meccanismo/i facciano la differenza all'interno dei trattamenti" (Kazdin 2006, p. 1).

Proponiamo un modello di memoria integrata con tre componenti associative - memorie autobiografiche (dell'evento), strutture semantiche e risposte emotive - che sono indissolubilmente legate tra loro e che, se combinate, portano a comportamenti talvolta maladattivi.

Questa struttura della memoria è simile alle precedenti formulazioni relative alla "struttura della paura" di Foa e colleghi (Foa et al., 1989), ma viene qui applicata in modo più ampio e, soprattutto, si basa su recenti prove neurobiologiche che forniscono una base per capire come la struttura della memoria cambi attraverso la psicoterapia.

In breve sosteniamo che, in linea di massima, i cambiamenti clinici si verificano attraverso il processo di riconsolidamento della memoria. Durante la terapia, ai pazienti viene abitualmente richiesto di provare emozioni forti, suscitate dal ricordo di un evento passato o da un altro stimolo indotto. Attivando vecchi ricordi, e le risposte emotive ad essi associate, si possono incorporare nuovi elementi emotivi nella traccia della memoria stessa. L'esperienza correttiva si verifica in un nuovo contesto, quello della terapia, che può anche essere integrata nel vecchio ricordo attraverso i processi di riattivazione, ricodifica e riconsolidamento. Inoltre, prove recenti suggeriscono che i ricordi degli eventi e le strutture semantiche siano interattivi (si veda Ryan et al., 2008b).

Aggiornando i ricordi degli eventi passati attraverso nuove esperienze, cambiano anche la conoscenza e le regole provenienti dalle esperienze precedenti. Verranno quindi a svilupparsi nuove strutture semantiche, regole e schemi, che porteranno a metodi più adattivi per interpretare gli eventi e che, a loro volta, genereranno risposte emotive più appropriate. Il cambiamento avverrà nella misura in cui questo processo di riconsolidamento avrà luogo in vari contesti, permettendo l'estensione della struttura di memoria/struttura semantica di nuova formazione a situazioni e ambienti differenti. È importante sapere che discuteremo di come in psicoterapia il cambiamento non sia semplicemente il risultato della formazione di nuove tracce mnestiche o di nuove strutture semantiche. Infatti il riconsolidamento porta alla trasformazione di tutti i componenti della struttura della memoria, compreso il ricordo degli

In questo articolo, proponiamo che il cambiamento avvenga attivando vecchi ricordi e le loro emozioni associate e introducendo nuove esperienze emotive in terapia che consentano di incorporare nuovi elementi emotivi in quelle tracce di memoria attraverso il riconsolidamento. Proponiamo un modello di memoria integrato con tre componenti associative – memorie autobiografiche (eventi), strutture semantiche e risposte emotive – che sono indissolubilmente legate

Sosterremo anche che il cambiamento in psicoterapia non è semplicemente il risultato della formazione di una nuova traccia di memoria o dello sviluppo di nuove strutture semantiche. Al contrario, il riconsolidamento porta alla trasformazione di tutti i componenti della struttura di memoria, inclusa la memoria dell'evento originale

eventi originali. In questa prospettiva, la psicoterapia diventa un processo che non solo genera nuove esperienze o fornisce metodi per valutare nuove esperienze ma, attraverso il consolidamento della memoria e delle relative strutture cognitive, essa è anche in grado di cambiare regole e schemi derivanti da esperienze passate in modo fondamentale. Vi sono diversi approcci terapeutici che stanno adottando questo metodo tramite la formulazione esplicativa (Ecker et al., 2012; Greenberg 2010; Welling 2012).

Nelle sezioni che seguono, esamineremo la cognizione implicita e l'emozione implicita (sez. 2), il ruolo dei processi impliciti nella psicoterapia (sez. 3) e la prova che l'attivazione emotiva è un ingrediente fondamentale per il successo della psicoterapia (sez. 4). Ci concentreremo poi su diverse aree chiave di ricerca relative al modello di memoria integrata, tra cui le interazioni tra memoria, emozione e stress (sez. 5), la natura intrinsecamente dinamica della memoria (sez. 6), il fenomeno del consolidamento della memoria (sez. 7), e la relazione tra memoria autobiografica (esperienza personale) e memoria semantica (conoscenza generalizzabile) (sez. 8). Concluderemo con una discussione sulle implicazioni di questo nuovo modello di memoria integrata neurobiologicamente studiata per la pratica clinica, la ricerca futura e la formazione teorica (sez. 9).

2. L'emozione implicita e il trauma emotivo

Breuer e Freud (1895/1955) sostenevano che l'elemento patogeno critico dell'isteria fosse l'emozione repressa. Secondo il concetto di Janet di fine Ottocento (Van der Kolk & Van der Hart 1989), il trauma veniva concettualizzato come un'esperienza psicologicamente travolgente a seguito di un'attivazione troppo intensa dell'emotività e non come conseguenza di un evento che aveva messo il soggetto in pericolo di vita (come è specificato nell'attuale Manuale Diagnostico e Statistico [DSM-V] per il Disturbo Post-Traumatico da Stress [PTSD]) (American Psychiatric Association 2013). Essi ritenevano che al momento del trauma vi fosse la mancanza di un'espressione affettiva che manteneva poi per anni viva la memoria dell'evento traumatico.

Questa emozione doveva essere sperimentata, espressa e tradotta in parole in un contesto terapeutico. Questa concettualizzazione era coerente con il concetto freudiano di rappresentazione inconscia della mente, secondo la quale i contenuti mentali, comprese le emozioni, si troverebbero già pienamente formati nell'inconscio, ma sarebbe possibile renderli consci solo qualora le difese del paziente venissero eliminate o superate (Schimek 1975) e che quindi l'obiettivo della terapia sarebbe quello di "rendere cosciente l'inconscio" (Breuer & Freud 1895/1955, Freud 1923/1961).

Un secolo di ricerca ha modificato la nostra comprensione della rappresentazione mentale inconscia. Adesso sappiamo che i ricordi e le emozioni non risiedono nell'inconscio pienamente formato in attesa di essere svelato quando le forze della repressione vengano superate (Lane & Weihs 2010, Levine 2012). Contrariamente ad un modello dell'inconscio come calderone di impulsi e desideri proibiti, l'"inconscio adattivo" (Gazzaniga 1998) è concettualizzato come un vasto insieme di risorse di elaborazione che esegue calcoli complessi, valutazioni e risposte senza richiedere interventi o sforzi. Gran parte di questa elaborazione potrebbe non riguardare la consapevolezza cosciente, o meglio, la consapevolezza non sarebbe necessaria per tale trasformazione. Più comunemente la psicologia cognitiva si riferisce a processi impliciti per differenziarli da quelli espliciti impiegati durante attività intenzionali e attività volte a raggiungere degli obiettivi. La distinzione tra elaborazione implicita ed esplicita è stata applicata in qualche modo a praticamente tutte le aree di consapevolezza, comprese la percezione, la risoluzione dei problemi, la memoria e, come discuteremo, l'emozione che ha portato Gazzaniga (1998) a ipotizzare che il 99% della conoscenza sia implicito. È da sottolineare il fatto che alcuni psicoanalisti ritengono questo nuovo modo di comprendere l'inconscio come uno stimolo

Alla fine dell'Ottocento si riteneva che una mancanza di espressione affettiva al momento del trauma mantenesse viva la memoria dell'evento per anni. Una volta rivissuta, espressa e verbalizzata nel contesto terapeutico, questa emozione sarebbe stata curativa. Questa concettualizzazione era coerente con il concetto freudiano di inconscio, nel quale contenuti mentali ed emozioni erano ritenuti essere presenti già in forma completa, in attesa di essere portati alla coscienza una volta rimosse o superate le difese. Dopo un secolo di ricerca, ora comprendiamo che i ricordi e i sentimenti non risiedono nell'inconscio completamente formati. L'inconscio adattivo di Gazzaniga è concettualizzato come un ampio insieme di risorse di elaborazione che eseguono calcoli, valutazioni e risposte complesse senza richiedere intenzionalità o sforzo. Si tratta di processi impliciti, distinti dai processi espliciti che sono impegnati durante compiti intenzionalmente guidati e diretti ad un obiettivo.

fondamentalmente per un'ampia revisione dei modelli psicoanalitici classici della mente inconscia (Modell 2010).

Nell'ambito del ricordo, la memoria implicita si riferisce all'impatto che un'esperienza passata ha sui comportamenti successivi se essa non viene rielaborata o se non vi è un'esplicita consapevolezza di quanto vissuto (per un approfondimento si veda Schacter et al., 1993). In laboratorio, ad esempio, una breve esposizione ad una parola specifica aumenta la probabilità che una persona risponda con quella specifica parola durante diversi compiti basati sul linguaggio, come ad esempio il completamento della parte mancante di parole di cui si hanno solo tre lettere (Graf & Schacter 1985; Schacter & Graf 1989) oppure con l'utilizzo di vocaboli che appartengono a quella categoria semantica (Ryan et al. 2008a).

Un'altra forma di apprendimento implicito è l'acquisizione di insiemi complessi di regole che controllano le predizioni (Reber 1989), consentono la classificazione di nuovi oggetti e concetti (Seiger & Miller 2010) e guidano le interazioni sociali (Frith & Frith 2012). È importante sottolineare che questo apprendimento si verifica a prescindere dal fatto che l'individuo sia esplicitamente consapevole delle regole acquisite o del fatto di averle apprese. In ambito sociale questo apprendimento è composto da regole semantiche, aspettative e principi comportamentali che costituiscono la base di partenza per l'autoconsapevolezza (Markus & Wurf 1987). La distinzione tra processi impliciti ed espliciti, una pietra miliare della neuroscienza cognitiva moderna, è stata applicata anche all'emozione (Kihlstrom et al 2000, Lane 2000). Le emozioni sono risposte automatiche, evolutivamente antecedenti, a determinate e note situazioni (Darwin 1872).

L'emozione può essere intesa come un meccanismo di un organismo o di una persona per valutare il grado in cui i bisogni, i valori o gli obiettivi sono o non sono soddisfatti nell'interazione con l'ambiente circostante e per rispondere alla situazione con un insieme orchestrato di cambiamenti nel corpo viscerale, nell'apparato motore, nel sistema cognitivo ed esperienziale che permettono alla persona di adattarsi alle circostanze (Levenson 1994).

I processi impliciti si applicano all'emozione in due modi importanti. In primo luogo, la valutazione dell'interazione della persona con l'ambiente avviene spesso automaticamente, senza consapevolezza cosciente, ed è quindi implicita. Questo è importante nella discussione, perché questa valutazione implicita si basa su un'interpretazione automatica del significato (implicazioni legate a bisogni, valori o obiettivi) della situazione presente rispetto alla persona (Clore & Ortony 2000). In secondo luogo, la risposta emotiva stessa può essere divisa in risposte fisiche (viscerali, somatomotorie) e reazioni mentali (pensieri, esperienze). Queste ultime includono una consapevolezza sul fatto che una risposta emotiva sta avvenendo. Un concetto fondamentale di questo articolo è che le risposte emotive possono essere implicite nel senso che la componente di risposta fisica dell'emozione può verificarsi senza gli stati emotivi concomitanti o la consapevolezza di tali stati. A questo proposito si ha un considerevole numero di prove a sostegno dell'importanza della parte implicita delle emozioni (Kihlstrom et al., 2000; Lambie & Marcel 2002; Lane 2008).

Venticinque anni di ricerca hanno infatti dimostrato il verificarsi di reazioni affettive spontanee associate a cambiamenti nella fisiologia periferica e/o nel comportamento associati ad esperienze emotive coscienti (Ledoux 1996, Quirin et al 2012, Winkielman & Berridge 2004, Zajonc 2000). Ad esempio, si possono attivare emozioni con stimoli subliminali e dimostrare che il contenuto emotivo degli stimoli influenza i comportamenti successivi, come ad esempio il comportamento di consumo di sostanze, senza che il soggetto sia a conoscenza di tali influenze sul suo comportamento (Winkielman & Berridge 2004). Inoltre, nei molti decenni di ricerche che hanno preceduto l'epoca moderna della neuroimaging, gli studi sulla stimolazione cerebrale negli animali da laboratorio hanno dimostrato le conseguenze di espressione viscerale e somatomotorie delle emozioni (Ledoux 1996). Per quanto non sia possibile avere riscontro verbale da parte degli animali su come questi fenomeni

I processi impliciti si applicano anche alle emozioni, in due modi importanti. In primo luogo, l'interazione della persona con l'ambiente avviene spesso automaticamente, ed è quindi implicita. In secondo luogo, la risposta emotiva consiste in risposte corporee (viscerali, somatomotorie) e reazioni mentali (pensieri, esperienze) consapevoli. Sosteniamo qui che le risposte emotive possono essere implicite, cioè risposte fisiche automatiche non conscie e non note. Solo attraverso la verbalizzazione possono trasformarsi in esperienze consapevoli di specifiche emozioni o sensazioni.

siano legati alle esperienze, essi si confermano comunque quali manifestazioni fisiche dell'emozione.

Riteniamo che l'emozione implicita, composta da queste espressioni visceromotorie e somatomotorie, costituisca il fondamento su cui si costruisce un'esperienza emotiva differenziata. Inoltre, le strutture subcorticali tra cui il talamo, l'ipotalamo, l'amigdala e la sostanza grigia periacqueduttale possono contribuire alla nascita di queste risposte emotive indifferenziate che non sono associate a esperienze emotive specifiche (Lane 2008).

Lambie e Marcel (2002) distinguono tra tre diverse condizioni: uno stato emotivo senza esperienza fenomenica; l'esperienza fenomenica del primo ordine di emozione, che è esprimibile; e un'esperienza di secondo ordine dell'emozione associata alla consapevolezza, che è riferibile. L'emozione implicita, o le sensazioni fisiche percepite, attraverso la verbalizzazione delle sensazioni provate, possono trasformarsi in esperienze coscienti differenti di specifiche emozioni o sensazioni (Barrett et al. 2007; Lane 2008). Attraverso questo processo i soggetti possono provare emozioni specifiche e differenziate e "sapere" cos'è quello che provano.

In tal senso, il termine "esplicito" viene utilizzato per fare riferimento a stati di consapevolezza che siano esternati e conosciuti. In relazione all'emozione, il termine "implicito" si riferisce a risposte fisiche automatiche non cosce, ovvero non associate alla consapevolezza, non coscientemente esternate e non note (ma potrebbe includere anche la coscienza non vigile o qualsiasi esperienza fenomenica dello stato fisico). Si noti che l'inconscio può essere ulteriormente distinto tra ciò che non è mai stato percepito mentalmente, e che deve essere formulato per la prima volta, e ciò che è già stato esternato o conosciuto in precedenza ma non è consapevolmente comprensibile al momento (Levine 2012). "L'elaborazione dell'emozione" si riferisce a qualsiasi cambiamento delle componenti implicite o esplicite della risposta emotiva. "L'elaborazione cognitiva dell'emozione" comprende la partecipazione all'esperienza, il suo raffigurarla (ad esempio, attraverso parole o immagini) e il riflettere su ciò che l'esperienza significa (ad esempio, mettendo in luce ciò di cui si ha bisogno) o una combinazione di questi elementi. Sulla base di queste distinzioni concettuali, si può reinterpretare il concetto di trauma come descritto da Breuer e Freud (1895/1955). Il trauma può essere composto da esperienze emotivamente travolgenti nel senso che oltrepassa le capacità o le risorse necessarie per elaborare cognitivamente (riconoscere, provare e comprendere) le emozioni.

Il trauma può consistere in un singolo evento, ma più comunemente si tratta di un pattern ripetuto di abuso o negligenza che sono emotivamente dolorosi per la vittima. Se si cresce in una famiglia in cui l'abuso avviene ripetutamente, il soggetto mette in atto comportamenti di adattamento cognitivo ed emotivo per mantenere al minimo lo stress. Questo aiuta a mantenere l'attenzione e altre risorse attive in altri ambiti adattivi. (si veda Friston 2010). La vittima impara ad accettare certi tipi di maltrattamento per mantenere rapporti che sembrano (e spesso sono) necessari alla propria sopravvivenza. Gli adattamenti necessari includono il fatto di ignorare la consapevolezza delle proprie risposte emotive o il fatto di considerare legittimo ciò che accade (ad esempio: "non sei buono e meriti di essere punito"). Durante il corso della vita, le situazioni simili vengono implicitamente interpretate sulla base dell'apprendimento implicito che si è verificato a seguito di queste esperienze (Edelman 1989). Si può quindi supporre che maggiormente protratto è stato l'abuso, maggiori saranno le valutazioni implicite influenzate dal trauma di fronte a contesti simili. Troppo spesso, forse a causa di minacce fisiche dirette, della vergogna o per mancanza di persone con cui confidarsi, queste esperienze non vengono raccontate a nessuno. Quando l'abusante è un genitore, spesso è una "vergogna doppia", sia per la violenza e il danno stesso sia perché il genitore non può essere la persona con cui la vittima ne possa parlare (Newman 2013). La mancanza di un caregiver disponibile a confortare e sostenere la vittima può essere una componente importante nel rendere l'esperienza ulteriormente dolorosa o traumatica. Questo significa emozionalmente che le risposte emotive implicite non vengono mai portate al livello cosciente e non vengono mai

Si può ora rivisitare il concetto di trauma di Breuer e Freud. Il trauma spesso consiste in abuso o maltrattamento ripetuto che la vittima impara ad accettare per continuare nelle relazioni necessarie per la sopravvivenza. Utilizza aggiustamenti come il dare per scontati giudizi negativi su di sé, come "non sei buono e meriti di essere punito". Più avanti nella vita, le situazioni correlate vengono interpretate implicitamente sulla base dell'apprendimento implicito che si è verificato da queste esperienze. La mancanza di consapevolezza contribuisce alla tendenza a generalizzare, con conseguente incapacità di distinguere quando sentirsi al sicuro e quando no. È spesso solo in terapia, quando le esperienze vengono verbalizzate, che le risposte emotive vengono formulate e riconosciute per la prima volta

rappresentate mentalmente, ad esempio attraverso il linguaggio. Di conseguenza, è chiaro che il soggetto traumatizzato conosce le circostanze del trauma, ma non l'effetto emotivo che ha su di lui. Questa mancanza di consapevolezza porta alla tendenza a sperimentare eventi traumatici in un modo eccessivamente generalizzato, il che dimostra l'incapacità di distinguere le situazioni sicure da quelle che non lo sono. Spesso accade che le esperienze vengano tradotte in parole solo durante la terapia, ovvero quando le risposte emotive vengono formulate per la prima volta (Lane & Garfield 2005; Stern 1983).

Anche se Breuer e Freud credevano che l'espressione dell'emozione fosse decisiva, questa prospettiva alternativa mette in evidenza l'importanza del rendersi conto dell'impatto emotivo che ha avuto l'esperienza attraverso la simbolizzazione e la contestualizzazione narrativa (Liberzon & Sripada 2008) e come, attraverso questa consapevolezza, si generino risposte più adattive (ottenendo quindi la trasformazione delle risposte emozionali implicite in risposte esplicite). Quando il trauma viene rielaborato per la prima volta, la descrizione dell'esperienza può generare emozioni molto forti, come la paura, che sono quelle vissute all'epoca e che hanno contribuito alla codifica dell'evento. Con il procedere della terapia, gli eventi vengono riportati a galla in un ambiente più rassicurante, nel quale il terapeuta aiuta il paziente ad utilizzare informazioni contestuali che potevano non essere disponibili al momento del trauma (in parte a causa della disfunzione temporanea dell'ippocampo [Nadel & Jacobs 1998], si veda la sez. 4). Questa nuova informazione data dalla terapia contribuisce ad una rielaborazione degli eventi in un modo nuovo che porta a emozioni che non erano state sperimentate prima, ad esempio la rabbia per l'abuso subito, e che non potevano essere espresse o vissute in quel momento perché la minaccia era troppo grande. La rabbia è un segnale che va protetto. In tal senso la risposta emotiva è adattiva rispetto alle circostanze: probabilmente non è stato possibile sperimentarla o esprimerla al momento del trauma.

Sperimentare e descrivere la rabbia durante la terapia aiuta a creare un racconto narrativo coerente di ciò che è accaduto. Fare questo non equivale alla catarsi freudiana (liberare energia repressa), ma è piuttosto la creazione di un quadro più completo di quello che è successo, di come si è risposto, di quello che si è sperimentato e di come si potesse sperimentare diversamente (Greenberg 2010). La presenza di un'altra persona, come un terapeuta, che partecipa e facilita questo processo di mentalizzazione in età adulta può essere fondamentale (Allen 2013). La capacità di auto-osservazione è limitata, soprattutto se i genitori, durante gli anni dello sviluppo, sono stati limitatamente empatici e responsivi (Paivio & Laurent 2001). Proprio come un insegnante/allenatore è utile nello sviluppo e nel miglioramento di qualunque abilità atletica, intellettuale o musicale, così in psicoterapia il terapeuta è potenzialmente in grado di vedere una situazione esistente da una diversa, secondo una diversa prospettiva, permettendo quindi al paziente di interpretare in modo differente la situazione e la risposta emotiva ad essa conseguente. Questo aspetto "dell'allenamento" fa riferimento al fatto che il terapeuta aiuta qualcuno ad entrare in contatto con sentimenti di cui erano ignaro in precedenza (Greenberg 2002). La tesi guida di questo articolo è che l'esperienza terapeutica fornisce nuove informazioni e che il vecchio ricordo viene riconsolidato con queste rinnovate informazioni.

Le diverse modalità di terapia si concentrano su differenti tipi di informazioni che sono connaturate all'esperienza terapeutica (si vedano le sez. 3 e 9). La discussione di cui sopra si è concentrata su nuove informazioni che consistono nell'espansione della comprensione da parte del paziente di quanto da lui sperimentato emotivamente. Le nuove informazioni sono composte in parte dell'esperienza cosciente delle emozioni che non erano state provate in precedenza, in origine o durante le prime narrazioni dell'evento, e in parte da una comprensione di ciò che queste esperienze sono e di cosa significano. Un'altra fonte di nuove informazioni, che è un comune denominatore di tutte le modalità, è l'alleanza terapeutica con il terapeuta (Horvath & Luborsky, 1993).

Sperimentare la sensazione di sicurezza, il sostegno, la cura e la compassione del terapeuta mentre si portano alla luce le esperienze avverse, permette l'introduzione di questa esperienza interpersonale, che

L'esperienza terapeutica fornisce nuove informazioni e la vecchia memoria viene riconsolidata con nuove informazioni che consistono sia nell'esperienza consapevole di emozioni non sperimentate in precedenza riguardo l'evento traumatico, sia nella comprensione del loro significato. Un'altra fonte di nuove informazioni è l'alleanza terapeutica con il terapeuta. L'esperienza di sicurezza, supporto, cura ed empatia da parte del terapeuta può essere percepita, e il paziente vi può rispondere, implicitamente, senza doverla esplicitare consapevolmente attraverso l'attenzione, la riflessione e la descrizione verbale.

è un tipo di informazione, all'interno dei ricordi traumatici, che spesso si vivono da soli e in un ambiente non protetto. La sensazione di conforto e sostegno può essere sentita e risposta in modo implicito, senza essere costretti ad esplicitarla consapevolmente attraverso l'attenzione, la riflessione e la descrizione verbale. I tipi di terapia differiscono nell'enfasi data all'auto-esplorazione e all'importanza della connessione interpersonale con il terapeuta.

La capacità di un soggetto di essere consapevole, di saper elaborare le proprie emozioni e di impegnarsi con il terapeuta può essere una conseguenza di quanto i caregiver sono stati in grado di fornire al bambino durante l'infanzia, soddisfacendo le sue esigenze in merito a tale funzione (Steklis & Lane 2013). Nel caso dell'emozione come esperienza soggettiva, non esiste alcuna informazione nell'ambiente esterno che equivalga all'esperienza interiore del bambino, tranne che quella fornitagli da un soggetto a lui vicino.

Ad esempio, tendenzialmente non si possono vedere le proprie espressioni facciali e durante l'infanzia queste espressioni potrebbero non essere riconosciute come proprie anche se ci si guarda allo specchio. Questo può essere dimostrato attraverso l'esempio del movimento auto-indotto (Keysers & Gazzola 2006). La coordinazione fondamentale dell'intenzione con il movimento motorio effettivo può avvenire senza aiuto da parte di altre persone, perché si può vedere da soli cosa accade quando si sposta intenzionalmente un braccio. Questo stimolo visivo supera le risposte fornite dalla sensazione propriocettiva. Di conseguenza, nei primi anni dello sviluppo, la capacità di collegare l'esperienza soggettiva dell'emozione ad una comprensione delle sue manifestazioni comportamentali nel mondo reale richiede un riscontro da parte degli altri (Gergely & Watson 1996). Ad esempio, un bambino molto piccolo può indietreggiare e spaventarsi quando un cucciolo gli si avvicina. Un genitore può dire: "Non ti preoccupare. Non c'è nulla da temere (il genitore coccola il cucciolo). Vieni a vedere quanto è amichevole." Un bambino più grande può manifestare comportamenti di evitamento di fronte all'avvicinarsi di un evento scolastico. Il riconoscere da parte di un genitore che il comportamento di evitamento può essere una manifestazione di paura e il fatto di chiamarla con il suo nome, discutendo con il bambino di ciò che egli sente come minaccia, cercando con lui un modo con cui affrontare tutto questo, contribuisce a far sviluppare nel piccolo la capacità di affrontare la paura e di usarla come elemento che in futuro può aiutare a rispondere adattivamente a situazioni simili. Se nell'infanzia manca un input come questo da parte delle persone importanti per il bambino, la capacità di capire ciò che si prova sarà compromessa e persisterà nella vita adulta, creando una predominanza di risposte emotive implicite in relazione ad esperienze emotive esplicite e una maggiore propensione all'essere sopraffatti (traumatizzati) o incapaci di elaborare cognitivamente le proprie emozioni. L'espansione della consapevolezza nella terapia psicanalitica non è diversa da quella indotta da un fisioterapista che aiuta a estendere la gamma di movimento di una articolazione agevolando i movimenti associati a livelli tollerabili evitando eccessivo dolore e sofferenza. Espandersi autonomamente è difficile a causa di meccanismi autoprotettivi (gli stessi che hanno portato ad evitare il dolore emotivo attraverso azioni regolatrici). Per chiarire, l'origine dei movimenti limitati di un'articolazione è normalmente originato da meccanismi infiammatori, progettati per rispondere e riparare l'infortunio originale, proprio come apportare modifiche psicologiche nasce per limitare l'accesso alla "parte che fa male".

In psicoterapia, secondo la nostra formulazione, l'espansione della consapevolezza include l'esperienza, la definizione, la riflessione e l'uso di emozioni originariamente associate al trauma, ma che per definizione in origine superavano le capacità di assimilazione e coping del soggetto. Perciò, le nuove informazioni fornite o facilitate dal terapeuta, utili al consolidamento, includono nuovi modi di analizzare e rispondere al paziente come persona, di fornire una nuova prospettiva sugli eventi traumatici originari e di agevolare nuove esperienze emotive. Da questa prospettiva, ciò che porta allo stress traumatico varia da persona a persona. Questo aiuta anche a spiegare perché il trauma vissuto nei primi

anni di vita predisponga al trauma in un'età più avanzata. Come vedremo nella sezione 3, il ruolo della memoria implicita nell'interpretazione delle situazioni presenti basate sull'esperienza passata fornisce un'altra prospettiva su come si possa interpretare oggi ciò che Breuer e Freud intendevano quando affermavano che la mancanza di espressione emotiva al tempo del trauma mantiene viva la memoria dell'esperienza traumatica.

3. Il ruolo dell'emozione implicita nelle diverse modalità terapeutiche

Sulla base delle considerazioni sopra esposte, l'emozione implicita svolge un ruolo fondamentale in un'ampia gamma di modalità di psicoterapia. In questa sezione discuteremo brevemente come i processi impliciti siano importanti nelle psicoterapie comportamentale (sez. 3.1), cognitivo-comportamentale (sez. 3.2), esperienziale (sez. 3.3) e psicodinamica (sez. 3.4).

3.1. Prospettiva comportamentale

Numerose terapie basate sull'esposizione si sono dimostrate efficaci nel trattamento di disturbi traumatici e disturbi legati all'ansia, tra cui il PTSD, e pare che la loro efficacia sia basata sull'elaborazione emotiva (Foa et al., 2003). Una terapia efficace richiede la attivazione dei pattern legati alla paura che includono una rete associativa di ricordi angoscianti passati, la rappresentazione di stimoli legati a vissuti di paura e/o a traumi, e le risposte emotive a quegli stessi stimoli (Foa et al., 1989). I pattern legati alla paura possono essere impliciti, perché il soggetto può non essere consapevole delle circostanze che portano allo sviluppo di tale struttura, o perché ignora addirittura gli stimoli che attivano la risposta alla paura. I pattern legati alla paura diventano patologici quando il soggetto evita costantemente di impegnarsi emotivamente e di vivere il sentimento associato ai ricordi che suscitano la paura, il che lo porta ad evitare gli stimoli legati alla paura e le risposte emotive troppo intense generate da questi stimoli (Foa et al., 1995). Secondo Rachman (1980), se durante terapia si ha una reazione emotiva troppo intensa quando vengono rievocati ricordi o eventi legati alla paura, significa che in passato non vi è stata un'elaborazione emotiva adeguata.

L'elaborazione emotiva viene definita da Foa e Kozak (1986) come la modifica delle tracce mnestiche che stanno alla base della risposta emotiva. Il cambiamento si verifica quando i pattern legati alla paura vengono modulati, cioè quando i legami tra stimoli specifici e una risposta emotiva forte (e spesso maladattiva) vengono interrotti. Queste modifiche spesso si verificano attraverso l'apprendimento implicito, perché reazioni emotive e fisiologiche a particolari stimoli che cambiano durante il trattamento potrebbero non essere consapevoli nel soggetto, come nel caso dell'assuefazione o dell'estinzione (Foa & Kozak 1986). Quindi, l'allenamento all'esposizione può essere interpretato sia come un intervento, sia come un cambiamento dell'emozione implicita. Attraverso l'allenamento all'esposizione la risposta somatomotoria (comportamentale) viene trasformata da evitante a non- evitante, vengono messe in atto altre alternative comportamentali e viene attenuata l'intensa risposta visceromotoria iniziale (autonoma e neuroendocrina).

3.2. Prospettiva cognitivo-comportamentale

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) sottolinea l'importanza che ha individuare le strutture semantiche sottostanti che si sono formate attraverso esperienze passate e hanno portato, spesso senza la piena consapevolezza del soggetto, alla valutazione inadeguata di nuove situazioni e alla nascita di risposte emotive negative (Beck 1979; Foa 2009; Hofmann et al., 2013). Sebbene l'apprendimento delle regole, degli

Il ruolo dell'emozione implicita nelle diverse modalità terapeutiche.

1. Prospettiva comportamentale: Il cambiamento si verifica quando i legami tra stimoli specifici che suscitano e una risposta disadattiva vengono infranti. Queste modifiche si verificano spesso attraverso l'apprendimento implicito.

2. Prospettiva cognitivo comportamentale: la CBT mira ad identificare le strutture semantiche sottostanti costruite attraverso l'esperienza precedente e che ora portano, spesso inconsapevolmente, a una valutazione inappropriata di nuove situazioni e l'attivazione di risposte emotive negative. Non promuove la comprensione di queste esperienze, perché una parte significativa della conoscenza semantica applicata all'interazione sociale si ottiene implicitamente.

schemi e dei sistemi che compongono la struttura semantica sia avvenuto attraverso le esperienze passate, la CBT non si concentra sulla comprensione di queste esperienze perché una parte significativa della conoscenza semantica che viene applicata all'interazione sociale è stata ottenuta implicitamente. Perciò la CBT sostiene che non abbia un particolare vantaggio studiare le fonti dell'apprendimento. Si concentra invece direttamente, e presumibilmente in modo più efficace, nell'identificare e rendere esplicite queste regole, perché esse vengono applicate in modo inappropriato a situazioni nuove e attuali e perché conducono a reazioni emotive di stress e a risposte maladattive. Rendere questi sistemi di regole implicite - o come lo definisce Reber, (1996) "l'inconscio cognitivo" - esplicite, è una componente fondamentale del successo terapeutico. Il paziente viene quindi condotto, attraverso esercizi durante la seduta e compiti a casa, a sperimentare situazioni nuove, a vedere come si applicano queste regole e a prendere in esame i fatti che mettono a rischio queste regole. In sintesi, viene reso consapevole dei pensieri impliciti che costituiscono la base delle risposte emotive automatiche e di come esse vengano modificate. Poiché il giudizio è considerato l'innescò della risposta emotiva, modificare quest'ultimo porta ad un cambiamento nella risposta emotiva.

3.3. Prospettiva sperimentale

Nella terapia focalizzata sull'emozione (EFT), che è un'integrazione neo-umanistica della Gestalt e della terapia incentrata sulla persona, l'emozione è ritenuta il nucleo della costruzione del sé e ciò che determina l'auto-organizzazione (Greenberg 2010). Un presupposto fondamentale della EFT è che il cambiamento si verifica sia attraverso l'elaborazione completa e consapevole dell'emozione, sia attraverso la trasformazione degli schemi emotivi. Gli schemi emotivi, in linea con la nozione degli schemi di Piaget, vengono visti come azioni ed esperienze che producono strutture implicite, in contrapposizione agli schemi cognitivi semantici della terapia cognitiva.

Questa focalizzazione è in accordo con il modello di memoria integrata (sopra descritto in breve nella sez. 1 e ampliato nella sez. 9) secondo la quale l'esperienza personale (memorie autobiografiche), le conoscenze non specifiche (strutture semantiche) e le risposte emotive (comprese le tendenze all'azione e le esperienze emotive) sono co-attivate e reciprocamente interattive. In questo approccio, il paziente viene aiutato a sperimentare e a diventare maggiormente consapevole delle proprie emozioni concentrando la propria attenzione sulle sensazioni fisiche, sulle tendenze all'azione, sui pensieri e sui sentimenti, trasformando le esperienze emotive in parole ed esaminandone il significato. Le sensazioni fisiche e le tendenze all'azione sono processi emotivi impliciti che possono passare inosservati in situazioni problematiche ma con la terapia si trasformano in rappresentazioni esplicite attraverso il linguaggio e altre modalità di rappresentazione (ad esempio la pittura) e vengono vissute in modo intenso e vivido. Un obiettivo terapeutico importante è quello di "cambiare l'emozione con l'emozione". Ciò avviene attivando schemi emozionali maladattivi di base, fondati su memorie emotive implicite del passato, spesso traumatiche, come ad esempio l'esperienza di un abbandono doloroso o l'invalidazione dei sentimenti. La teoria del cambiamento convalidata empiricamente (Greenberg 2010, Pascual-Leone & Greenberg 2007) dimostra come essere consapevoli di un bisogno insoddisfatto, comporta emozioni maladattive; l'essere incentivati a ritenere di meritare giustamente un'infanzia soddisfacente, al contrario di quella che si è avuta, crea una propensione all'azione. La paura e la vergogna sono emozioni evitanti e maladattive essere le emozioni maladattive e vengono trasformate da emozioni quali trasformate dall'avvicinarsi ad emozioni come la rabbia potenziata, il dolore per il lutto e la compassione (si veda Greenberg 2002, pp. 171-91 per una discussione più dettagliata sulle emozioni maladattive).

Questa nuova auto-organizzazione più agita aiuta a generare nuove risposte emotive adattive in risposta a vecchie situazioni. Ad esempio si può generare una rabbia assertiva di fronte al fatto di essere stati

3. Prospettiva esperienziale:
nella terapia focalizzata sull'emozione (EFT) l'emozione è ritenuta il nucleo della costruzione del sé e il cambiamento si verifica attraverso la trasformazione degli schemi emotivi. Il paziente viene aiutato a sperimentare e a diventare maggiormente consapevole delle proprie emozioni, a trasformarle in parole e ad esaminarne il significato. Il metodo si focalizza sullo sperimentare nuove risposte emotive nel "qui e ora" della terapia

invalidati, il che porta a cancellare la precedente sensazione di vergogna. Il metodo non si focalizza sul transfert o sulla prospettiva di sviluppo, ma piuttosto sullo sperimentare nuove risposte emotive nel "qui e ora" della terapia, con l'obiettivo di generare nuove risposte per cambiare quelle vecchie e consolidarle con una nuova narrazione che includa metodi alternativi per rispondere, in futuro, a situazioni simili.

3.4. Prospettiva psicodinamica

I pazienti che ricorrono alla terapia psicodinamica o alla psicoanalisi hanno generalmente pattern maladattivi di comportamento da molti anni e li vogliono o devono cambiare (Luborsky, 1984). Questi pattern ripetitivi sono legati al concetto freudiano della coazione a ripetere (Freud 1913/1958). Molto spesso essi hanno a che vedere con il modo in cui i soggetti si relazionano e rispondono in maniera non consapevole a persone e situazioni. Una componente fondamentale del trattamento psicodinamico è il transfert, che è l'insieme dei sentimenti che il paziente prova nei confronti del terapeuta. Il transfert può essere descritto come una procedura emotiva (un modo implicito di relazionarsi con gli altri) (Clyman 1991) che viene applicata o "trasferita" alla relazione interna al trattamento e che viene esplicitamente discussa e compresa in relazione a quanto è "effettivamente" accaduto nella relazione tra terapeuta e paziente e a quanto è stato costruito da entrambi.

Una seconda componente fondamentale della terapia psicodinamica è la prospettiva di sviluppo che include una ricostruzione storica esplicita e co-creata di come le questioni, che sono al centro del trattamento, si siano stabilite in precedenza nella vita del paziente e di come essi si manifestino nelle sue attuali relazioni al di fuori del trattamento e nel rapporto di transfert con il terapeuta. Cambiare le procedure emotive problematiche implicite attraverso la comprensione comporta l'interruzione dell'attivazione automatica del comportamento, la sperimentazione consapevole delle emozioni "sottostanti" associate (o i processi emotivi impliciti), l'estrapolazione consapevole delle informazioni che riguardano la risposta emotiva, il riesame della situazione e del pattern, la modifica del comportamento e l'utilizzo di nuove procedure fino a che esse non diventano automatiche (ad es. concentrandosi su di esse) (Lane & Garfield 2005).

Un presupposto guida, che la differenzia dalle altre tre modalità sopra elencate, è che il cambiamento viene aiutato dalla comprensione dell'origine dei pattern e di come essi si ripetano per motivi e comportamenti che non sono consapevoli. L'esperienza emotiva correttiva in questa modalità comporta la sperimentazione di sentimenti collegati che si verificano nell'interazione con il terapeuta e che sono contrari alle aspettative, ad esempio il fatto di sperimentare l'approvazione e il sostegno quando invece ci si aspetta che arrivi una critica.

Dalla breve discussione di cui sopra emergono molteplici caratteristiche comuni. I pattern di comportamento maladattivo che portano i soggetti a ricorrere alla psicoterapia spesso comprendono componenti implicite differenti.

In primo luogo, i soggetti potrebbero non essere consapevoli di come questi modelli di comportamento siano stati da loro acquisiti, rendendo quindi maggiori le probabilità che essi vengano nuovamente applicati in situazioni simili a quelle che in passato hanno generato paura e stress (Lane & Garfield 2005).

In secondo luogo, ciò che fa scattare quei modelli di comportamento è spesso implicito. Le risposte emotive vengono attivate da strutture semantiche (regole e schemi) o da contesti che derivano dalle esperienze passate di ciascuno. Ad un certo punto la configurazione può essere percepita dal soggetto (ad esempio, il capo autoritario "ricorda" un genitore esigente), ma le strutture cognitive che vi sono alla base e che portano ad un certo tipo di risposta emotiva potrebbero non essere ben articolate o addirittura potrebbero non essere notate.

Questi pattern di comportamento ripetitivo includono spesso espressioni di emozione implicita. Le emozioni implicite portano a tendenze all'azione

4. Prospettiva psicodinamica: la permanenza di pattern maladattivi ripetitivi è riferibile al concetto freudiano della coazione a ripetere. Una componente fondamentale del trattamento psicodinamico è il transfert, che può essere descritto come una procedura emotiva e cioè un modo implicito di relazionarsi con gli altri. Una seconda componente fondamentale della terapia consiste nel cambiare le procedure emotive problematiche implicite attraverso la comprensione, con conseguente interruzione dell'attivazione automatica del comportamento

(Frijda 1986), come l'astinenza e l'evitamento, che possono essere inadeguate o maladattive.

Le risposte emotive, con i loro ricordi associati, le strutture semantiche e i pattern d'azione, possono essere corrette e, di conseguenza, può essere corretta anche la tendenza a comportamenti ripetitivi maladattivi.

La presenza e il sostegno di un terapeuta attento cambia il contesto interpersonale ed emotivo in cui vengono attivati i pattern problematici.

Infine, un precursore comune del cambiamento è la sollecitazione di reazioni emotive forti durante la seduta terapeutica. Nella prossima sezione esamineremo le prove, preparandoci a discutere di come queste interagiscano con le strutture di memoria che possono contribuire a cambiare.

4. Prove dell'importanza della stimolazione emotiva per il successo della psicoterapia

Come è stato messo in evidenza nell'introduzione, esistono prove solide che dimostrano come la stimolazione emotiva appaia fondamentale per il successo di molti tipi di psicoterapia. Sebbene questo sembri essere il caso delle BT, CBT, EFT e della psicoterapia psicodinamica, ci sono comunque importanti dubbi da considerare.

Numerose terapie comportamentali basate sull'esposizione si sono dimostrate efficaci per il trattamento di disturbi traumatici e ansiosi. Una revisione meta-analitica della letteratura ha messo in luce come la terapia dell'esposizione sia il trattamento più efficace per la PTSD e come la sua efficacia sia basata sull'elaborazione emotiva (Foa et al., 2003). I pazienti con disturbi d'ansia che erano maggiormente in grado di provare ansia durante la sessione di terapia erano quelli che beneficiavano di più della terapia stessa, tra essi quelli affetti da fobie (Borkovec & Sides 1979), agorafobia (Watson & Marks 1971), disturbo ossessivo-compulsivo (Kozak et al 1988) e PTSD (Foa et al., 1995).

In una serie di studi sull'esposizione comportamentale (Foa ed altri, 1995, Jaycox et al., 1998) si è visto come l'outcome positivo per la PTSD da stupro fosse predetto dal risveglio della paura e della sua espressione durante la narrazione del ricordo del trauma durante la prima sessione di esposizione e di come l'angoscia si riducesse nel corso del trattamento. Risultati come questo mostrano come la stimolazione emotiva, mentre si concentra nell'esposizione dell'immagine, diventa un aspetto del meccanismo del cambiamento.

Negli studi sui pattern di recupero delle vittime di violenza sessuale e non sessuale, il recupero a lungo termine veniva generalmente ostacolato se durante la terapia il fondamentale impegno emotivo con il materiale traumatico veniva ritardato (Gilboa-Schechtman & Foa 2001).

Come osservato da Greenberg e Pascual-Leone (2006), la ricerca sull'esposizione comportamentale (ad es. Jaycox et al., 1998) ha dimostrato che solo alcuni soggetti prendevano effettivamente parte all'attività di esposizione e quindi solo alcuni di essi erano in grado di trarre vantaggio dal trattamento. Jones e Pulos (1993) hanno scoperto che le strategie di evocazione dell'emozione e il fatto di portare alla consapevolezza la presenza di sentimenti problematici sono stati correlati all'outcome positivo in entrambe le terapie, cognitivo-comportamentale e dinamica. Un altro studio (Coombs et al 2002) di questo gruppo, che esamina la posizione dei terapeuti sulla CBT e sulla terapia interpersonale per la depressione, ha mostrato l'importanza di concentrarsi sull'emozione indipendentemente dall'orientamento.

Le valutazioni degli studi sui processi di outcome in psicoterapia mostrano un forte rapporto tra la sperimentazione emotiva in seduta, misurata dalla Experiencing Scale (Klein et al., 1986) e il vantaggio terapeutico delle terapie dinamica, cognitiva e sperimentale (Castonguay et al., 1996 Goldman et al., 2005; Orlinsky & Howard 1986; Silberschatz et al., 1986).

Un sondaggio (Pifero 2004) ha valutato l'esperienza dei pazienti nel processo delle psicoterapie orientate sugli affetti. I pazienti hanno partecipato ad una delle tre terapie incentrate sulle emozioni: la Psicoterapia Dinamica Sperimentale Accelerata (Accelerated Experiential Dynamic Therapy - Fosha 2000), la Terapia Intensiva Dinamica

Esistono prove solide che dimostrano come la stimolazione emotiva appaia fondamentale per il successo di molti tipi di psicoterapia e svariate patologie, come la PTSD, i disturbi d'ansia, le fobie, il disturbo ossessivo-compulsivo. Dagli studi emerge quindi l'importanza di concentrarsi sull'emozione indipendentemente dall'orientamento teorico. Le valutazioni degli studi sui processi di outcome in psicoterapia mostrano un forte rapporto tra la sperimentazione emotiva in seduta e il vantaggio terapeutico delle terapie dinamica, cognitiva ed esperienziale. I pazienti che raccontavano di avere provato un'emozione intensa durante la terapia ovviamente lo facevano sia perché erano soddisfatti della terapia sia perché avevano la sensazione che vi fosse stato un cambiamento.

di Breve Durata (Intensive Short Term Dynamic Therapy - Abbass 2002) e la Terapia Focalizzata sull'Emozione (Emotion-Focused Therapy - Greenberg 2002). Le esperienze dei pazienti sono state valutate retrospettivamente. I pazienti che raccontavano di avere provato un'emozione intensa durante la terapia ovviamente lo facevano sia perché erano soddisfatti della terapia sia perché avevano la sensazione che vi fosse stato un cambiamento. Vi era una relazione significativa tra il fatto che i pazienti riconoscessero le tecniche del loro terapeuta per attivare l'emozioni e i conseguenti sentimenti di soddisfazione e cambiamento. Pifero (2004) ha quindi concluso che la sperimentazione emotiva in terapia può essere la strada comune per il cambiamento. Negli studi sulla EFT per la depressione una maggiore stimolazione emotiva a metà terapia è risultata essere un buon predittore dell'outcome, inoltre la capacità del paziente di utilizzare l'esperienza interna per darne significato e risolvere i problemi durante la fase intermedia della stimolazione emotiva ha aggiunto sfumature all'outcome (Missirlian et al. 2005).

In aggiunta a ciò, in uno studio sulla terapia per la depressione focalizzata sull'emozione, si è evidenziata una relazione curvilinea tra la stimolazione emotiva e l'outcome, il che dimostra come troppa o troppo poca eccitazione durante l'elaborazione emotiva non fosse predittiva dell'outcome come lo era l'eccitazione per il 25% del tempo (Carrier & Greenberg 2010). Pertanto, sembra che una combinazione di eccitazione emotiva e di riflessione sull'emozione sia un miglior predittore dell'outcome rispetto ad una sola di esse.

Inoltre, la produttività dell'espressione emotiva, considerata come capacità di mentalizzare e lavorare con l'emozione stimolata, è risultata essere un ottimo predittore dell'outcome (Ausra et al., 2013; Greenberg 2010).

Negli studi sulla EFT per i traumi, il fatto che i pazienti migliorano più in fretta durante la terapia è stato ritenuto di particolare importanza perché ciò imposta la direzione della terapia e aumenta il tempo che si dispone per analizzare ed elaborare le emozioni legate ai ricordi traumatici (Paivio et al., 2001).

Un'implicazione pratica di questa ricerca è la scoperta dell'importanza che ha il fatto di aiutare, attraverso i ricordi dolorosi, l'impegno emotivo dei pazienti fin dall'inizio della terapia. Essere in grado di raccontare e spiegare verbalmente i ricordi emotivi traumatici aiuta a promuovere la loro assimilazione attraverso l'auto-narrazione (van der Kolk 1995).

Questa trasformazione delle emozioni in parole fa sì che l'esperienza della memoria emotiva precedentemente non simbolizzata venga assimilata nella consapevolezza cosciente e concettuale di sé e del mondo circostante, dove essa può essere organizzata in una storia coerente.

Il tempo è altrettanto importante, poiché è altamente dimostrato che raccontare il trauma subito dopo che lo si è vissuto è molto pericoloso. Pare infatti che questo aumenti, piuttosto che diminuire, la probabilità di sviluppare un PTSD (McNally et al., 2003). La sollecitazione dell'emozione nella terapia per il trauma diventa efficace solo dopo che è insorta il PTSD.

Per quanto riguarda la psicoterapia psicodinamica, la stimolazione emotiva fa parte della tradizione clinica. Si ritiene che rivivere intensamente le emozioni nel transfert contribuisca al cambiamento durante la terapia (Luborsky 1984; Spezzano 1993), ma non esistono prove oggettive che questo sia una componente essenziale per il successo della terapia psicodinamica.

Monsen et al. (1995) ha condotto uno studio di cinque anni dal follow-up su pazienti con disturbi di personalità che erano stati trattati con una psicoterapia psicodinamica con particolare attenzione alla coscienza emotiva del paziente. Sia durante il trattamento, sia dopo cinque anni, i ricercatori hanno riscontrato cambiamenti significativi e sostanziali sul grado di consapevolezza dei pazienti sui loro sentimenti, sulle loro modalità difensive e sui loro sintomi. Inoltre, alla fine del trattamento, quasi i tre quarti dei pazienti che inizialmente soddisfacevano i criteri del DSM-III per le diagnosi di Asse I e Asse II, erano considerati in remissione. Questo risultato suggerisce che una psicoterapia intensiva che si concentri sul ridurre l'emotività è utile solo per quel gruppo di pazienti con outcome moderati o scarsi. In sintesi, le prove della ricerca appena esaminate

In uno studio sulla terapia per la depressione focalizzata sull'emozione, si è evidenziata una relazione curvilinea tra la stimolazione emotiva e l'outcome. Pertanto, sembra che una combinazione di eccitazione emotiva e di riflessione sull'emozione sia un miglior predittore dell'outcome rispetto ad una sola di esse; è emerso anche che se l'attivazione emotiva è troppo intensa, la funzione di mentalizzazione si interrompe, limitando la capacità di riflettere in situazioni di emergenza. La relazione tra il grado di attivazione e la capacità di creare una rappresentazione mentale del proprio stato emotivo non sembra lineare, ma quadratica (U rovesciata).

Se la stimolazione è poco intensa, allora non è detto che si verifichi l'elaborazione cognitiva delle emozioni. La stimolazione deve essere correttamente modulata durante la seduta di psicoterapia.

mostrano come l'esperienza dell'emozione esplicita e raccontata in modo consapevole sia una componente fondamentale del successo terapeutico in tutte le modalità sopra elencate, anche per la terapia comportamentale e la CBT che teoricamente non si basano su tali esperienze in modo esplicito.

Tuttavia, una teoria coerente dell'elaborazione cognitiva dell'emozione nella terapia deve tenere conto del fatto che l'emozione durante terapia può essere adattativa o maladattiva. Il lavoro sull'espressione emotiva, nel confronto tra il racconto del trauma immediatamente dopo che il fatto avvenuto e la narrazione dopo che è insorto un PTSD, dimostra come le emozioni a volte debbano essere regolate e modificate e come invece, in altri casi, debbano essere accessibili e utilizzate come guida.

Questo equilibrio può essere compreso se si ipotizza che la relazione tra il grado di sollecitazione e la capacità di creare una rappresentazione mentale del proprio stato emotivo non sia lineare ma quadratica (U rovesciata). Se l'attivazione emotiva è troppo intensa, la funzione di mentalizzazione mediata da una rete, che comprende la corteccia prefrontale mediale (Amodio & Frith 2006), si interrompe, limitando la capacità di riflettere in situazioni di emergenza.

Se la stimolazione è poco intensa, allora non è detto che si verifichi l'elaborazione cognitiva delle emozioni. La stimolazione deve essere moderata durante la seduta di psicoterapia: meglio una stimolazione maggiore che terapie non emotive, ma altrettanto meglio una ridotta stimolazione piuttosto che il trauma stesso.

Questo effetto della U rovesciata per l'emozione e la funzione della corteccia prefrontale mediale è paragonabile a quello tra l'agonismo o l'antagonismo della dopamina e l'attivazione della corteccia prefrontale dorsolaterale durante il lavoro spaziale della memoria (Vijayraghavan et al., 2007). Affinché vi sia una riflessione su una determinata situazione occorre ricordarne il contesto e far sì che la memoria lo lavori. Questa relazione della U rovesciata viene citata anche nella legge dell'eccitazione e prestazione (motoria e intellettuale) di Yerkes-Dodson (Diamond et al. 2007), secondo cui il livello di eccitazione durante attività complesse è migliore se il livello di stimolazione non è né troppo elevato, né troppo basso.

La neuroimaging evidenzia da un lato l'importante ruolo della corteccia prefrontale media superiore nella mentalizzazione (Amodio & Frith 2006) e nella correlazione positiva tra l'attività in questa regione e il tono vagale (che indica come, quando l'eccitazione è alta e il tono vagale è basso, l'attività in questa regione è ridotta) e dall'altro lato (Thayer et al., 2012) è coerente con l'ipotesi che il processo di creazione di rappresentazioni mentali dell'esperienza emotiva viene compromesso quando il livello di eccitazione è troppo elevato.

L'applicabilità della relazione della U rovesciata tra il livello di eccitazione e la mentalizzazione può far fare un ulteriore passo avanti rispetto alla codifica del trauma originale. Con livelli estremamente elevati di stimolazione durante l'evento traumatico, la capacità di comprendere cosa si è provato in quel momento sarebbe molto limitata. Questo è coerente con, ed estende, l'ipotesi (Nadel & Jacobs 1998) secondo la quale elevati livelli di sollecitazione durante il trauma interferiscono con l'interazione amigdala-ippocampo a tal punto da compromettere la codifica del contesto.

Di conseguenza, quando si torna con la memoria a ciò che si è sentito in quel momento, il contenuto emotivo potrebbe essere limitato sia nei dettagli, sia nella complessità. All'estremità opposta del continuum, la natura del trauma può essere stata una negligenza emotiva legata a un affetto depresso o scomposto associato ad una bassa stimolazione. Entrambi gli estremi potrebbero contribuire alla mancanza di codifica di quello che si è vissuto al momento del trauma e che, in seguito, ha fatto sì che il ricordo delle emozioni associate al trauma avesse pochissimi dettagli.

Ci sono diversi principi che ne derivano. In primo luogo, se ci sono deficit nella codifica emotiva al momento del trauma, il primo resoconto completo di quello che si è verificato originariamente deve avvenire per la prima volta durante la terapia. In secondo luogo, se durante la terapia, nel ricordare l'evento, un paziente è ad un livello basso sulla

L'applicabilità della relazione ad U rovesciata tra il livello di eccitazione verrebbe a significare che con livelli estremamente elevati di stimolazione durante l'evento traumatico, la capacità di comprendere cosa si è provato in quel momento sarebbe molto limitata. Di conseguenza, quando si torna con la memoria a ciò che si è sentito in quel momento, il contenuto emotivo potrebbe essere limitato sia nei dettagli, sia nella complessità. All'estremità opposta del continuum, il trauma può essere derivato da una disattenzione emotiva legata ad un'affettività depressa o disorientata associata a bassa stimolazione. Entrambi gli estremi potrebbero contribuire alla mancanza di codifica di quello che si è vissuto al momento del trauma

curva dell'eccitazione, esso deve essere aumentato per poter ottenere un'attivazione emotiva, mentre se il livello di eccitazione è troppo alto, esso deve essere abbassato. In terzo luogo, in condizioni di elevata eccitazione, come in una situazione di emergenza o traumatica, l'attenzione è molto ridotta e l'esperienza emotiva, se si verifica, è estremamente semplificata, mentre il tipo di esperienza correttiva che porta al cambiamento è una miscela più complessa di emozioni, come ad esempio la sensazione di essere accettati e assistiti associata alla paura di ricevere critiche e rifiuti, il che richiede livelli più moderati di eccitazione.

Una psicoterapia efficace avviene in condizioni di sicurezza promosse da un'alleanza terapeutica in cui il paziente può contare sul terapeuta per essere aiutato a fare nuove esperienze senza che esse siano eccessivamente soffocanti.

5. Le interazioni di emozione, stress e memoria

Da tempo si è compreso che la memoria è influenzata dalla presenza sia di attivazione emotiva sia di stress fisiologico, che sono una conseguenza diretta di eventi traumatici. Esiste un'ampia letteratura cognitivo-comportamentale sull'influenza dell'emozione sull'attenzione e sulla memoria (per una panoramica, vedere Hoscheidt et al. 2013; LaBar & Cabeza 2006; McGaugh 2003; Roozendaal et al. 2009). Per esempio, una persona che vive un determinato stato emotivo selezionerà le informazioni da considerare ed elaborare tra quelle che sono coerenti con il suo stato emotivo presente, un effetto sull'attenzione definito come "congruenza emotiva". In più, quando una persona vive un evento in un particolare stato emotivo, l'evento si imprime meglio nella memoria se la persona è in uno stato emotivo simile e, in questo caso, si parla di memoria dipendente dall'emozione o, più in generale, di memoria dipendente dallo stato (Eich et al. 1994). L'intensità dell'emozione provata durante l'evento originario, indipendentemente dalla sua valenza positiva o negativa, aumenta le probabilità che il ricordo venga recuperato in modo vivido e che l'emozione originaria sia rivissuta così come la manifestazione viscerale o corporea dell'emozione (Talarico et al. 2004). È probabile che questi effetti comportamentali siano mediati dalle interazioni tra molte parti del cervello, tra le quali l'amigdala e l'ippocampo, che svolgono un ruolo importante nella mediazione tra emozione e memoria. Studi importanti condotti su animali ed esseri umani hanno dimostrato che l'attivazione emotiva ha origine nell'aumento dell'interazione fisiologica tra l'amigdala e l'ippocampo, determinando una migliore comprensione e un consolidamento a lungo termine dell'informazione trasmessa dall'eccitazione emotiva (Cahill 2000; Murty et al. 2010; Phelps 2004; Vyas et al. 2002).

L'ulteriore influenza di stress sulla memoria emotiva è complessa, talvolta determina una migliore memoria di eventi precedenti, talvolta una ricomposizione alterata degli stessi (Kim & Diamond 2002; Lupien et al. 2005). Gli effetti dello stress sono in parte dovuti all'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene che determinano una cascata di ormoni dello stress culminante nel rilascio di glucocorticoidi (cortisolo) dalla corteccia surrenale. In molte zone del cervello importanti per la memoria emotiva (ippocampo, corteccia prefrontale, amigdala) si trovano dense concentrazioni di recettori di glucocorticoidi e la funzione di queste zone viene influenzata dall'elevata presenza di ormoni dello stress (de Quervain et al. 2003). Anche se l'esposizione prolungata allo stress interferisce con la funzione della memoria, aumenti acuti di glucocorticoidi migliorano la comprensione e il consolidamento di nuovi ricordi emotivi (per uno studio, vedere Lupien et al. 2005; Maren 1999; McGaugh & Roozendaal 2002). L'aspetto interessante è che, mentre migliorano la memoria dell'esperienza emotiva, gli ormoni dello stress possono in realtà alterare la memoria di elementi neutri dello stesso evento (de Quervain et al. 2000, 2003). In uno studio condotto da Payne et al. (2006), i partecipanti sono stati sottoposti a situazioni sociali stressanti, determinando un aumento dei livelli di cortisolo, ed è stato loro mostrato un racconto in slideshow che includeva sia informazioni neutre

sia stimolanti. Immediatamente dopo l'evento, i partecipanti alteravano il ricordo degli elementi neutri, mentre il ricordo delle informazioni emotive salienti ed eccitanti era preservata in relazione a un gruppo di controllo no-stress. Successivamente, Payne et al. (2007) hanno mostrato che a distanza di una settimana, il ricordo degli elementi di eccitazione emotiva era migliorato mentre il ricordo di materiale vicino al neutro era alterato. Queste scoperte sono coerenti con la nozione di memoria tunnel, in cui alti livelli di eccitazione favoriscono il ricordo dei dettagli centrali di un evento (probabilmente quelli più rilevanti dal punto di vista emotivo) a discapito dei dettagli periferici (Burke et al. 1992; Christianson 1992; Christianson & Loftus 1991).

Ai fini di questa discussione, sono importanti quei casi di grave stress durante un evento di attivazione emotiva come uno stupro, un combattimento, un incidente o un altro evento personale traumatico. In queste circostanze, lo stress compare per migliorare l'elaborazione e il successivo ricordo degli aspetti emotivi salienti dell'esperienza. L'aspetto emotivo di quel successivo ricordo è probabilmente più intenso perché gli elementi neutri dello stesso evento vengono rievocati meno facilmente più avanti nel tempo. Tuttavia, l'elaborazione delle risposte emotive al tempo del trauma possono venire compromesse se il livello di attivazione è sufficientemente alto. Per esempio, un ampio studio sul ricordo degli eventi accaduti l'11/09/2001 ha rivelato che ricordare le emozioni vissute durante l'evento era peggio che ricordare i fatti (Hirst et al. 2009).

È importante sottolineare che i partecipanti allo studio di Payne et al. (2006; 2007) erano esposti a uno stress sociale immediatamente prima di vivere l'evento da ricordare, e quindi i risultati spiegano quanto lo stress influisca sull'acquisizione iniziale e sul primo consolidamento dei ricordi emotivi. Al contrario, lo stress vissuto nel ricordare gli eventi precedenti determina un'ampia alterazione della memoria, indipendentemente dall'emotività del materiale (Kuhlmann et al. 2005a; 2005b).

Questo è coerente con molti esempi concreti, come sostenere un esame o parlare in pubblico, dove lo stress nel recupero della memoria può avere conseguenze negative. Questa interferenza con il recupero della memoria può avere in realtà un effetto positivo durante la terapia di esposizione. Il cortisolo facilita l'estinzione della paura (Soravia et al. 2006). Roozendaal e colleghi (Roozendaal et al. 2006; vedere anche Vocks et al. 2007) hanno suggerito che l'estinzione della paura durante la terapia dell'esposizione può essere ancora più efficace grazie agli effetti del cortisolo nell'attenuare il recupero di eventi traumatici del passato.

Questi meccanismi sono importanti per l'elaborazione e la memorizzazione di esperienze altamente emotive o stressanti che vengono ricordate o discusse successivamente durante la psicoterapia. Per gli eventi passati non associati a livelli di eccitazione estremamente alti o bassi, sarà in seguito facile accedere ai ricordi emotivi e la memoria amplificherà gli elementi emotivi del ricordo a danno delle informazioni neutre. Ricordare in queste circostanze facilita anche il ripristino dell'esperienza emotiva, comprese le componenti viscerali dell'emozione che si sono vissute in origine. Per gli eventi traumatici del passato con livelli estremi di attivazione, tuttavia, è più limitato l'accesso a dettagli, compresi quelli vissuti al momento dell'evento, a causa dell'interferenza dell'eccitazione con l'elaborazione iniziale dell'evento. La nostra discussione sottolinea la relazione completa tra ricordi del passato e reazioni emotive nel presente e inoltre aiuta a spiegare come i ricordi precedenti possano alterarsi nel tempo quando componenti emotive prevalgono su altre informazioni, con tutta probabilità più misurate. In realtà, Rubin et al. (2008) hanno proposto che i sintomi del disturbo post-traumatico da stress derivino non dall'esperienza emotiva dell'evento originario di per sé, ma dalla memoria esplicita di quell'evento, che si compone e ricomponi nel ricordarlo più volte. Questo ci porta a una discussione più ampia sulla natura dinamica dei ricordi.

6. La natura dinamica della memoria

Dopo l'esperienza di un evento, il suo ricordo attraversa un processo di stabilizzazione, spesso definito consolidamento, che lo rende più resistente

La memoria è influenzata dalla presenza sia di attivazione emotiva sia di stress fisiologico. L'intensità dell'emozione provata durante l'evento originario, positiva o negativa, aumenta le probabilità che il ricordo venga recuperato in modo vivido. È probabile che questi effetti siano mediati dalle interazioni tra amigdala e ippocampo. Gli effetti dello stress sono in parte dovuti all'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene che determina una cascata di ormoni dello stress culminante nel rilascio di glucocorticoidi dalla corteccia surrenale. In molte zone del cervello importanti per la memoria emotiva (ippocampo, corteccia prefrontale, amigdala) si trovano dense concentrazioni di recettori dei glucocorticoidi.

all'interferenza di altre esperienze simili, e più facile da ricordare nel tempo (Dudai 2004;McGaugh 2000). Il consolidamento, tuttavia, non sfocia in una rappresentazione immutabile. I ricordi non sono una registrazione perfetta del passato, ma attraversano un processo di revisione e trasformazione nel tempo e, cosa importante, vengono ricordati. La nozione di recupero della memoria come di un processo dinamico e costruttivo piuttosto che di un semplice replay dell'evento originale ha fondamenta empiriche, a cominciare dal famoso studio di Bartlett (1932) "War of the Ghosts" (La guerra dei fantasmi). Usando il metodo da lui definito di riproduzione ripetuta, Bartlett dimostrò che ricordare ripetutamente una storia finisce per produrre una versione più breve e stereotipata della stessa, mancante di dettagli o con aggiunte e trasformazioni. Lo studio osservazionale di Bartlett fu riprodotto empiricamente da Bergman e Roediger (1999), i quali egualmente riscontrarono che i partecipanti alteravano le informazioni e introducevano nuove parti alla storia, più spesso a distanza di sei mesi.

Studi come questi, incentrati sul ricordo di storie brevi appena acquisite o di liste di parole, immagini e scene, possono avere un'importanza limitata riguardo al ricordo di emozioni personali, ricche e importanti, e di informazioni associate a ricordi autobiografici. Al contrario di quanto osservato da Bartlett (1932), i ricordi autobiografici altamente emotivi e importanti per il soggetto spesso diventano sempre più coerenti nel modo in cui sono ricordati, persino "secondo copione", attraverso il continuo richiamo nel tempo (Nadel et al. 2007; Neisser & Harsch 1992). Neisser e Harsch (1992) suggeriscono che raccontare ripetutamente questi ricordi dia loro una struttura narrativa che con il tempo è sempre più coerente. Raccontare queste storie può anche determinare un numero crescente di dettagli, che vengono ripetuti nel corso del tempo, anche a distanza di un anno (Campbell et al. 2011). Se questi dettagli siano accurati, tuttavia, è impossibile dirlo. Studi sul recupero della memoria autobiografica raramente possono dare riscontri accurati, perché è difficile che si possa fare un confronto con la cronaca oggettiva dell'evento originario. Un'unica eccezione è l'analisi a cura di Ulrich Neisser (1981) della testimonianza di John Dean sul suo coinvolgimento nel caso Watergate durante la presidenza Nixon. Neisser confrontò gli ampi resoconti di Dean sugli incontri importanti ed emotivamente intensi avvenuti nello Studio Ovale alla Casa Bianca con le registrazioni dei nastri originali degli stessi incontri realizzati in segreto da Nixon. Neisser riscontrò che i resoconti di Dean erano in generale privi delle informazioni corrette, nonostante la sua grande convinzione di accuratezza. Ad ogni modo, Neisser notò che le informazioni principali contenute nelle memorie di Dean – chi sapeva cosa, chi fece cosa – erano accurate, anche se i ricordi stessi dell'evento erano stati revisionati e ricostruiti a un livello sorprendente, un fenomeno che Neisser chiamò di "memoria repisodica".

Ai fini di questa discussione sono rilevanti anche i ricordi fotografici – ricordi vividi e duraturi- spesso legati a eventi di shock o eccitazione emotiva e dal forte impatto sociale. Questi ricordi contengono sia "l'evento, il fatto" sia una componente "autobiografica" – per es. ognuno ricorda cosa accadde l'11/09/2001 (l'evento, il fatto) ma anche dove si trovava, con chi era, a chi lo disse e le reazioni emotive proprie e delle persone intorno a sé (la parte autobiografica). Ai partecipanti viene di solito chiesto in due momenti successivi di ricordare i dettagli personali più importanti, come per esempio dove si trovavano quando hanno sentito la notizia e chi ha dato loro la notizia. Anche un anno o più dopo la prima volta che si è chiesto di ricordare, tra il 75% e l'80% delle persone sono in grado di dare risposte coerenti a queste domande (Berntsen & Thomsen 2005; Cohen et al. 1994; Davidson et al. 2006). Tuttavia la coerenza nel tempo non equivale ad accuratezza. Pezdek (2003) riscontrò che quasi i ¼ dei partecipanti riportarono, in modo inesatto, che l'11/09/2001 videro un filmato del primo aereo colpire la prima torre. Allo stesso modo, Ost et al. (2002) riscontrarono che il 45% del campione britannico riportò che avevano visto un filmato dell'incidente d'auto in cui morì Diana, Principessa del Galles. In entrambi i casi, non esiste il filmato con la registrazione degli incidenti. Coluccia et al. (2006) suggerisce che, in particolare quando si ricorda ripetutamente nel corso del tempo, nel ricordo vengono incorporate informazioni aggiuntive che sono sia

Dopo l'esperienza di un evento il suo ricordo attraversa un processo di consolidamento, cioè non sfocia in una rappresentazione immutabile : il recupero della memoria è un processo dinamico. Ricordare ripetutamente una storia finisce per produrre una versione più breve e stereotipata della stessa. Al contrario, i ricordi autobiografici altamente emotivi presentano un numero crescente di dettagli, persistenti nel tempo. Ma se questi dettagli siano accurati, tuttavia, è impossibile dirlo: nel ricordo vengono incorporate informazioni aggiuntive che sembrano rivestire una funzione adattiva.

autoprodotte sia vissute attraverso altre sorgenti a distanza di tempo dall'evento (vedere anche Neisser & Harsch 1992). La versione alterata del ricordo viene quindi costantemente richiamata nel tempo. È interessante che queste alterazioni del ricordo non influiscono sulla convinzione di sé della persona che ricorda – cosa le persone “ricordano” in un dato momento è vivido ed emotivamente coinvolgente, indipendentemente dalla veridicità del ricordo (Neisser & Harsch 1992; Talarico & Rubin 2003). Lo stesso è stato riscontrato per i ricordi di eventi traumatici. In una raccolta (Van Giezen et al 2005) di 17 studi sui ricordi di esperienze traumatiche vissute in combattimento e non, furono riscontrate delle inesattezze quando ai partecipanti veniva chiesto di raccontare i ricordi in due momenti differenti (per la discussione, vedere Rubin et al. 2008).

La natura ricostruttiva del ricordo potrebbe essere vista come un elemento difettoso della memoria. Infatti, nella letteratura sui ricordi fotografici, si intendono le alterazioni del ricordo non come semplici revisioni, ma come errori o inesattezze. Quale senso ha un sistema della memoria se non fornisce rappresentazioni stabili e fedeli degli eventi passati? La ricerca cognitiva ha chiaramente dimostrato che le persone commettono errori nel ricordare, anche quando sono estremamente convinte di ciò che affermano, e che questi errori aumentano con il passare del tempo e a forza di ricordare. Tuttavia, la natura dinamica del ricordo può essere anche vista come positiva: fornisce un importante meccanismo per comprendere come la conoscenza esistente sia rivedibile alla luce di nuove informazioni. Klein et al. (2002) descrivono l'importanza del ricordo come funzione adattiva, una funzione che può (e dovrebbe) modificarsi nel tempo in base alle nuove esperienze e ai cambiamenti in atto nel contesto. Il comportamento adattivo, secondo Klein et al. (2002) dipende da un'interazione tra le regole di decisione, nate da molteplici esperienze che guidano il comportamento del soggetto (memoria semantica), e il ricordo di eventi specifici (memoria episodica), che fornisce condizioni limite o aspettative a tali regole. Importante ai fini di questa discussione, la nozione di memoria dinamica e adattiva è cruciale per comprendere come i ricordi dolorosi o disturbanti possano trasformarsi durante la psicoterapia e il processo di esperienza correttiva. Nei capitoli successivi viene spiegato come possano aiutare a comprendere i meccanismi che sottendono al cambiamento terapeutico sia il fatto che la memoria si aggiorni sia la natura interattiva della memoria episodica e di quella semantica.

7. Riconsolidamento della memoria

Come già detto, il consolidamento si riferisce all'idea che i ricordi di un evento attraversino un processo di stabilizzazione, che li rende meno suscettibili di interferenza da parte di esperienze simili e più facili da ricordare con il passare del tempo. Negli ultimi anni, sono emerse due diverse interpretazioni di quello che accade nel cervello durante il consolidamento. Secondo un'interpretazione, spesso definita “modello standard del consolidamento della memoria” (Squire & Alvarez 1995), il cervello si struttura attraverso una transizione che recupera il ricordo nel tempo, dalla struttura del lobo mediale temporale, che include l'ippocampo, alla struttura neocorticale, che include la corteccia prefrontale. Cosa importante è che, mentre hanno luogo il processo di consolidamento e la transizione concomitante, il contenuto dei ricordi resta inalterato.

Nadel and Moscovitch (1997; Moscovitch & Nadel 1999) hanno sviluppato una teoria alternativa sul consolidamento della memoria, nota come teoria della traccia multipla (multiple trace theory - MTT). Piuttosto che focalizzarsi sul semplice passare del tempo, la teoria sostiene che ricordare ripetutamente eventi passati rafforzi la rappresentazione del ricordo dell'evento originale. Come il modello standard del consolidamento della memoria, la MTT ipotizza che il consolidamento della memoria a lungo termine implichi una lunga interazione tra la regione ippocampale dei lobi mediali temporali e le regioni neocorticali.

A differenza di quel modello, però, la MTT suppone che l'ippocampo resti parte integrante delle tracce di memoria e per questo sia sempre implicato nel recupero della memoria episodica a lungo termine indipendentemente dall'anzianità del ricordo. Avvalorano questa ipotesi alcuni studi di neuroimaging, che mostrano come il recupero di ricordi episodici dettagliati attivi l'ippocampo indipendentemente da quanto siano vecchi questi ricordi, anche 40 o più anni (per es., Ryan et al. 2001; vedere Moscovitch et al. 2006 per una panoramica).

Il modello standard del consolidamento della memoria suggerisce che subito dopo aver appreso l'informazione segue un periodo di tempo durante il quale la memoria è fragile e labile, ma dopo un periodo di tempo sufficiente, la memoria resta più o meno permanente. In questo periodo di consolidamento, è possibile interrompere la formazione del ricordo, ma una volta superata la finestra di tempo, il ricordo può essere modificato o represso, ma non eliminato. Al contrario, la MTT suggerisce che ogni volta che un ricordo viene rievocato, le tracce di memoria sotterranea rientrano in uno stato di fragilità e labilità, che richiede un nuovo periodo di consolidamento, definito "riconsolidamento" (Nadel et al. 2000). Il periodo di riconsolidamento fornisce un'ulteriore opportunità di modificare o, in circostanze opportune, persino fermare l'accesso a quel ricordo.

La MTT ipotizza che ogni volta che la memoria episodica viene rievocata o recuperata si attiva un nuovo livello di elaborazione, che porta ad arricchire la rappresentazione o a tracce di memoria che rendono i dettagli dell'evento più accessibili o più facili da ricordare in futuro. Il processo ha inizio soprattutto a partire dal recupero attivo o dalla rievocazione, anche se può iniziare anche per la riattivazione off-line, che avviene durante il sonno, e per la riattivazione indiretta indotta da reminder (Hardt et al. 2010; Hubbach et al. 2007; Nadel et al. 2007; Wilson & McNaughton 1994). Ogni volta che un evento viene ricordato o rielaborato, si crea una traccia aggiornata che incorpora l'informazione dalla traccia passata insieme ai nuovi elementi dello stesso episodio di recupero – l'esperienza di ricordo – determinando tracce più forti e alterate. Queste tracce alterate possono includere elementi aggiunti del contesto di esperienza del ricordo, nuove rilevanti informazioni sul ricordo originale o persino nuove informazioni che inavvertitamente (forse in modo non corretto) si generano nell'atto del ricordare, come nel caso dei ricordi fotografici descritti in precedenza. A questo proposito, la MTT ritiene che i ricordi non siano la ricostruzione fedele dell'evento originale, ma vengano revisionati e rielaborati con il passare degli anni e, aspetto importante, a forza di ricordare. Il processo di riconsolidamento, da questo punto di vista, non solo stabilizza e rafforza i ricordi, ma li altera qualitativamente con l'esperienza di ricordo.

Questa interazione dinamica tra il recupero della memoria e il riconsolidamento è stato provato con esperimenti sia su animali che su esseri umani. Gli studi animali hanno dimostrato che ricordi stabili e ipoteticamente consolidati possono essere fermati dopo la riattivazione (Nader et al. 2000), persino quando la riattivazione non è altro più che una rievocazione del contesto spaziale dell'evento originario. Uno studio di Nader et al. (2000) ha rilevato l'utilità di questo aspetto nel controllo delle reazioni di paura. In questo studio, i topi erano indotti a temere un suono, e poi passati 14 giorni erano sottoposti a una versione non rinforzata dello stesso suono. A questo "memo" seguiva l'introduzione nell'amigdala dell'anisomicina, inibitore della sintesi proteica che blocca il consolidamento dei. Anche se la finestra di tempo per il consolidamento era chiusa, i topi che ricevevano anisomicina dopo lo stimolo memo non mostravano evidenza di paura nei successivi test. I topi a cui era iniettata la salina dopo lo stimolo memo mostravano una normale condizione di paura. Questi risultati suggeriscono che i ricordi di paura subiscono un riconsolidamento ogni qualvolta sono ricordati, e che questo processo di riconsolidamento può essere interrotto, in apparenza eliminando le reazioni di paura apprese in precedenza.

In questa discussione è importante distinguere il riconsolidamento della memoria dal fenomeno comportamentale dell'estinzione. Negli studi animali sia sul riconsolidamento sia sull'estinzione, un elemento della situazione appresa (il contesto, o uno stimolo condizionante – conditional

Sono emerse due diverse interpretazioni di quello che accade nel cervello durante il consolidamento. Secondo il modello standard, che include l'ippocampo, la struttura neocorticale, la corteccia prefrontale, durante il consolidamento il contenuto dei ricordi resta inalterato. Secondo la teoria alternativa di Nadel e Moscovitch (teoria della traccia multipla—MTT), ricordare ripetutamente eventi passati rafforza la rappresentazione del ricordo dell'evento originale. In questo processo l'ippocampo resta parte integrante delle tracce di memoria indipendentemente dall'anzianità del ricordo. Il periodo di fragilità e labilità della memoria durante il consolidamento avverrebbe non solo all'inizio, ma ogni volta che un ricordo viene rievocato (riconsolidamento). Il periodo di riconsolidamento fornisce un'ulteriore opportunità di modificare o persino bloccare l'accesso a quel ricordo.

stimulus CS) viene presentato senza la sua precedente conseguenza – lo stimolo incondizionato (US). In quasi tutte le sperimentazioni con i topi lo stimolo incondizionato US consiste in una scossa somministrata attraverso il pavimento. Per via di questa somiglianza, ci si è chiesti come distinguere l'uno dall'altra – e questo è particolarmente importante per la nostra discussione, perché si pensa che il riconsolidamento cambi davvero i componenti del ricordo riattivato, mentre si presume che l'estinzione crei semplicemente un nuovo ricordo che sovrascrive la risposta appresa in precedenza (Milad & Quirk 2002). Quindi, una risposta "estinta" non è davvero persa, perché può ricomparire spontaneamente con il passare del tempo o può essere ristabilita se l'organismo è esposto a un segnale importante nel nuovo contesto. Di recente si è dimostrato che le cascate molecolari in questi due casi sono differenti, e che se il riconsolidamento o l'estinzione sono innescati dalle dinamiche temporali della procedura di test e da come il ricordo in questione sia stato formato e/o riattivato di recente (de la Fuente et al. 2011; Inda et al. 2011; Maren 2011). A oggi è certo che il riconsolidamento e l'estinzione siano reazioni distinte dalla riattivazione di un ricordo, mentre le condizioni che determinano l'uno o l'altra sono ancora tutte da scoprire.

Negli esseri umani, Hupbach et al. (2007, 2008) hanno dimostrato che quando i ricordi sono riattivati attraverso stimoli memo tendono a modificarsi attraverso la presentazione di materiale simile, che poi viene incorporato nel ricordo dell'evento originario. Usando un semplice paradigma di interferenza, Hupbach et al. (2007) durante la prima sessione hanno chiesto ai partecipanti di imparare un set di oggetti. Quarantotto ore più tardi a un gruppo di partecipanti veniva dato loro un memo della prima sessione e subito dopo gli veniva chiesto di imparare un secondo set di oggetti. Un secondo gruppo non riceveva il memo ma gli veniva semplicemente chiesto di imparare il secondo set di oggetti. Dopo ulteriori 48 ore, veniva chiesto di ricordare solo il primo set di oggetti, ossia quello appreso durante la prima sessione. Nel ricordo dei partecipanti a cui era stato dato il "memo" c'era numerosi oggetti del set successivo, mentre in quello degli altri partecipanti non ce n'erano quasi per niente. I risultati mostrano che negli esseri umani i ricordi pre-esistenti si aggiornano e che questo aggiornamento dipende dalla riattivazione del ricordo originario. In seguito Hupbach et al. (2008) hanno dimostrato che memo del contesto spaziale dell'evento originario favorivano l'inclusione di nuove informazioni nel ricordo esistente.

I processi di riattivazione e di rielaborazione, il consolidamento e il riconsolidamento, hanno implicazioni cliniche importanti per la comprensione del processo psicoterapeutico. La MTT è utile a comprendere come ricordi emotivi stressanti possano venire sia rafforzati nel tempo sia modificati attraverso l'esperienza correttiva. Si consideri, per esempio, un evento emotivamente stressante come un tradimento o un abbandono. Come si è visto, la reazione emotiva è parte integrante del ricordo, connessa attraverso il contesto spaziale e temporale dell'evento e legata al sé, e determina un ricordo autobiografico. Più alto è il livello della reazione emotiva, più è alta la probabilità di ricordare la situazione nel tempo (McGaugh 2003). Quando un ricordo viene rievocato, la risposta viene richiamata e l'amigdala riattiva la risposta empatica. Secondo la MTT, l'evento ricordato e la nuova esperienza emotiva verranno rielaborati in una nuova ed espansa traccia di memoria. Perciò, il ricordo dell'incidente traumatico originario viene rafforzato, e (con la risposta emotiva ora intensificata) sarà più facile da ricordare.

La MTT fornisce anche un meccanismo utile a comprendere come questa stessa memoria emotiva possa essere modificata. Durante la terapia ai pazienti viene di solito chiesto di ricordare e rivivere un evento doloroso passato, spesso sollecitando una forte reazione emotiva. Se il processo psicoterapeutico porta a una rivalutazione dell'esperienza originaria, ne può derivare una risposta emotiva più adattiva e forse più positiva. L'esperienza correttiva si svolge in un nuovo contesto, quello stesso della terapia, che può quindi venire incorporato nel vecchio ricordo attraverso il riconsolidamento. È importante ripetere che la MTT suggerisce che il processo non è semplicemente imputabile a nuova traccia di memoria che va creandosi, ma che il ricordo stesso dell'evento originario viene trasformato in modo sostanziale.

I processi di riattivazione e di rielaborazione, il consolidamento e il riconsolidamento, hanno implicazioni cliniche importanti per la comprensione del processo psicoterapeutico. La MTT è utile a comprendere come ricordi emotivi stressanti possano venire sia rafforzati nel tempo, sia modificati attraverso l'esperienza correttiva. La MTT suggerisce che il processo non è semplicemente imputabile a nuova traccia di memoria che va creandosi, ma che il ricordo stesso dell'evento originario viene trasformato in modo sostanziale. Da questo punto di vista, la psicoterapia è un processo che non solo concorre a nuove esperienze, ma cambia anche la comprensione dell'esperienza passata in modo sostanziale attraverso il recupero della memoria.

È plausibile che, una volta che questa trasformazione è completa, non sia più possibile rievocare il ricordo originario, compresa la risposta emotiva ad esso associata, così com'era nella sua forma precedente. Da questo punto di vista, la psicoterapia è un processo che non solo concorre a nuove esperienze, ma cambia anche la comprensione dell'esperienza passata in modo sostanziale attraverso il recupero della memoria.

Se vivere un'emozione qualitativamente differente durante l'esperienza di ricordo può in seguito modificare la responsività emotiva ai ricordi, è plausibile che il blocco indotto dai farmaci alla formazione di un nuovo ricordo può portare allo stesso risultato. Portando la nozione di riconsolidamento a uno step successivo negli esseri umani, i ricercatori hanno ora incominciato a studiare la possibilità di modificare i ricordi traumatici passati attraverso l'impiego di farmaci, che bloccano la risposta emotiva durante l'esperienza di ricordo. Per esempio, la somministrazione di propranololo, un antagonista dei recettori beta-adrenergici, può bloccare il riconsolidamento del ricordo di paura nei topi, influenzando indirettamente la sintesi proteica nell'amigdala (Debiec & Ledoux 2004). L'effetto del propranololo nell'alterare il riconsolidamento dei ricordi emotivi negli esseri umani è stato dimostrato in uno studio fMRI (Schwabe et al. 2012).

Il propranololo è stato somministrato ad alcuni soggetti subito dopo aver vissuto un evento traumatico (Pitman et al. 2002), e anche a pazienti PTSD subito dopo aver rievocato il ricordo traumatico (Brunet et al. 2008), bloccando la risposta emotiva al ricordo e, in entrambi i casi, diminuendo la responsività emotiva a ricordare in seguito. Anche se fa ben sperare, questo trattamento ha innescato un acceso dibattito sui termini legali ed etici legati alla questione dello "spegnere i ricordi" (memory dampening), così come è stata definita (Kolber 2006; Tenenbaum & Reese 2007).

8. L'integrazione della memoria semantica con la memoria autobiografica

La memoria autobiografica e quella semantica sembrano, almeno dal punto di vista fenomenologico, piuttosto differenti l'una dall'altra. La memoria autobiografica o episodica implica il pensare a un evento passato – personale, emotivo, imbevuto di dettagli, unico nel tempo e nello spazio – ed è spesso molto importante per il nostro senso del sé e per il significato della nostra vita. La memoria semantica, invece, ha a che fare con la conoscenza e con le regole di comportamento acquisite nel corso delle esperienze della propria vita – è fattuale e tipicamente priva di emozione o riferimento al sé o a tempi e luoghi specifici. Anche se la conoscenza semantica veicola dei significati, raramente sono di tipo personale rappresentato in ricordi autobiografici ed episodici. Invece, ci fornisce delle aspettative e ci permette di predire gli outcome di nuove situazioni usando la conoscenza generica ottenuta da situazioni passate simili. La distinzione, come sottolineato da Tulving (1983), è incentrata originariamente sui differenti tipi di informazione elaborata dai due sistemi, contesti spazio-temporali unici per la memoria episodica, e fatti e concetti per la memoria semantica. Più di recente, Tulving (2002; 2005) ha sottolineato che ciò che distingue la memoria episodica non è tanto il tipo di informazione che viene elaborata, ma invece l'esperienza fenomenica del ricordare, o *autonoesis*. Secondo Tulving (2002; p. 5) "[la memoria episodica] rende possibile un viaggio nel tempo mentale attraverso un tempo soggettivo, dal presente al passato, e permette perciò di rivivere, attraverso la consapevolezza autonoetica, le proprie esperienze passate. Le sue operazioni richiedono, ma vanno oltre, il sistema della memoria semantica". La formulazione così aggiornata suggerisce che la memoria episodica e quella semantica siano sistemi di rappresentazione, che insieme catturano entrambi le regolarità e le irregolarità del mondo, permettendo alle persone di creare concetti e categorie (ricordi semantici) e di catturare anche il tempo e il luogo quando una particolare combinazione di entità è stata vissuta.

Da tempo si ritiene che la memoria episodica e quella semantica siano relativamente indipendenti l'una dall'altra, da un punto di vista sia funzionale sia anatomico (Aggleton & Brown 1999; Schacter & Tulving

Memoria autobiografica e semantica differiscono l'una dall'altra. Quella autobiografica o episodica implica il pensare a un evento passato – personale, emotivo, imbevuto di dettagli, unico nel tempo e nello spazio – spesso molto importante per il nostro senso del sé e per il significato della nostra vita. La memoria semantica, invece, ha a che fare con la conoscenza e con le regole di comportamento – è fattuale e tipicamente priva di emozione o riferimento al sé o a tempi e luoghi specifici. Ci permette di predire gli outcome di nuove situazioni usando la conoscenza generica ottenuta da situazioni passate simili. I due tipi di memoria, classicamente ritenuti indipendenti, più recentemente vengono visti come sistemi interattivi e complementari.

1994; Schacter et al. 2000; Tulving & Markowitsch 1998). Uno studio recente, tuttavia, ha messo in questione questa indipendenza (vedere Ryan et al. 2008b per una panoramica). In una serie di studi funzionali MRI, Ryan e colleghi hanno dimostrato che i risultati del recupero semantico ed episodico in un pattern simile di attivazione dell'ippocampo, in particolare quando i compiti erano combinati per contenuto spaziale (Ryan et al. 2008a, 2010; Hoscheidt et al. 2013). In linea con Tulving (2002), la memoria semantica e quella episodica vengono viste come sistemi interattivi e complementari. Sia le strutture semantiche sia i singoli ricordi episodici sono importanti per identificare circostanze familiari, interpretando nuovi eventi e prevedendo gli outcome, e per scegliere i comportamenti appropriati in risposta alle situazioni e alle interazioni personali. Barsalou (1988) sostiene da tempo l'idea che la conoscenza semantica sia incorporata in una rete di ricordi autobiografici. Gli episodi sono intesi come singoli eventi legati ad altri episodi connessi. La memoria semantica deriva in sostanza da ricordi di eventi simili, che possono essere combinati per enfatizzare informazioni comuni vissute nei vari contesti, dando origine a ciò che chiamiamo memoria semantica. Questa idea è alla base dei modelli di analisi semantica latente (Landauer & Dumais 1997). Per questa teoria, l'informazione semantica può non essere differenziabile dalla memoria episodica a livello del cervello quando questa viene per la prima volta acquisita, e solo più tardi si distingue, quando si accumulano esperienze simili e si determinano le regole e le regolarità strutturali. L'informazione allora può essere recuperata separatamente da uno specifico contesto, se necessario.

Secondo Barsalou (1988), "Nella memoria non ci sono strutture di conoscenza invarianti. Invece, le persone costruiscono di continuo rappresentazioni uniche a partire da conoscenze episodiche e generiche vagamente organizzate al fine di rispondere ai vincoli di particolari contesti" (p. 236). Invece di concentrarsi su concetti astratti, Barsalou sottolinea il ruolo critico delle istanze personalmente rilevanti nel generare la conoscenza semantica. Un esempio concreto viene da uno studio di Ryan et al. (2008a). Ai partecipanti è stato chiesto di dare degli esempi rispondenti alla lista "utensili della cucina" e poi di descrivere a cosa stessero pensando mentre producevano questi esempi. Le risposte sono state allo stesso tempo simili ma anche uniche e personali. Ciascun partecipante ha raccontato qualcosa del tipo "Mi sono immaginato in piedi nella mia cucina a guardare in giro nella stanza, aprire i cassetti e poi cercare nelle credenze." È da notare come sia l'affermazione "nella mia cucina" a guidare la risposta di questo soggetto, piuttosto che un'impersonale espressione come "una tipica cucina", che ha portato alcuni soggetti a dare a oggetti come la "macchina per il caffè espresso" un posto di spicco nella lista. Lo studio è interessante perché suggerisce che la memoria semantica non sia semplicemente una testimonianza immutabile di una conoscenza acquisita in precedenza, ma qualcosa di generativo, flessibile, legato al contesto e soggetto alla revisione dell'esperienza personale. La memoria semantica viene generata da capo ogni volta che serve, più o meno come notato da Bartlett (1932) e da altri (Bergman & Roediger 1999; Nadel et al. 2007): i ricordi episodici sono ricomposti e rivisti nel tempo attraverso molteplici rievocazioni. Questo contrasta con la distinzione classica tra ricordi episodici e semantici e con la supposizione che la memoria semantica, almeno, sia una riproduzione fedele di una conoscenza acquisita in precedenza.

Che cosa implica il vedere la memoria episodica e quella semantica come sistemi interattivi ai fini della comprensione della psicoterapia? Suggestisce che i ricordi di eventi stressanti o traumatici che suscitano risposte emotive siano inglobati nelle strutture semantiche utilizzate per predire gli outcome di esperienze successive e per scegliere risposte emotive e comportamentali appropriate (o inappropriate) a nuove situazioni. È facile comprendere come ricordi del passato altamente emotivi e facili da rievocare diventino la base dominante di risposte maladattive a nuove circostanze che hanno caratteristiche simili all'evento stressante originario.

Altro aspetto importante di questa teoria è che ci sono molteplici strade che portano a un cambio di comportamento e per il processo di elaborazione ("working through"). Le nuove esperienze che in terapia

Se si tratta di sistemi interattivi, i ricordi di eventi stressanti o traumatici che suscitano risposte emotive possono essere inglobati nelle strutture semantiche utilizzate per scegliere risposte emotive e comportamentali appropriate (o inappropriate) a nuove situazioni. Alla luce di ciò, nonostante diverse forme di psicoterapia diano maggiore enfasi ad una componente o ad un'altra, è lecito pensare che tutte si occupino in realtà di aspetti diversi di uno stesso fenomeno e che il successo di una determinata modalità dipenda dalla capacità dei professionisti di accedere ad una struttura di memoria integrata.

aggiornano i ricordi di eventi precedenti attraverso il riconsolidamento contribuiscono anche a un cambiamento delle strutture semantiche. L'applicazione della nuova conoscenza e la sperimentazione dei risultati in una varietà di contesti può essere vista come la creazione di molteplici esperienze episodiche, che amplieranno la sfera di applicazione di una nuova conoscenza elaborata nella memoria semantica. Si pensa che il collegamento alle risposte emotive (come proposto nel nostro modello di memoria integrata) si traduca in maggiore flessibilità adattiva e in successo rispetto alle difficoltà che portano il cliente a cercare il trattamento.

9. Implicazioni di questa sintesi integrativa

Ribadendo, le risposte emotive, i ricordi autobiografici e le strutture semantiche derivate da essi sono indissolubilmente legati tra di loro. Insieme costituiscono una struttura di memoria integrata raggiungibile grazie a risposte emotive stimulate, tra cui le tendenze all'azione e i comportamenti che esprimono emozione, i dettagli percettivi associati all'evento/i e i conseguenti principi, regole e schemi utilizzati per interpretare le nuove situazioni. Tutti questi elementi hanno la capacità di attivare la struttura mnemonica e, cosa importante, una volta attivata, ciascun componente è in grado di aggiornare gli altri componenti mediante il riconsolidamento.

La risposta emotiva non è separata dal ricordo degli eventi che si sono verificati quando questa risposta è stata sperimentata per la prima volta. Così come non lo sono le strutture semantiche raggiunte senza ripristinare le informazioni personali pertinenti e, soprattutto in quelle circostanze in cui la memoria è stata saldamente riconsolidata, non lo sono i ricordi specifici che aggiungono informazioni fondamentali a tale struttura.

Tenendo conto di queste considerazioni, diventa possibile comprendere ciascuna delle principali modalità sopra descritte, concentrandosi su un metodo specifico per entrare o prendere parte alla struttura integrata della memoria (v. Figura 1). La terapia comportamentale, in materia di risposta emotiva, dà inizialmente maggiore enfasi ai processi impliciti piuttosto che a quelli espliciti. Anche l'EFT preferisce concentrarsi inizialmente sulla risposta emotiva, ma con una maggiore attenzione ai processi espliciti anziché a quelli impliciti. La CBT inizialmente si impegna sulla memoria semantica e sulla psicoterapia psicodinamica ma, con l'attenzione sul "qui e ora" in fase di transfert e sulla relazione con le esperienze passate, preferisce partire dalla memoria autobiografica.

Come discusso nelle sezioni 9.1 - 9.4, tuttavia, una comprensione più completa di come funziona ogni modalità richiede l'esame dell'intera struttura di memoria. Il modello di memoria integrata offre l'opportunità di sviluppare un linguaggio comune che attraversa le discipline e un meccanismo comune che sottolinea il cambiamento in tutte le modalità psicoterapeutiche.

Sosteniamo che tutte le 450 forme di terapia (MacLennan 1996), in relazione alla loro efficacia, si occupino di aspetti diversi di uno stesso fenomeno e che il successo di una determinata modalità dipenda dalla capacità dei professionisti di accedere ad una struttura di memoria integrata che può includere aspetti dell'esperienza non evidenziati in modo esplicito durante un approccio formale. Il modello fornisce uno strumento per mettere in evidenza gli aspetti unici di ogni modalità e può spiegare perché ogni tipo di terapia possa essere quello giusto per affrontare determinati tipi di comportamenti maladattivi e di sofferenze. Esso può anche fornire nuove informazioni suggerendo metodi per ottimizzare il cambiamento all'interno di ogni modalità terapeutica.

Sebbene non sia possibile affrontare ogni tipo di psicoterapia in questo articolo, discuteremo brevemente le implicazioni del modello di memoria integrata per le quattro modalità di terapia evidenziate in questo documento, che si concentrano principalmente su una delle seguenti componenti del modello: la memoria autobiografica, la risposta emotiva, la struttura semantica o la combinazione di esse. Le implicazioni che presentiamo nelle sezioni 9.1 - 9.5 sono teoriche e devono ancora essere sperimentate empiricamente.

9.1. La terapia comportamentale

La terapia dell'esposizione implica che si riviva lo stimolo emotivo in condizioni di sicurezza e controllo. La ricerca mostra come la sollecitazione fisiologica sia un ingrediente essenziale per il cambiamento (Foa et al., 1995). Il successo della terapia migliora quando la risposta emotiva originale, che include la stimolazione fisiologica, viene riattivata in modo sufficiente e successivamente attenuata durante la sessione di terapia (Foa & Kozak 1986, 1998, Lang et al.).

Perciò l'intensità iniziale della sollecitazione è molto importante perché nel tempo consente una maggiore attenuazione della risposta all'attivazione stessa. Si può meglio comprendere questo cambiamento se, considerando il modello di memoria integrata, si osserva come la stimolazione della paura altro non sia che l'espressione di emozioni implicite (risposte visceromotorie, neuroendocrine e somatomotorie) oltre che la più grande struttura di memoria riesaminata in un contesto terapeutico.

Quello che può essere specificamente terapeutico è la combinazione dell'attivazione della vecchia risposta (misurata dallo stimolo) e l'attivazione della nuova sensazione di sicurezza che porta all'aggiornamento della struttura mnemonica. Come osservato precedentemente, questo trasforma l'espressione comportamentale rispetto all'emozione da evitante a non-evitante, e porta ad un cambiamento tale da attenuare la forte risposta visceromotoria iniziale.

Un'altra implicazione è che la terapia comportamentale deriva dalla tradizione comportamentista, che vedeva il comportamento come qualcosa di comprensibile in base alle contingenze ambientali e che non riteneva necessario postulare gli stati mentali come mediatori.

Le prove sopra esaminate, che hanno evidenziato come l'ansia durante la terapia preveda il successo terapeutico, indicano come l'intensità dell'esperienza emotiva sia un fattore decisivo nell'outcome. Anche qui è importante che il paziente sperimenti un senso di sicurezza nella risposta del terapeuta.

Un problema a questo correlato è il grado di eccitazione necessario affinché la terapia abbia successo. Nelle terapie che richiedono la riflessione e la rappresentazione degli stati emotivi, tra cui la CBT, la EFT e gli approcci psicodinamici, il livello di eccitazione deve essere moderato, come descritto in precedenza.

Nella teoria della BT, che non comporta riflessione, non esiste alcun limite al livello di eccitazione fisiologica richiesta o desiderata. D'altra parte, dalla BT si verificano spesso dropout. Questo può essere legato alla capacità dei pazienti di sopportare e integrare l'attivazione terapeutica indotta. Probabilmente il livello di attivazione raggiunta durante la terapia dell'esposizione deve essere abbastanza contenuto affinché si possa rievocare l'esperienza traumatica vissuta e al contempo sentirsi al sicuro.

9.2. La terapia cognitivo-comportamentale

La CBT si concentra sull'identificare i pensieri irrazionali che portano alla sofferenza e sul cambiare tali pensieri al fine di creare un'esperienza emotiva diversa (Butler et al., 2006). Ad esempio, la terapia cognitiva per la depressione di Beck (Beck et al., 1979) ha come scopo quello di ridurre la sensazione di depressione facendo identificare ai pazienti i propri pensieri negativi e facendoli riesaminare, supponendo che il sentimento depressivo derivi da un pensiero maladattivo. Da questa prospettiva, queste interpretazioni sono guidate da strutture semantiche derivanti da esperienze precedenti. Le nuove strutture di valutazione, una volta in vigore, consentono di rivivere la circostanza o lo stimolo originari in un contesto nel quale lo stato emotivo viene alterato e, in seguito a ciò, aggiornato attraverso il riconsolidamento.

Una delle differenze tra la CBT e questo modello è la priorità che si dà alla struttura semantica, che viene utilizzata per provocare risposte emotive dolorose. La CBT parte dal presupposto che i pensieri irrazionali e le

La terapia comportamentale: La terapia dell'esposizione implica che si riviva lo stimolo emotivo in condizioni di sicurezza e controllo.

Quello che può essere specificamente terapeutico è la combinazione dell'attivazione della vecchia risposta e l'attivazione della nuova sensazione di sicurezza che porta all'aggiornamento della struttura mnemonica.

La terapia cognitivo-comportamentale: La CBT sostiene che i pensieri maladattivi precedono la risposta emotiva ad una nuova situazione. Invece il modello di memoria integrata presuppone che la risposta emotiva si verifichi in parallelo con i pensieri maladattivi, non come conseguenza di questi ultimi. Concentrarsi esclusivamente sui pensieri non porta ad alcun cambiamento. Invece, il modello di memoria integrata mette in chiaro il motivo per cui i "compiti a casa" sono così importanti nel condurre al cambiamento nella CBT: attraverso i compiti a casa con le conseguenti nuove esperienze emotive il paziente diventa ripetutamente consapevole dei pensieri maladattivi.

interpretazioni maladattive precedano la risposta emotiva ad una nuova situazione.

Invece il modello di memoria integrata presuppone che i sintomi presenti, e i contesti situazionali che ne derivano, debbano la loro importanza e il loro significato ai ricordi del passato e che inneschino contemporaneamente tutti i componenti della struttura di memoria.

La risposta emotiva si verifica in parallelo con pensieri maladattivi, non come conseguenza di questi ultimi. In questa prospettiva, concentrarsi esclusivamente sui pensieri e sulle valutazioni delle situazioni dolorose non porta ad alcun cambiamento. La CBT può utilizzare i pensieri negativi come metodo per coinvolgere la struttura della memoria, ma senza un'esperienza emotiva nuova e più positiva che vada a sostituire le risposte precedenti, non vi può essere cambiamento.

Ciò è coerente con la visione di Teasdale secondo cui la CBT altera l'atteggiamento nei confronti dei pensieri (ad esempio, ho questi pensieri, ma potrei averne altri), non i pensieri stessi (Teasdale et al., 2002). Come tale, anche se la CBT tradizionalmente si concentra su emozioni come la depressione come outcome, il modello attuale mette in evidenza l'attivazione emotiva come mediatore del successo terapeutico. Allo stesso modo, anche se la CBT non pone enfasi sull'esplorazione di ricordi passati che hanno originato lo sviluppo della risposta maladattiva, utilizza chiaramente l'esplorazione di esperienze simili, seppur più recenti, che hanno suscitato reazioni negative simili. Nella misura in cui queste esperienze condividono caratteristiche comuni con i ricordi originali, esse saranno altresì soggette a riconsolidamento attraverso l'esperienza correttiva.

Il modello di memoria integrata mette in chiaro il motivo per cui i "compiti a casa" sono così importanti nel condurre al cambiamento nella CBT. Diventare ripetutamente consapevoli dei pensieri deformati che portano a risposte emotive maladattive difficilmente porta ad un cambiamento. Il soggetto deve anche analizzare in modo differente le nuove situazioni che portano a risposte differenti, più adattive, emotive e comportamentali (Castonguay et al., 1996).

Attraverso i compiti a casa, le nuove esperienze emotive possono avere luogo in una varietà di contesti esterni alla terapia, aumentandone la generalizzabilità e la probabilità che il soggetto riesca ad applicare queste nuove strutture semantiche al di fuori del contesto terapeutico. La pratica dei compiti a casa potrebbe anche avere conseguenze negative. Essa chiede al soggetto di cercare situazioni che provochino pensieri negativi e, a nostro avviso, le conseguenti reazioni emotive negative associate. A meno che il paziente riesca a mettere in atto la valutazione alternativa della situazione, e quindi a sperimentare una nuova risposta emotiva maggiormente adattiva, esiste il pericolo che le vecchie risposte vengano ulteriormente rafforzate, e che vengano inglobate esperienze simili a quelle passate attraverso il riconsolidamento. Questo modello, che mette in luce l'importanza delle nuove esperienze emotive e l'effetto deleterio del riattivare le vecchie risposte emotive maladattive, fornisce anche una comprensione del perché la ruminazione negativa - pensieri ripetitivi incentrati sulle emozioni negative, sugli eventi e sui loro contesti (Martin & Tesser, 1989) - possa interferire con il progresso terapeutico. Anche se la ruminazione in alcune circostanze può portare a risultati positivi, esistono moltissime prove che dimostrano come essa sia associata all'insorgenza e al mantenimento di disturbi depressivi e d'ansia, nonché al fatto che sicuramente in futuro la depressione insorgerà nuovamente (per un ampio studio sugli aspetti costruttivi e distruttivi del pensiero ripetitivo, si veda Watkins 2008).

Secondo Nolen-Hoeksema (2004), la ruminazione esalta il ciclo vizioso esistente tra la depressione e il pensiero negativo e pessimista, interferendo quindi con la capacità di risolvere problemi e di sperimentare aspetti emotivi positivi di fronte a nuove esperienze. A nostro avviso, la ruminazione negativa non solo interferirebbe con la nuova esperienza emotiva positiva, ma condurrebbe anche ad un rafforzamento dei costrutti di memoria negativi già esistenti, aumentando la probabilità che i pensieri negativi si ripresentino alla mente poiché legati ad un numero crescente di contesti. Questo rafforzamento di pensieri e di sentimenti negativi e la generalizzabilità della ruminazione in

tutti i contesti, aumenterebbero la centralità degli eventi negativi nella narrazione della vita (Berntsen & Rubin 2006, Rubin et al 2008) rendendo senza dubbio la revisione di tale struttura di memoria ancor più difficile da raggiungere.

9.3. La terapia focalizzata sull'emozione

La EFT, suggerisce che sia possibile creare in modo strategico ed efficiente la trasformazione di vecchie risposte emotive in nuove risposte ponendo l'enfasi sul principio del "trasformare l'emozione con l'emozione". Nella EFT, l'immissione di nuove esperienze emotive all'interno di un contesto emotivo precedente, familiare e maladattivo viene facilitata da un terapeuta attivo e attento che utilizza tecniche di Gestalt, come ad esempio la tecnica delle due sedie, nella quale si esprimono le due parti di un conflitto e le emozioni ad esse associate vengono vissute in tempo reale da entrambe le prospettive. L'attivazione di forti risposte emotive e l'impegno di risposte emotive alternative sono gli ingredienti chiave che portano al cambiamento.

Si pensava che il ricordo esplicito e la comprensione delle origini dello sviluppo dei ricordi dolorosi passati o il fatto di sollecitare delle risposte di transfert non fossero significativi. Tuttavia l'enfasi data al cambiamento degli schemi emotivi che, come sopra indicato, comporta l'alterazione della struttura di memoria integrata, evidenzia come i processi di memoria siano centrali nella EFT.

La EFT suggerisce che sia la risposta emotiva stessa ad essere modificata attraverso questa forma di psicoterapia, perché viene vista sotto una nuova luce grazie allo stimolo di nuove emozioni. Il modello di memoria integrata suggerisce che stiano avvenendo una gamma più vasta di cambiamenti. Si riesce ad ottenere una nuova risposta emotiva durante la terapia quando il paziente riesce a prendere in considerazione un'interpretazione alternativa di una situazione dolorosa. In questo modo le strutture semantiche associate a risposte emotive maladattive vengono riviste e trasformate insieme alla risposta emotiva, sebbene l'EFT non consideri tali interpretazioni come punto di partenza per il cambiamento. Inoltre, nella misura in cui una situazione dolorosa è simile alle esperienze del passato, tale situazione agisce come "promemoria" per riattivare i ricordi e quindi includerli nel processo di aggiornamento. Di conseguenza, l'attenzione alla risposta emotiva e alla conseguente rielaborazione delle strutture semantiche, e una risposta emotiva alternativa durante la terapia, costituiscono un mezzo efficace per aggiornare la struttura della memoria e condurre al cambiamento.

La EFT e la CBT condividono l'obiettivo comune di indebolire le strutture semantiche e le risposte emotive quando esse vengono applicate in modo inappropriato a situazioni nuove che ricordano esperienze passate. Mentre la EFT enfatizza la risposta emotiva, la CBT accentua le strutture semantiche che rafforzano e conducono a questa risposta maladattiva. Riteniamo che entrambe le terapie stiano lavorando per raggiungere lo stesso obiettivo attraverso percorsi diversi che accedono attraverso la stessa struttura di memoria integrata.

Attraverso l'uso di tecniche di Gestalt, come i giochi di ruolo e la tecnica delle due sedie, la EFT può rivelarsi particolarmente efficace nell'indurre risposte emotive forti durante la sessione terapeutica. Come già discusso, l'intensità dell'esperienza emotiva durante la sessione di terapia è universalmente riconosciuta come predittore del successo terapeutico. Una volta stimulate, le strutture semantiche associate a questa risposta possono essere esaminate nel contesto della sessione terapeutica, portando ad una nuova esperienza emotiva che viene incorporata nella struttura di memoria.

9.4. Psicodinamica e psicoanalisi

Per molti anni la psicoanalisi come disciplina era contraria a ricerche oggettive sui suoi metodi e sui risultati per una serie di motivi, tra cui la preoccupazione che tale ricerca potesse alterare irreparabilmente l'ambiente emotivo della terapia stessa che in quel momento veniva

Terapia focalizzata sull'emozione: Nella EFT, l'immissione di nuove esperienze emotive all'interno di un contesto emotivo precedente, familiare e maladattivo, viene facilitata da un terapeuta attivo e attento che utilizza tecniche di Gestalt. Il modello di memoria integrata suggerisce che stiano avvenendo una gamma più vasta di cambiamenti: le strutture semantiche associate a risposte emotive maladattive vengono riviste e trasformate insieme alla risposta emotiva.

La EFT e la CBT condividono l'obiettivo comune di indebolire le strutture semantiche e le risposte emotive. Mentre la EFT enfatizza la risposta emotiva, la CBT accentua le strutture semantiche che rafforzano e conducono a questa risposta maladattiva.

studiata. Inoltre vi era il pericolo di falsificazione delle ipotesi formulate e verificate e quindi era in dubbio la capacità della psicoanalisi di sopravvivere in un'epoca in cui le professioni mediche si basavano solo sulle prove (Bornstein 2001). Ma un recente riconoscimento dell'importanza delle sue ricerche (Leichsenring & Rabung 2008; Shedler 2010) promette la sua sopravvivenza.

Sebbene esistano diverse scuole di pensiero all'interno della psicoanalisi, il transfert e la prospettiva di sviluppo sono elementi comuni importanti da tenere in considerazione per il modello di memoria integrata.

Considerazioni sui tempi e sui costi a parte, la tecnica di incontrarsi tre, quattro o cinque volte a settimana per parecchi anni crea un'occasione speciale per l'attivazione di vecchi ricordi e la possibilità di osservare la loro influenza sui costrutti e le esperienze emotive del presente, con un'intensità e una vividezza emotiva difficili o impossibili da ottenere con altri metodi (Freud 1914/1958). Perciò tale approccio ha il potenziale di offrire qualcosa che altre modalità non possono offrire e può avere effetti pervasivi sul funzionamento di un soggetto in una vasta gamma di contesti sociali, professionali e di interesse.

Le nuove conoscenze apprese possono portare ad un miglioramento del funzionamento che va oltre la riduzione dei sintomi, come ad esempio una maggiore autostima, più capacità nel tollerare e gestire lo stress, una maggiore flessibilità nei rapporti sociali, una migliore intimità e la costruzione di una narrazione di vita coerente, superando il miglioramento sintomatico inizialmente previsto (Shedler 2010).

Grazie al transfert, nella terapia psicodinamica l'azione terapeutica dell'intervento diventa possibile perché il terapeuta viene vissuto come se fosse un'importante figura del passato. L'esperienza emotiva correttiva si verifica quando il paziente sente che il terapeuta risponde in un modo diverso (in genere più positivo) rispetto a quanto si aspettasse.

Questo può essere ciò che Stern (2004) definisce "momento critico" nell'incontro terapeutico - quando si verifica una situazione che genera una risposta maladattiva e il terapeuta, a sua volta, risponde in modo nuovo e utile là dove il paziente si aspetta un altro tipo di reazione. Si noti che questo "momento", un episodio autobiografico, ha la potenziale capacità di modificare le strutture semantiche sottostanti e le risposte emotive associate. L'esperienza correttiva aumenta la probabilità che situazioni simili vissute al di fuori della terapia possano essere interpretate in modo diverso dal soggetto, con una conseguente differenza nelle aspettative e, infine, con risposte emotive diverse.

In questa modalità, una componente chiave della terapia è il ricordo e la discussione delle esperienze passate che hanno portato a metodi di risposta maladattivi di fronte a situazioni nuove. Di conseguenza, per le terapie psicodinamiche, l'accesso alla struttura di memoria avviene più spesso attraverso ricordi di vecchi episodi.

Sebbene non sia l'obiettivo di queste terapie, l'esperienza correttiva aggiorna non solo i ricordi, ma anche le regole e le aspettative che da essi derivano, portando a cambiamenti nella risposta emotiva. La nuova esperienza episodica durante la terapia combina i rimandi alla situazione con l'evento originale. Il riconsolidamento rielabora il ricordo originale incorporando aspetti del nuovo evento, nonché le aspettative e le regole che verranno applicate alle nuove situazioni. Secondo il modello di memoria integrata, in alcuni casi questa potrebbe non essere davvero fondamentale e potrebbe essere importante per la sopravvivenza della tecnica determinare in quali circostanze essa sia necessaria o vantaggiosa. Quello che sembra essenziale è la giustapposizione tra reazioni emotive maladattive e aspettative verso la nuova reazione del terapeuta, il che porta ad una nuova esperienza emotiva, che viene poi incorporata nella struttura di memoria esistente. Affinché questa revisione possa aver luogo in modo ottimale è altresì decisivo che il vecchio ricordo sia attivo e disponibile alla trasformazione.

Pertanto, vi possono essere casi in cui diventa giusto dare evidenza alle esperienze passate dolorose, come ad esempio con un paziente a cui non sia accaduto uno specifico fatto doloroso o traumatico in passato, ma che ha sviluppato certi modelli di comportamento e risposte emotive attraverso eventi che sono accaduti ripetutamente e con caratteristiche simili, come ad esempio l'essere stato messo spesso in ridicolo durante

Psicodinamica e psicoanalisi:

Grazie al transfert, l'azione terapeutica diventa possibile perché il terapeuta viene vissuto come se fosse un'importante figura del passato. L'esperienza emotiva correttiva si verifica quando il paziente sente che il terapeuta risponde in un modo diverso (in genere più positivo) rispetto a quanto si aspettasse. È questo il "momento critico" nell'incontro terapeutico. Si noti che questo "momento", un episodio autobiografico, ha la potenziale capacità di modificare le strutture semantiche sottostanti e le risposte emotive associate. Quello che sembra essenziale è la giustapposizione tra reazioni emotive maladattive e aspettative verso la nuova reazione del terapeuta, il che porta ad una nuova esperienza emotiva che viene poi incorporata nella struttura di memoria esistente.

l'infanzia. In questo caso, portare a galla alcuni vecchi ricordi può attivare in modo più efficiente la risposta emotiva ed evidenziare le percezioni e le aspettative falsate del soggetto, aumentando le probabilità che avvenga un confronto con una realtà presente decisamente differente da quella passata.

Un altro aspetto importante per la psicoterapia psicodinamica è la tecnica. Alcune tipologie di psicoanalisi ritenevano che l'approccio corretto (Meissner, 1998) dello psicoterapeuta fosse quello di rimanere passivo e distaccato (rispondendo appena e sedendo in una posizione che impedisse al paziente di vederlo). Tuttavia, dalla prospettiva attuale, la trasformazione può avvenire solo nella misura in cui si verifichi un'esperienza correttiva. Non è sufficiente ripristinare la memoria passata a meno che non intervenga qualche nuova esperienza che condivida caratteristiche comuni con l'evento originale, portando quindi alla sua trasformazione. Secondo il modello attuale, affinché il cambiamento sia duraturo, il rapporto con l'analista deve essere diretto e le sue risposte devono essere opposte a quelle che si aspetta di ricevere il paziente. Se l'analista resta un osservatore passivo, verranno meno molte opportunità di fare nuove esperienze (Goldberger 1995).

Oggi si dà maggiore importanza alle nuove esperienze emotive che si verificano quando le vecchie strutture di memoria sono attive, piuttosto che al semplice rivivere vecchi ricordi dolorosi. Inoltre, l'esame della struttura integrata di memoria e del consolidamento offre la possibilità di comprendere perché la psicoanalisi sia stata a volte inefficace o interminabile. Ricordare traumi passati o esperienze negative senza vivere esperienze emotive contrarie riconsoliderà ulteriormente il ricordo e potrà quindi essere riutilizzata in situazioni simili in futuro. Se il ricordo stesso viene rafforzato, altrettanto lo sono la risposta emotiva e le strutture semantiche che portano a interpretare le nuove situazioni in modo maladattivo. Il semplice ricordare serve solo a rafforzare e imprimere ulteriormente nella mente del paziente la versione originale dei ricordi traumatici o dolorosi e questo non porta ad alcun cambiamento clinico.

Probabilmente questo è ciò che avveniva con la teoria della catarsi. Come è stato osservato in precedenza, un fenomeno simile messo in evidenza dalla CBT è la ruminazione, un processo di pensiero perseverante che impedisce che possano verificarsi nuove esperienze emotive (Ray et al., 2005) e che fissa ulteriormente nella mente del paziente la versione originale delle esperienze passate.

9.5. Implicazioni per la ricerca

Un vantaggio del modello di memoria integrata è che esso fornisce nuovi modi per pensare ed esplorare in modo sperimentale i meccanismi del cambiamento terapeutico. Ad esempio, non sappiamo quante ripetizioni dell'esperienza correttiva siano necessarie per arrivare ad un cambiamento o se cambiare il contesto situazionale dell'esperienza correttiva, come abbiamo suggerito in precedenza, aumenti l'efficacia e la generalizzabilità del cambiamento. Non sappiamo quanto debbano essere intense queste esperienze, quale sia l'esperienza migliore per aggiornare la struttura della memoria o come questi fattori cambino in funzione delle differenze individuali (ad esempio, il punto di partenza della curva della U rovesciata).

La strada migliore per il cambiamento passa attraverso i ricordi passati, o la risposta emotiva o le strutture cognitive o, di fatto, è una combinazione di tutti e tre? Può darsi che la psicoanalisi avesse da sempre ragione (almeno in parte) nel sottolineare l'importanza di rendere consapevole il ricordo delle situazioni dolorose del passato e dello sperimentare le emozioni associate a queste situazioni (come preludio di un'esperienza correttiva)? Oppure, è stata una specifica caratteristica della sofferenza ad aver portato l'individuo a ricorrere alla terapia? In quale misura la validità del cambiamento raggiunto è determinata dal grado di eccitazione emotiva, dall'estensione della comprensione potenziata e dal particolare modo in cui si combinano? Dovremmo rivolgere queste domande a diverse modalità per poter confrontare e mostrare le differenze tra i predittori del successo di ciascuna di esse.

Implicazioni per la ricerca: Un ingrediente chiave per il successo di tutte le psicoterapie è stabilire un'alleanza terapeutica e un ambiente sicuro che si associa a una sensazione di controllo, bassa stimolazione e quindi riduzione dell'ansia. La neuroimaging ha dimostrato che l'attività superiore prefrontale mediale, un'area del cervello coinvolta nella riflessione mentale, riduce la sua attivazione quando l'eccitazione autonoma è elevata suggerendo che la capacità di riflettere ha più probabilità di avvenire in condizioni di eccitazione fisiologica relativamente bassa. Costruire una forte alleanza terapeutica può essere di grande importanza per far nascere un senso di sicurezza e quindi ridurre l'ansia.

Un ingrediente chiave per il successo di tutte le psicoterapie è stabilire un'alleanza terapeutica e un ambiente sicuro per poter portare avanti il lavoro della terapia (Horvath & Luborsky 1993). Un ambiente sicuro è associato a una sensazione di controllo e ad una bassa stimolazione (Abelson et al. 2010) che possono essere percepiti dalla prospettiva dei sistemi autonomici e neuroendocrini. Come mostrato in precedenza, la neuroimaging ha dimostrato che l'attività superiore prefrontale mediale, un'area del cervello coinvolta nella riflessione mentale (Amodio & Frith 2006), riduce la sua attivazione quando l'eccitazione autonoma è elevata (Lane et al. 2009; Thayer et al. 2012) suggerendo che la capacità di riflettere su ciò che accade nella propria testa, o nella mente degli altri, ha più probabilità di avvenire in condizioni di eccitazione fisiologica relativamente bassa.

Per metterla in un altro modo, se ci si sente ansiosi e a disagio, le strutture cerebrali necessarie per esplorare i propri pensieri e sentimenti, o i pensieri e i sentimenti altrui (in altre parole, riflettere sulle strutture semantiche) tendono a disconnettersi (Lane & Garfield 2005), il che è coerente con la necessità di livelli bassi di eccitazione durante quelle terapie che coinvolgono la riflessione e le sperimentazioni emotive. Costruire una forte alleanza terapeutica – che è il sostegno e la fiducia del terapeuta – può essere di grande importanza per far nascere un senso di sicurezza e quindi ridurre l'ansia. Un'ipotesi che deriva da questa discussione è che il fatto di introdurre dei metodi per controllare gli elevati livelli di eccitazione fisiologica, pur lasciando che le emozioni negative vengano vissute, possa migliorare la capacità di riflettere sugli stati interni e sui pensieri per poter dare un nuovo valore alle strutture semantiche.

Evidentemente questo offre nuove opportunità nella valutazione del ruolo del tono vagale durante le sessioni di psicoterapia e il suo rapporto con l'alleanza terapeutica e con un senso di sicurezza. Più in generale, bisogna testare la relazione della U rovesciata che si ipotizza esservi tra il livello di eccitazione, l'attività della corteccia prefrontale mediale e la corrispondente capacità di mentalizzare i propri stati emotivi. Un problema a ciò correlato è la necessità di regolare l'intensità dell'eccitazione fisiologica affinché non interferisca con il consolidamento della memoria.

Come accennato in precedenza, lo stress provoca il rilascio del cortisolo (Abelson et al. 2010) necessario per il consolidamento (e il consolidamento) di nuovi ricordi emotivi (McGaugh & Roozendaal 2002). I farmaci ansiolitici come le benzodiazepine possono controllare l'ansia, ma possono anche ridurre la produzione di cortisolo e fermare il consolidamento, il che potrebbe compromettere l'aggiornamento della memoria durante la terapia. Otto et al. (2010) suggeriscono che il propranololo, che blocca il cortisolo e interferisce con il consolidamento della memoria, potrebbe essere utile se usato intensamente dopo il trauma per diminuire lo sviluppo dei sintomi di PTSD, ma potrebbe rallentare la riacquisizione di sicurezza se il trattamento continuasse anche durante la terapia, quando i pazienti vengono esposti al trauma in un ambiente sicuro. È possibile che i metodi non farmacologici, come la costruzione dell'alleanza terapeutica, siano migliori nell'offrire un senso di controllo e di sicurezza senza impedire l'aggiornamento della memoria.

Un'altra implicazione della ricerca sul modello integrato che non è stato preso in considerazione in precedenza è il ruolo specifico che il sonno ha nel portare risultati nella psicoterapia. I clinici hanno capito ormai da tempo che se un paziente non dorme bene a causa della depressione, dell'ansia o della psicosi, la mancanza di sonno potrebbe interferire con il miglioramento clinico. Infatti un buon sonno può essere essenziale per il consolidamento di nuovi ricordi che portano ad un cambiamento positivo (Walker 2009). È stato dimostrato che il movimento rapido degli occhi (REM) favorisce il consolidamento degli aspetti emotivi della memoria (Diekelmann et al., 2009). I farmaci che riducono la fase di REM, come gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRIs) (Tribl et al., 2013), possono alterare questa conversione verso una memoria a lungo termine e compromettere il processo di cambiamento durante la psicoterapia. Il miglioramento del sonno attraverso la farmacoterapia, invece, o l'aggiunta di interventi comportamentali per il sonno (Bootzin & Epstein 2011) possono facilitare il cambiamento durante la psicoterapia.

Lo stress provoca il rilascio del cortisolo necessario per il consolidamento (e il consolidamento) di nuovi ricordi emotivi. I farmaci ansiolitici possono controllare l'ansia, ma possono anche ridurre la produzione di cortisolo e fermare il consolidamento, il che potrebbe compromettere l'aggiornamento della memoria durante la terapia. È possibile che i metodi non farmacologici, come l'alleanza terapeutica, siano migliori nell'offrire un senso di controllo e di sicurezza senza impedire l'aggiornamento della memoria. Ruolo del sonno: se un paziente non dorme bene a causa della depressione, dell'ansia o della psicosi, la mancanza di sonno potrebbe interferire con il miglioramento clinico. Infatti un buon sonno può essere essenziale per il consolidamento di nuovi ricordi che portano ad un cambiamento positivo.

Inoltre, è stato dimostrato che fare un sonnellino aumenta il richiamo esplicito del materiale verbale sia nella fase immediatamente successiva, sia dopo qualche tempo (Mednick et al., 2008). Si potrebbe prendere in considerazione la possibilità di far dormire un po' il paziente dopo le sessioni di terapia per vedere se ciò aumenta l'avanzamento della terapia.

Il rapporto tra la ricerca di base e quella clinica è bidirezionale. Così come i metodi utilizzati nella ricerca per il consolidamento della memoria possono essere applicati alla ricerca in psicoterapia, anche le osservazioni cliniche influenzano la ricerca di base. Ad esempio, il principio di "cambiare l'emozione con l'emozione" della EFT incide su come vengono condotti gli studi sul condizionamento nei roditori. Invece di reagire semplicemente in modo passivo alla scossa elettrica mediante il congelamento, ai topi può essere insegnato a rispondere attivamente, come nella procedura di "sepolitura" (ad es., De Boer & Koolhaas 2003), nella quale i topi seppelliscono consapevolmente il punteruolo da cui ricevono la scossa se nell'ambiente dove questo avviene vengono lasciati dei trucioli di legno. È stato recentemente ipotizzato che una variante di questa procedura possa essere un modello di PTSD nei roditori (Mikics et al., 2008). Questo approccio attivo potrebbe portare ad alterare i circuiti neurali che stanno alla base della paura condizionata e fornire un modello che aiuti i pazienti a capire come superare il timore con un comportamento deciso, conducendoli durante la sessione di terapia verso reazioni emotive adattive come la rabbia (Greenberg 2010).

9.6. Differenze tra le varie modalità

Come abbiamo osservato in precedenza, anche basandosi sulle caratteristiche del paziente, non esiste comunque un metodo di preferenza tra le varie modalità. In genere i terapeuti hanno una modalità primaria che praticano di preferenza ma le prove suggeriscono che i terapeuti che ottengono un successo maggiore hanno caratteristiche comuni quali il calore umano, l'empatia, la genuinità e l'entusiasmo (Frank 1974b). Ciò ha portato ad invocare il "verdetto dei dodo" (Luborsky et al., 1975, 2002), secondo il quale questi fattori comuni rendono ugualmente efficaci tutte le forme di psicoterapia e che, di conseguenza, non ne esistono alcune superiori ad altre.

Un'alternativa speculativa, offerta dal punto di vista privilegiato del nostro quadro unificante, è che una distinzione tra le modalità possa basarsi sulla diffusione del problema che si presenta o sul maladattamento. La terapia comportamentale (esposizione) può essere indicata laddove vi siano situazioni identificabili che provocano risposte emotive implicite specifiche, come ad esempio una fobia. La CBT e la EFT possono essere indicate nella cura di sindromi sintomatiche come la depressione, che non è specifica di una situazione, ma è un disturbo temporaneo che segue esperienze emotive esplicite. Le terapie orientate alla comprensione possono essere indicate quando le difficoltà sono tratti caratteristici individuali permanenti non legati a situazioni specifiche o temporanee. Il processo fondamentale del cambiamento, tuttavia, può essere condiviso da tutte queste modalità.

9.7. Implicazioni per la formazione

Una sfida per la formazione clinica sulla salute mentale, e sulla pratica clinica in generale, è stabilire una base razionale che aiuti a scegliere un certo tipo di psicoterapia per un certo tipo di paziente o un certo tipo di problema.

L'approccio predominante in relazione alla formazione clinica è quello di specializzarsi in una specifica modalità psicoterapica, scegliendo fin dall'inizio quale formazione ricevere. La complessità nasce dal fatto che i comitati di vigilanza professionale richiedono che si abbiano competenze in un numero sempre maggiore di modalità e gli studenti devono in qualche modo approfondire e integrare modalità che fondano la loro origine in tradizioni teoriche e storiche differenti.

Non esiste un metodo preferenziale tra i diversi approcci psicoterapeutici. Le evidenze suggeriscono che i terapeuti che ottengono un successo maggiore hanno caratteristiche comuni quali il calore umano, l'empatia, la genuinità e l'entusiasmo. Rimangono comunque vantaggi marginali a favore di un approccio rispetto ad un altro a seconda della diffusione del problema che si presenta o del maladattamento. Quanto alla formazione dei giovani psicoterapeuti, l'approccio predominante è quello di specializzarsi in una specifica modalità, ma gli studenti devono in qualche modo approfondire e integrare modalità che fondano la loro origine in tradizioni teoriche e storiche differenti. Il modello qui presentato fornisce un quadro unitario e può offrire un razionale logico che aiuti a favore della combinazione o della integrazione di diverse modalità psicoterapeutiche.

Il modello qui presentato fornisce un quadro unitario potenziale che può condurre l'insegnamento della psicoterapia verso una certa coerenza e può offrire una logica razionale che aiuti a combinare o ad integrare le modalità per curare un particolare paziente. Il modello offre anche nuove opportunità a quei programmi di formazione che danno molto valore alla ricerca e la ritengono parte integrante della formazione clinica.

RICHARD D. LANE è professore di Psichiatria, Psicologia e Neuroscienze presso l'Università dell'Arizona. Psichiatra con un dottorato di ricerca in Psicologia (neuroscienza cognitiva), è autore di più di 130 articoli e capitoli ed è redattore capo di un volume. Le sue ricerche sull'emozione, sul cervello e sulla salute sono state sovvenzionate dal National Institute of Mental Health, dal National Heart, Lung and Blood Institute e di molte altre donazioni. È stato presidente della American Psychosomatic Society, un eminente membro della American Psychiatric Association, membro onorario del American College of Neuropsychopharmacology e dell'American College of Psychoanalysts. È un insegnante pluripremiato che negli ultimi 20 anni è stato direttore del Psychiatric Residency Training in Psychotherapy presso l'Università dell'Arizona.

LEE RYAN è un clinico neuropsicologo e professore di psicologia e neurologia presso l'Università dell'Arizona e direttore associato dell'Evelyn F. McKnight Brain Institute. La sua ricerca si concentra sul ruolo delle strutture medial del lobo temporale nella memoria, così come sui cambiamenti legati all'età nella struttura e funzionalità del cervello e sul loro impatto sulle funzioni di memoria e di esecuzione. È autore di più di 80 articoli tenuti in grande considerazione dai colleghi. Il dottor Ryan è direttore dei Graduate Studies nel Dipartimento di Psicologia e ha vinto diversi premi per il suo eccellente metodo di insegnamento nei corsi di laurea, tra cui il premio Humanities College Outstanding Teacher (2012).

LYNN NADEL è attualmente professore reggente di Psicologia e Scienze Cognitive presso l'Università dell'Arizona. La sua ricerca, pubblicata in più di 175 articoli, capitoli e libri, è stata sovvenzionata dal National Institute of Mental Health, dalla National Science Foundation, dal National Institute of Child Health and Human Development, dal National Institute of Neurological Disorders and Stroke e da diverse fondazioni private. Nel 2005 è stato co-vincitore del Premio Grawemeyer in Psicologia (per la teoria della "mappa cognitiva") e ha ricevuto il National Down Syndrome Society's Award per la Ricerca (2006) e il Sisley-Lejeune International Prize per la Ricerca sulla Disabilità Intellettuale (2013). È un membro della Società Americana di Psicologia, dell'Associazione Americana per lo Sviluppo della Scienza e della Società degli Psicologi Sperimentali.

LESLIE GREENBERG è professore emerito di Ricerca in Psicologia all'Università di York, Toronto, e direttore della Clinica di Terapia Focalizzata sull'Emozione. È stato autore di testi focalizzati sull'approccio emozionale al trattamento, oltre ad aver pubblicato 17 libri e più di 100 articoli. Ha ricevuto il premio dell'American Psychological Association per l'Eminente Contributo Professionale alla Ricerca Applicata, il premio per la Importante Carriera nell'ambito della Ricerca della International Society for Psychotherapy Research, il riconoscimento Carl Rogers dell'American Psychology Association, il premio della Canadian Psychological Association per i Distinti Contributi alla Psicologia come Professione e il premio del Canadian Council of Professional Psychology per l'Eccellenza nella Formazione Professionale.

Efrat Ginot *

L'inconscio messo-in-atto : un modello neuropsicologico dei processi inconsci

* Efrat Ginot *The enacted unconscious: a neuropsychological model of unconscious processes*

Ann N Y Acad Sci. 2017 Oct;1406(1):71-76.

Traduzione a cura di Secondo Fassino e Angela Spalatro

SUMMARY: Integrating neuropsychology with psychoanalytic thinking and experience, this paper offers a new view of the unconscious that veers away from more traditional conceptualizations. Rather, it emphasizes the ever-present influence of ongoing unconscious processes on much of our behaviors and mental states. Importantly, this new understanding is based on the functional unity of the brain/mind.

Keywords: unconscious; well-being; brain/mind; survival; neural networks; neural map; enaction

Introduzione

A partire da Freud, molte teorie sull'inconscio hanno considerato questo concetto come un'entità interamente separata in cui venivano racchiuse i ricordi, i desideri rimossi, i conflitti e le esperienze traumatiche. Tutte queste esperienze inaccettabili erano considerate represses e nascoste in una modalità primariamente protettiva per l'individuo. Di conseguenza, scoprire le esperienze represses o dissociati renderebbe l'inconscio cosciente, portando all'integrazione psichica. Tuttavia, come giorno dopo giorno stiamo imparando, da ricerche e studi neurofisiologici, l'inconscio non si limita a questo. I processi inconsci, infatti, sono sottesi da determinate reti neurali che lavorano costantemente e non possono più essere pensate esclusivamente con la funzione di "custodia" di determinati ricordi, emozioni o processi di apprendimento. Alcuni neuroscienziati hanno osservato come non esista evidenza da un punto di vista neurale di un "sé" capace di indirizzare le esperienze verso un posto "nascosto" e inaccessibile. La nuova caratterizzazione dell'inconscio indica come questo non rappresenti un luogo statico e oscuro del nostro funzionamento psichico. L'inconscio comprende tutti quei processi che partono dal cervello e arrivano al funzionamento mentale e che rappresentano la gran parte di ciò che siamo e di come funzioniamo abitualmente. Questo nuovo modello sottolinea la connessione esistente tra i processi consci ed inconsci, in particolare la propensione del pattern cervello-funzionamento mentale a rappresentare automaticamente determinati pattern comportamentali. Di conseguenza, questo nuovo approccio spiegherebbe i nostri continui sforzi, la nostra tendenza a provare emozioni ricorrenti, i nostri pattern comportamentali, anche quando questi sono inappropriati o distruttivi. Questo modello tenta di dar senso anche a quegli ostacoli che si incontrano quando proviamo a cambiare determinati schemi alla luce del raggiungimento di un benessere maggiore. Un modello integrato di tipo neuropsicologico che veda un continuum tra conscio ed inconscio offrirebbe un'apertura alla possibilità di comprendere determinate difficoltà insite nell'essere umano.

Alcune caratteristiche neuropsicologiche dei processi inconsci

Uno degli sviluppi più interessanti di questo approccio riguarda i nuovi obiettivi e l'influenza che i processi inconsci possono avere sulle nostre azioni. Questi processi sono funzioni sottese dal meccanismo cervello/funzionamento mentale, meccanismo pervasivo e molto più importante di ciò che ci era dato pensare. Libet 5 and Libet et al.6 hanno

L'inconscio è considerato un sistema di reti neurali che comprende quei processi attivi di collegamento tra cervello e funzionamento mentale. Questa concettualizzazione, a differenza di quella formulata dalla psicoanalisi di un inconscio basato sulla rimozione, sottolinea la connessione esistente tra processi consci ed inconsci.

L'inconscio è coinvolto nei meccanismi di apprendimento: molte competenze sia cognitive sia affettivo relazionali vengono acquisite implicitamente. Anche la scelta di quali apprendimenti consolidare avviene inconsciamente.

condotto alcuni esperimenti in cui ha dimostrato come l'attività cerebrale precede le decisioni cosiddette cosce (ad esempio quella di alzare le proprie dita). E quindi chiaro che i processi inconsci sono coinvolti anche in quelle decisioni che ci sembrano essere esclusivamente cosce. L'inconscio quindi è coinvolto anche nei meccanismi di apprendimento, e non rappresenta esclusivamente materiale difensivo e dissociato. La capacità del nostro cervello di acquisire implicitamente alcune competenze è un punto nodale del funzionamento inconscio. Questi pattern rappresentano il nucleo della maggior parte dei processi di apprendimento, sia per ciò che riguarda i processi affettivo-relazionali che quelli cognitivi. Queste funzioni inconse, in particolare durante le prime fasi dello sviluppo, risultano fondamentali per i processi di sopravvivenza, adattamento e costruzione del benessere personale. Rispetto al consolidamento di ciò che si apprende, il sistema cervello/funzionamento mentale diventa fondamentale nello scegliere cosa consolidare e cosa no, diventando anche il sistema deputato a predire determinati eventi sulla base di ciò che si è appreso. Da un punto di vista relazionale, questo si può tradurre con il seguente esempio. Le persone che hanno coltivato una tendenza inconscia ad essere rifiutati tenderanno ad agire comportamenti che possono essere interpretati come "di rifiuto e di distacco". Essi sperimenteranno quindi il rifiuto anche laddove non è davvero presente, e troveranno ragione del loro pensarsi e sentirsi rifiutati. In altre parole, inconsciamente creano specifiche aspettative e convincono i loro processi cosci che questo sia vero e giustificato. Questi processi, ovviamente, avvengono in modo non consapevole. Infine, possiamo dire che l'inconscio sia un sistema cervello/funzionamento mentale che attivamente comunica all'ambiente esterno i propri pensieri le proprie azioni e le proprie intenzioni.

Come evolvono i sistemi cosci ed inconsci?

Nel nostro lontano passato abbiamo sviluppato queste capacità per assicurarci la sopravvivenza, l'adattamento e la gestione della vita. Seguendo il concetto di adattamento, è comprensibile come ci sia stata nel tempo una forte pressione nel trovare un sistema in grado di consentirci di sopravvivere, in grado quindi di agire rapidamente, senza ragionamento, ma sicuramente efficace. Abbiamo dovuto sviluppare la capacità di reclutare determinati pattern comportamentali in modo automatico, senza fare affidamento su alcuna riflessione, senza dover pensare al come farlo (11). Ai problemi ricorrenti è stata data una risposta implicita e con comportamenti automatici appresi ed eseguiti rapidamente in assenza di riflessione. Con il tempo, un altro sistema affianco a questo appena descritto, si è sviluppato: un sistema più flessibile, più lento e maggiormente modulabile. Tale capacità riflessiva ha portato alla gestione di stimoli più complessi quali le funzioni cognitive superiori e le funzioni esecutive 2,12,13. Quello che è chiaro è che, nonostante lo sviluppo di questo secondo sistema cosciente relativamente più recente, quello più arcaico rimane molto potente. Potremmo dire che persiste come sistema centrale del nostro psichismo, caratterizzandosi come aspetto essenziale del nostro funzionamento psichico. Essendo ontologicamente più vecchio e molto meglio attrezzato per rispondere rapidamente a situazioni familiari, il *regno inconscio* è diventato un elemento una modalità essenziale di funzionamento che è ancora parte di tutti i nostri aspetti mentali. Studi di sociologia di psicologia e di economia hanno dimostrato come i processi inconsci guidano tuttora il modo in cui perseguiamo i nostri obiettivi e il modo in cui ci confrontiamo con i cambiamenti e con l'ambiente circostante (7,8,10,14).

Alcuni aspetti dello sviluppo dell'inconscio: costruire le mappe e gli stati del sé

Antonio Damasio (2) ha descritto le mappe neurali relative ai processi inconsci e ha codificato le organizzazioni neurali, le reti e le mappe ad essi relative. Queste reti sono caratterizzate da pattern differenti di attività cerebrale sincrona dal momento che il cervello risponde agli stimoli con la sua attività intrinseca o con lo stato di riposo. Le differenti configurazioni neurali sono mediate da neurotrasmettitori differenti. Dal momento che i

Il sistema inconscio è risultato funzionale alla necessità di sopravvivere per la rapidità e l'efficacia della risposta implicita che recluta determinati schemi comportamentali in modo automatico

Il funzionamento inconscio si basa su mappe neurali comportamentali e emotive create a partenza dalle molte interazioni ripetute nell'ambito di diversi contesti.

circuiti neurali reagiscono a stimoli simili in maniera simile (attivandosi o deattivandosi) essi creano dei cluster di risposta neurale attraverso l'intero cervello. I neuroni che si attivano contemporaneamente sono interconnessi. La combinazione tra attivazione e de attivazione di cluster neuronali in risposta a stimoli differenti crea delle reti neurali (o mappe) e queste si associano a condizioni di apprendimento e sviluppo differenti tra di loro.

Durante lo sviluppo e sulla base di molte interazioni ripetute all'interno di differenti contesti interpersonali, tutti sviluppiamo ben più di una singola mappa neurale comportamentale e emotiva. Sperimentiamo infatti differenti stati della mente. Quello che è importante ricordare è che le mappe non sono altro che un insieme di differenti esperienze. Esse includono emozioni, pensieri, percezioni, reazioni difensive o situazioni emozionali. Ci vogliono esperienze simili per rafforzare una particolare mappa. In ogni caso, una parte di queste reti attinge dalle esperienze consapevoli e dagli stati mentali consapevoli (2,4,17). Anche se i circuiti cerebrali operano ad un livello inconscio, essi rimangono attivi e partecipi rispetto agli stimoli provenienti dall'ambiente e da noi stessi. Cervello, corpo e ambiente restano pertanto imprescindibili a partire dalla percezione e dall'interpretazione degli stimoli, fino alla generazione delle risposte emotive o comportamentali (18,19).

E inoltre utile chiarire che, nonostante i ricordi immagazzinati durante la prima infanzia rimangano impliciti, essi comunque diventano parte delle mappe neurali, influenzando i comportamenti e le nostre percezioni. I ricordi precoci non sono espliciti o accessibili poiché l'ippocampo, centro della memoria, si "satura" a partire dai 4-5 anni. Durante lo sviluppo del senso di sé, le abilità cognitive del bambino ancora immature possono portare a interpretazioni errate del senso di sé e degli eventi interpersonali. Per tale ragione, il processo di identificazione con i genitori, passaggio fondamentale per lo sviluppo di un individuo, porta il bambino a percepire le esperienze e le emozioni dei genitori come una propria colpa piuttosto che come emozioni e sensazioni provenienti dall'altro. Sentimenti di paura, vergogna, umiliazione, ad esempio, diventano costitutivi del senso di sé contribuendo a definire un'immagine di sé negativa (20)

Inoltre, l'innata predisposizione del bambino a far proprie, imparare ed interiorizzare, le emozioni e le "lezioni" dei genitori, unito alla necessità di proteggere a tutti i costi il genitore spesso si traduce in un pattern di emozioni e pensieri negativi che vengono successivamente rivolte contro il sé. Questa sembra essere la via attraverso la quale da adulti poi sperimentiamo, senza causa apparente, delle emozioni e dei pensieri irrazionali rispetto a noi stessi.

Con il progredire del processo di sviluppo e maturazione, nuove esperienze emotive e percettive vengono incorporate all'interno di queste mappe neurali (2,12). Queste si traducono in processi adattivi, pattern di risposta a determinati stimoli e meccanismi difensivi che hanno come obiettivo finale quello di preservare di fatto lo stato di benessere del bambino in crescita. Automaticamente e non in modo consapevole, queste reti si insinuano e rinforzano alcune modalità relazionali apprese nel contesto ambientale, fissandole come modalità implicite di pensiero e percezione (2,9,21-25). Per tornare al nostro esempio, i bambini diventati adulti che sono propensi a percepire segnali di rifiuto o di danno, saranno inconsciamente alla ricerca di "segnali" di rifiuto o danno, vedendoli anche laddove non esistono affatto.

L'inconscio messo in atto.

Quello che il nostro cervello fa automaticamente, e al di là della nostra consapevolezza, è immagazzinare le lezioni del passato affinché ogni volta non dobbiamo reimpararle da capo. La "messa- in- atto ripetuta" dell'inconscio (il termine *enaction* termine veramente utile coniato da Varela et al.26) dei propri sistemi neurali fornisce il substrato espressivo ai nostri pattern comportamentali, alle nostre interpretazioni cognitive e ai nostri meccanismi difensivi. Varela et al. Varela et al.,26 come molti altri autori, (ad esempio Colombetti 18 and Gendlin 27), ha insistito a lungo sulle proprietà "corporee" del proprio funzionamento mentale e sulle sue capacità di diventare uno strumento rappresentativo dell'ambiente

I ricordi immagazzinati nella prima infanzia, impliciti, divengono parte delle mappe neurali e quindi influenzano comportamenti e percezioni. Le abilità cognitive ancora immature possono portare a interpretazioni errate del senso di sé e degli eventi relazionali che finiscono per definire un'immagine di sé negativa. Modalità relazionali apprese nel contesto ambientale vengono fissate come

circostante. Ciò che non si riesce a nominare, ciò che non riesce ad essere espresso o descritto, identificato o definito può essere rappresentato. Pensiamo alle mappe inconsce nell'unico modo pensabile, tangibile ed osservabile. È altresì vero che la gran parte del contenuto rappresentato rispetto a ricordi, in particolare rispetto a quelli che hanno a che fare con la fase preverbale dello sviluppo, non è accessibile al richiamo esplicito. Ciò nonostante, attraverso emozioni o comportamenti ripetitivi, siamo in grado di accedere alla natura di particolari pattern inconsci. Se diventiamo consapevoli di questo, siamo in grado di rendere maggiormente espliciti alcuni aspetti di questo sistema cervello/funzionamento mentale. Questo processo avviene implicitamente, nonostante risponda a stimoli provenienti dal mondo esterno. I pattern emozionali, cognitivi, percettivi e comportamentali appresi implicitamente nel passato, si rendono pertanto accessibili nel presente.

Vissuti relativi agli altri come espressione dei sistemi del proprio inconscio

Questa sezione esplora brevemente una delle caratteristiche più familiari del concetto di inconscio ovvero quel pattern di convinzioni negative e del tutto "credibili" che ciascuno di noi nutre verso sé stesso e verso gli altri. Queste "credenze" di natura emotiva e cognitiva, spesso distorte, costituiscono una parte inseparabile del nostro stato mentale. Per questa ragione, i vissuti relativi agli altri diventano dotati di vita autonoma, diventano immagini, pensieri e credenze incriticabili. Essi finiscono per dominare i nostri processi intrapsichici e interpersonali. Come espressione di pattern inconsci i vissuti relativi agli altri, durante momenti stressanti, diventano automaticamente reali e rappresentano uno dei migliori esempi dei processi inconsci-consci sopradescritti. Pertanto, storie e narrazioni negative di sé o degli altri, forniscono un substrato emozionale stressante, promuovendo atteggiamenti difensivi. In questo stato disregolato, le emozioni, i pensieri e le sensazioni viscerali sono completamente confuse: i sentimenti vengono rinforzati dalle parole che a loro volta rinforzano i nostri stati mentali. Naturalmente, ci si trova di fronte ad un groviglio caotico, in cui è difficile distinguere parole, pensieri ed emozioni sottostanti. Per citare Panksepp e Biven, **(30) (p. 451)** "negli uomini questi stati affettivi sono sempre accompagnati da cambiamenti cognitivi, nello specifico da ruminazione, da preoccupazione eccessiva, da paure ingiustificate e da attribuzione di significati spesso erronei". Queste espressioni di emozioni e di pensiero assieme, incarnano un aspetto importante del nostro inconscio che riveste una grande importanza sui nostri modelli impliciti. Come osserviamo nella pratica clinica, questi vissuti, attivati più facilmente in situazioni stressanti, diventano progressivamente rigidi e difficilmente criticabili. Essi tendono ad essere distorti e difficilmente si riesce a lavorare sugli stessi per renderli maggiormente imparziali rispetto alla realtà delle situazioni. Per questa ragione la prospettiva reale tende a venir meno, lasciando maggiormente spazio a convinzioni distorte di realtà e difficilmente correggibili. Diventando parte delle mappe inconsce, questi vissuti tendono a configurare rappresentazioni del proprio sé, portando in primo piano le rispettive emozioni, le esperienze, i ricordi rimossi e le interpretazioni cognitive ad essi correlati.

Un breve esempio: il caso di Amy*

*Il caso di Amy non si basa su alcun paziente ma è un amalgama delle difficoltà incontrate da molti.

Amy, una donna di 30 anni, aveva intrapreso una psicoterapia dopo aver iniziato un nuovo lavoro, che le era costato molto da un punto di vista psicofisico. Nonostante il suo desiderio di effettuare un cambiamento di ruolo senza troppe complicazioni, Amy stava sperimentando sensazioni di malessere e ansia dal primo giorno del nuovo incarico, accompagnate da sintomi fisici quali emicrania, tachicardia e fame d'aria. Queste vissuti erano accompagnate anche da una sensazione di fatica e di inerzia psicofisica. Amy era terrorizzata dall'idea di non essere all'altezza del nuovo incarico. Era certa che avrebbe fallito perché non era in grado di apprendere velocemente, ed era certa che questo avrebbe deluso le

Il cervello mette in atto ripetutamente in maniera inconscia esperienze passate per non dover affrontare situazioni simili partendo da zero. Le esperienze della fase preverbale inaccessibili al richiamo esplicito possono diventare accessibili se acquistiamo consapevolezza del processo di connessione tra cervello e funzionamento mentale attraverso emozioni e comportamenti ripetitivi.

Credenze di natura emotiva e cognitiva distorte fanno parte del nostro stato mentale. In situazioni stressanti storie e narrazioni negative di sé e degli altri vengono automaticamente riproposte e ostacolano una corretta lettura della realtà.

aspettative di chi aveva creduto in lei. Tentando di combattere senza successo i suoi sentimenti ansiosi e sentendo il senso di fallimento che ne conseguiva, Amy si sentiva sempre più sconfitta. E a questo punto che Amy decide di intraprendere un percorso di cura. Fin dall'inizio della terapia, Amy si mostrava in grado di riconoscere che in passato era stata capace di ricoprire ruoli di responsabilità e posizioni lavorative invidiabili. Il nuovo lavoro le era anche abbastanza familiare, e ne conosceva anche i dettagli. Nonostante queste consapevolezze, il suo disagio non si ridimensionava, anzi spesso raggiungeva livelli di stress elevati e incontenibili. Amy diceva che dato che si sentiva esausta, faceva fatica anche a ricordarsi quali erano i suoi obiettivi: sentirsi motivata e lavorare al meglio. Quello che fin da subito divenne chiaro fu che Amy ripeteva un pattern che potremmo definire "cadere a pezzi" ogni volta che iniziava un nuovo progetto, un nuovo incarico e ogni volta affondava per un determinato periodo in un vissuto di confusione e di fallimento poco connesso alla realtà. Amy sapeva di essere competente e capace, ma non era in grado di accedere a questa consapevolezza. A scuola ad ogni passaggio evolutivo, nel mondo del lavoro ad ogni cambio di ruolo, Amy sperimentava un pattern caratterizzato da dubbi sulle proprie competenze e paura di fallire ed essere giudicata. La questione che più la lasciava perplessa era la sua incapacità di imparare dalla realtà. Nonostante tutto, infatti, Amy aveva sempre portato a termine con successo qualsiasi cambiamento, con ottimi risultati e anche riconoscendo che erano stati percorsi positivi, sia quelli scolastici che lavorativi. La sua perplessità riguardava la natura ripetitiva dei propri vissuti e il modo in cui essi condizionavano i propri pensieri, le proprie emozioni e le proprie sensazioni rispetto a determinate situazioni. Era difficile con lei separare ciò che faceva parte del passato e ciò che riguardava il presente e la situazione che la portava attualmente in terapia. Le difficoltà di Amy riguardavano la capacità di riconoscere come, in momenti di forte stress e disregolazione emotiva, ella distorceva la realtà "contaminandola" con i propri vissuti che diventavano così reali da giustificare determinati comportamenti ed esperienze interpersonali. In questo caso, aldilà del fisiologico stress relativo ad un nuovo impiego, si insinuava in Amy una sorta di certezza inconscia relativa alla propria fragilità, alla propria incapacità e al proprio fallimento che, assieme, diventavano l'unica realtà della sua esperienza.

Le radici dei comportamenti ripetitivi: la relazione tra strutture corticali e sottocorticali

I sistemi deputati ai propri processi inconsci si ripetono quando l'influenza delle regioni subcorticali (ad es. il cervelletto e i gangli basali, che codificano l'apprendimento procedurale e tutti le abitudini comportamentali, emotivo e cognitive) supera l'influenza delle aree corticali di livello superiore. Quando questo accade, i messaggi neurali inibiscono la corteccia prefrontale per interpretare le percezioni in maniera inflessibile e basata su vecchie mappe e modelli. Le nuove informazioni pertanto non vengono elaborate. In una situazione interpersonale, ad esempio, quando un soggetto prevede un risultato umiliante, come nell'inconscio di Amy, le reti subcorticali predispongono a vecchie abitudini e a comportamenti emotivi indipendenti dalle nuove situazioni ma frutto dei vecchi pattern acquisiti (21). Così nel suo caso, le previsioni riguardanti un certo errore, la vergogna e l'umiliazione potenziale sono basate su un solo modello interno, per cui non hanno tenuto conto degli aspetti nuovi inseriti nella realtà attuale. Questi processi predittivi difettosi codificati da tempo hanno portato a distorsioni delle aspettative e delle previsioni (22,23). I legami tra il funzionamento conscio ed inconscio, ad esempio tra regioni subcorticali e corteccia prefrontale e le sue varie funzioni esecutive, spiegano l'influenza che i processi inconsci hanno sulle funzioni esecutive superiori. È importante sottolineare la propensione del cervello / mente di impiegare mappe esistenti nello sforzo costante di rendere il senso e interpretare la realtà. Possiamo tutti riconoscere in noi questa tendenza a vedere il mondo secondo quanto già sappiamo secondo le nostre mappe subcorticali. Il cervello / mente favorisce l'automatismo. Una risposta automatizzata è quella che si verifica senza partecipazione cosciente, bypassando la

In condizioni di stress le reti subcorticali predispongono a vecchie modalità e a comportamenti emotivi precedentemente acquisiti superando l'influenza delle aree corticali di livello superiore. La risposta automatizzata realizza una risposta più veloce e un minor sforzo in quanto impiega mappe neurali già esistenti cortocircuitando la corteccia prefrontale.

corteccia prefrontale per usufruire di vecchi modelli in modo rigido e ripetitivo. Gli studi di Neuroimaging mostrano che i comportamenti automatici richiedono meno sforzo e stimolano una minore attivazione rispetto ai comportamenti deliberati (11,28). Allo stesso modo, vi è una diminuzione dell'attivazione del cervello durante l'apprendimento, il che indica che le rappresentazioni all'interno del cervello sono diventate più efficaci ed automatiche (21).

La (im)possibilità del cambiamento: pensieri conclusivi

Il continuo interscambio tra le funzioni dell'inconscio e gli sforzi della corteccia prefrontale per rallentare e riflettere in maniera razionale sugli eventi spiega come i modelli inconsci sembrano comunque avere una vita propria, spesso vincendo l'intenzione cosciente e le decisioni volontarie. Questa caratteristica spiega ciò che spesso vediamo (2,24): una tendenza a sentire, comportarsi e interpretare il mondo in modi molto familiari e prevedibili, anche quando le circostanze della realtà differiscono. Questi sistemi guida agiscono talvolta contro di noi. Questo spiega anche perché i cambiamenti relazionali e anche una determinazione ad agire in modo diverso spesso non riescono a raggiungere un cambiamento duraturo. In questo caso, le abitudini inconse superano l'intenzione e la motivazione cosciente. Tuttavia, non siamo semplicemente condannati a ripetere vecchi modelli inadeguati! Le funzioni di ordine superiore della corteccia prefrontale forniscono l'autonomia dai comportamenti veloci e automatici ma per migliorare la capacità di ignorare l'automatismo, abbiamo bisogno di reclutare le capacità consapevoli più riflessive. Questa capacità può essere particolarmente efficace quando gli aspetti consapevoli si interfacciano con esperienze emotive. Per molti pazienti, a meno che non si esercitino in maniera consapevole in mezzo alla disregolazione emotiva (32), l'attivazione automatica delle reti subcorticali può superare la corteccia prefrontale più lenta e riflessiva (33,34). Comprendere le forze della ripetizione e della resistenza e allo stesso tempo tentare di sensibilizzare i pazienti verso una maggiore consapevolezza, può avere un senso fondamentale da un punto di vista terapeutico (35–37). Tutti i cambiamenti terapeutici sono in realtà cambiamenti nelle reti neurali, in particolare nella rete emotiva e nelle molte associazioni e nelle convinzioni cognitive che ne derivano (38). Come parte di ogni processo terapeutico, dobbiamo riconoscere e affrontare le difficoltà che si oppongono al cambiamento e che ci portano a ripetere inconsciamente e automaticamente i modelli relazionali, difensivi, emotivi e comportamentali appresi e che ora risultano dannosi. Una migliore conoscenza dei processi inconsci all'interno dei processi neurobiologici ci permetterà di affrontare e migliorare i modelli adottabili con più efficacia. Comprendere il potere della consapevolezza riflessiva per rallentare i processi automatici dannosi può notevolmente accrescere l'efficacia di tali sforzi (39).

L'azione terapeutica è volta a reclutare le capacità consapevoli di riflessione ed è più efficace quando si interfaccia con esperienze emotive. Tutti i cambiamenti terapeutici sono cambiamenti che avvengono nelle reti neurali.

References

1. Freud, S. 1915. Instincts and their vicissitudes. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 14. J. Strachey, Ed. and trans.: 111–140. London: Hogarth Press.
2. Damasio, A.R. 2010. *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*. New York: Vintage Press.
3. Hassin, R.R., J.A. Uleman & J.A. Bargh, Eds. 2007. *The New Unconscious*. New York: Oxford University Press.
4. Churchland, P.S. 2013. *Touching a Nerve: The Self as Brain*. New York: Norton.
5. Libet, B. 1985. Unconscious cerebral initiative and the role of conscious will in voluntary actions. *Behav. Brain Sci.* 8: 529–566.
6. Libet, M., W.W. Alberts, E.W. Wright & B. Feinstein. 1967. Responses of human somatosensory cortex to stimuli below threshold for conscious sensation. *Science* 158: 1597–600.
7. Bargh, J.A. 2007. Bypassing the will: toward demystifying the nonconscious control of social behavior. In *The New Unconscious*. R.R. Hassin, J.S. Uleman & J.A. Bargh, Eds.: 37–61. New York: Oxford University Press.
8. Bargh, J.A. 2014. Our unconscious mind. *Sci. Am.* 310: 30–38.
9. Hassin, R.R. 2007. Nonconscious control and implicit working memory. In *The New Unconscious*. R.R. Hassin, J.A. Uleman & J.A. Bargh, Eds.: 196–225. New York: Oxford University Press.
10. Glaser, L. & J.F. Kihlstrom. 2007. Compensatory automaticity: unconscious volition is not an oxymoron. In *The New Unconscious*. R.R. Hassin, L.S. Uleman & J.A. Bargh, Eds.: 171–196. New York: Oxford University Press.
11. Wegner, D.M. 2007. Who is the controller of controlled processes? In *The New Unconscious*. R.R. Hassin, J.S. Uleman & J.A. Bargh, Eds.: 19–37. New York: Oxford University Press.

12. Koziol, L.F. & D.E. Budding. 2010. *Subcortical Structures and Cognition: Implications for Neuropsychological Assessment*. New York: Springer.
13. Sokol, B. & U. M"uller. 2007. The development of selfregulation: toward the integration of cognition and emotion. *Cogn. Dev.* 22: 401–405.
14. Eitam, B., R.R. Hassin & Y. Schul. 2008. Non-conscious goal pursuit in novel environments: the case of implicit learning. *Psychol. Sci.* 19: 261–267.
15. Kahneman, D. 2011. *Thinking Fast and Slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
16. Wilson, T. 2003. Knowing when to ask: introspection and the adaptive unconscious. *J.Conscious. Stud.* 10: 9–10.
17. Bromberg, P.M. 2011. *The Shadow of the Tsunami and the Growth of the Relational Mind*. London: Routledge.
18. Colombetti, G. 2010. Enaction, sense-making, and emotion. In *Enaction: Toward a New Paradigm for Cognitive Science*. J. Stewart, O. Gapenne & E.A. DiPaolo, Eds.: 145–164. Cambridge, MA: MIT Press.
19. Di Paolo, E., M. Rohde & D. Jaegher. 2010. Horizons for the enactive mind: values, social interaction, and play. In *Enaction: Toward a New Paradigm for Cognitive Science*. J. Stewart, O. Gapenne & E.A. DiPaolo, Eds.: 33–87. Cambridge, MA: MIT Press.
20. Braten, S. 2007. Altecetric infants and adults: on the origin and manifestation of participant perception of others' acts and utterances. In *On Being Moved: From Mirror Neurons to Empathy*. S. Braten, Ed.: 111–136. Amsterdam: Benjamins.
21. Koziol, L.F. 2014. *The Myth of Executive Functioning: Missing Elements in Conceptualization, Evaluation and Assessment*. New York: Springer.
22. Pally, R. 2000. *The Mind–Brain Relationship*. London: Karnac Books.
23. Pally, R. 2007. The predicting brain: unconscious repetition, conscious reflection and therapeutic change. *Int. J. Psychoanal.* 88: 861–881.
24. LeDoux, J. 2002. *Synaptic Self: How Our Brains Become Who We Are*. New York: Viking.
25. Lewis, M.D. 2005. Bridging emotion theory and neurobiology through dynamic system modeling. *Behav. Brain Sci.* 28: 169–194.
26. Varela, F., E. Thompson & E. Rosch. 1991. *The Embodied Mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
27. Gendlin, E.T. 2012. Implicit precision. In *Knowing Without Thinking: Mind, Action, Cognition, and the Phenomenon of the Background*. Z. Radman, Ed.: 141–166. New York: Palgrave Macmillan.
28. Chartrand, T.L., W.W. Maddux & J.L. Lakin. 2007. Beyond the perception–behavior link: the ubiquitous utility of motivational moderators of nonconscious mimicry. In *The New Unconscious*. R.R. Hassin, J.S. Uleman & J.A. Bargh, Eds.: 334–361. New York: Oxford University Press.
29. Horga, G. & T.V. Maia. 2012. Conscious and unconscious processes in cognitive control: a theoretical perspective and a novel empirical approach. *Front. Hum. Neurosci.* 6: 199.
30. Panksepp, J. & L. Biven. 2012. *Archeology of Mind: The Neuroevolutionary Origins of Human Emotion*. New York: Norton.
31. Donald, M. 2001. *A Mind So Rare*. New York: Norton.
32. Jurist, E.L. 2008. Minds and yours: new directions for mentalization theory. In *Mind to Mind: Infant Research, Neuroscience and Psychoanalysis*. E. Jurist, A. Slade & S. Bergner, Eds.: 88–114. New York: Other Press.
33. Lane, R.D., L. Ryan, L. Nadel & L. Greenberg. 2014. Memory reconsolidation, emotional arousal and the process of change in psychotherapy: new insights from brain science. *Behav. Brain Sci.* 15: 1–80.
34. McRae, K., K.N. Ochsner & J.J. Gross. 2013. The reason in passion: a social cognitive neuroscience approach to emotion regulation. In *Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications*. K.D. Vohs & R.F. Baumeister, Eds.: 186–203. New York: Guilford Press.
35. Ginot, E. 2009. The empathic power of enactments: the link between neuropsychological processes and an expanded definition of empathy. *Psychoanal. Psychol.* 26: 290–309.
36. Ginot, E. 2012. Self-narratives and dysregulated affective states: the neuropsychological links between self-narratives, attachment, affect, and cognition. *Psychoanal. Psychol.* 29: 59–80.
37. Ginot, E. 2015. *The Neuropsychology of the Unconscious: Integrating Brain and Mind in Psychotherapy*. New York: Norton.
38. Ecker, B., R. Ticic & L. Hulley. 2012. *Unlocking the Emotional Brain: Eliminating Symptoms at Their Roots Using Memory Reconsolidation*. New York: Routledge.
39. Siegel, D.J. 2007. *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*. New York: Norton.

Giovanni Abbate Daga, Alain Porliod, Secondo Fassino

Verso una formazione di per sé psicodinamica dello psichiatra nell'era delle neuroscienze?

Riv. Psicol. Indiv., 2020 87: 151-197

Summary - TOWARDS AN EDUCATION IN ITSELF PSYCHODYNAMIC OF THE PSYCHIATRIST IN THE AGE OF NEUROSCIENCE?

Objective: the discussion and the urgent need to move towards a new way of being a psychiatrist has become evident at least since the early 2000s: the increase in psychiatrists burnout, the treatment resistance as one of the major public health problems, the risk of a biological reductionism of mental illness. Psychodynamic psychiatry provides a significant educational, scientific and therapeutic contribution for contemporary psychiatry, as a concrete application in the clinical practice of the biopsychosocial model, supported by developmental psychopathology, epigenetics and neuroimaging studies. The authors explore how the problem of the psychodynamic training of the psychiatrist during residency is observed and studied in the international literature. **Materials and Methods:** a literature search was undertaken in PubMed, from 2006 to 2020, using the words: *training + psychiatry + psychotherapy + resident*. **Results:** The search yielded 452 results, 194 were deemed relevant. 141 articles were related to non-specific training aspects of psychotherapy, while 53 related specifically to psychodynamic training. These 53 psychodynamic research titles were examined through abstracts and further divided into three groups: *general foundational aspects* (group 1 - 12 articles); *special aspects* (group 2, 15 articles); *other aspects* (group 3 - 26 articles). **Discussion:** the annual average of scientific production on this important topic is constant. A critical review of the studies examined highlights a wealth of comments, suggestions and observations based on personal clinical teaching experiences that counterbalance the lower amount of experimental data as measurements of the competence achieved by psychiatrists in training. The psychodynamic psychotherapy training is considered fundamental in psychiatry residency. The constructs of person and development are fundamental for diagnostic treatment in Psychodynamic Psychiatry. **Conclusion:** the resident psychodynamic training to the knowledge of the patient, himself and to the acceptance of oneself and the other is at the same time a scientific necessity and an ethical prerequisite. It is to be hoped that the psychiatrist's training in psychotherapy, in addition to constituting a possible super-specialization, favors the reduction of drop-outs and treatment resistance to, in particular with difficult patients. This would result in lower treatment costs and better quality of interventions, as well as in more effective burn-out prevention.

Keywords: **NEUROSCIENCE – PSYCHIATRY PSYCHODYNAMIC EDUCATION TRAINING RESIDENT**

I. INTRODUZIONE

C'è una crisi della psichiatria clinica: il modello Biopsicosociale (BPS) - sebbene l'approccio di Engel sia più attuale che mai contro il dogmatismo psichiatrico e sarà confermato dai nuovi modelli scientifici [39] - sembra ridotto nell'applicazione quotidiana ad un mero ecletticismo, ad una giustapposizione spesso fuorviante e confusiva di farmaci e qualche colloquio psicologico con scarsa considerazione sugli

una risposta modesta, una non risposta o risposta cessata ai trattamenti farmacologici nei disturbi psichiatrici maggiori è piuttosto la regola

aspetti patogenetici, trascurati dal DSM 5 nonostante già Kraepelin [51,52] li considerasse non meno necessari per la clinica dei quadri clinici sintomatologici.

La sfida alla resistenza al trattamento è fondamentale nella pratica clinica psichiatrica [69, 99, 107]. I pazienti gravi difficilmente partecipano attivamente a una terapia in corso: alti tassi di abbandono, outcome negativi, ricadute e riospedalizzazioni più frequenti; più del 50% dei pazienti non sono curati adeguatamente. Tra i fattori che nel paziente influenzano il coinvolgimento al trattamento sembrano essere trascurati l'alleanza terapeutica, l'accessibilità all'assistenza e il desiderio che la terapia risponda *unicamente* ai propri obiettivi. L'assistenza finalizzata alla guarigione ha tra le priorità l'autonomia, la responsabilizzazione e il rispetto della persona con l'obiettivo di migliorare la partecipazione attiva al trattamento. La cura incentrata sulla persona è decisiva ai fini della partecipazione [31].

Occorre sollevare gli psichiatri dal fronteggiare eccessive pressioni, consentendo loro maggiore tempo per coinvolgere i pazienti in interazioni cliniche più significative e così permettere un trattamento che favorisca da subito il coinvolgimento del paziente; sempre di più nell'ultimo decennio si deve far fronte a risorse e tempo limitati e a un crescente controllo da parte di Enti che finanziano le cure e hanno la pretesa di incrementare l'efficienza del sistema [31].

In Italia, la legge 180/883 non poteva prevedere le attuali e mutate necessità di percorsi terapeutici residenziali anche lunghi e il problema del rapporto costo/efficacia delle cure. Altamura & Goodwin in un editoriale del BJP 2010 [7] osservavano come la maggior parte dei medici del territorio spesso fossero indotti a trascurare la psicopatologia clinica, abbandonare un *modello esplicativo della malattia*, incapaci di guidare un approccio veramente terapeutico, trasformandosi in assistenti sociali deputati a gestire in modo manageriale le necessità pratiche dei pazienti. Rifiutandosi di divenire semplicemente dei manager gli psichiatri dovrebbero maggiormente reclamare il loro ruolo diagnostico-terapeutico-medico come leader dei servizi ed innovatori: se non lo fanno non hanno futuro [7]. Nelle strutture residenziali italiane e nelle comunità terapeutiche per persone con psicosi, sono raramente impiegati i piani, progetti di trattamento standardizzati e scritti [29]; pochi pazienti mostrano un miglioramento di rilievo dopo un breve periodo di ammissione alle cure [9] e le previsioni dei clinici sulle dimissioni sono in genere sbagliate, con pochissimi pazienti dimessi dopo un anno [29].

1.1 Occorre una revisione dell'identità dello psichiatra

Il dibattito e l'urgenza di procedere verso una nuova modalità di fare ed essere psichiatra si erano resi evidenti almeno con il nuovo millennio (cfr. *Verso una nuova identità dello psichiatra?* Fassino 2002) [34]. Dieci anni fa in *World Psychiatry* 2010 (WP) Maj [87] aveva proposto un forum sull'identità attuale dello psichiatra, chiedendosi se questi sia una specie a rischio di estinzione. Il dibattito sull'aumento del burnout degli psichiatri era iniziato nel 2007 e proseguì con Kumar (2011) [80], con conferme provenienti da una allarmata ricerca sul campo di Braun e coll. (2010) [17] circa una troppo sfavorevole *imbalance effort-reward* negli psichiatri tedeschi. In un altro editoriale di WP 2013 *Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry* [88] Maj introduce un forum sulle cause e rimedi di questa emergenza: la non-aderenza – un principale aspetto della resistenza – è il maggior problema di salute pubblica nonostante i notevoli progressi degli studi sull'efficacia dei trattamenti. Tra i topics assai evocativo appare quello di Naber e Lambert: *Should we listen and talk more to our patients?* [97].

Inoltre una ricerca di Chisolm [26] conferma che la pratica della psicoterapia da parte degli psichiatri è grandemente ridotta, circa del 35% negli ultimi 10 anni. L'aumentata prescrizione di psicofarmaci spiega tuttavia solo in parte il fenomeno della crisi della psichiatria.

Infine c'è un'evidenza convincente ma trascurata: i risultati del trattamento psicofarmacologico sono dipendenti tanto da fattori psicologici ed interpersonali quanto da fattori medici. La conoscenza,

nelle comunità terapeutiche per psicosi, sono raramente impiegati i piani, progetti di trattamento; pochi pazienti mostrano un miglioramento di rilievo e le previsioni dei clinici sono in genere sbagliate, con pochissime dimissioni dopo un anno

la non-aderenza ai trattamenti psichiatrici è il maggior problema di salute pubblica nonostante i notevoli progressi degli studi sull'efficacia dei trattamenti. ... la pratica della psicoterapia da parte degli psichiatri è grandemente ridotta, circa del 35% negli ultimi 10 anni.

World Psychiatry nel 2010 aveva proposto un forum sull'identità attuale dello psichiatra, chiedendosi se questi sia una specie a rischio di estinzione...

...la pratica della psicoterapia da parte degli psichiatri è grandemente ridotta

la psichiatria deve andare oltre il paradigma corrente.

...occorre guardare ciò che da alcuni anni è sotto gli occhi, risultante da crescenti evidenze scientifiche: sono ben evidenti infatti veri germogli della nuova psichiatria di per sé psicodinamica

l'abilità e l'attitudine ad integrare un significato ad un processo prescrittivo dei farmaci rimangono sottorappresentate nel curriculum di formazione psichiatrica [89].

La psichiatria accademica si è focalizzata negli ultimi 20 anni sulle evidenze neuropsicologiche. Bracken e coll. 2012[16] in un editoriale sul BJP propongono con argomentazioni persuasive che la psichiatria debba andare oltre il paradigma corrente. Holmes (BJP 2012)[62] rispondendo invita a guardare ciò che da alcuni anni è sotto gli occhi, risultante da crescenti evidenze scientifiche: sono ben evidenti infatti *verdi germogli della nuova psichiatria* di per sé *psicodinamica* supportata dalla psicopatologia dello sviluppo[20], che è l'attuale avanguardia e che attinge alla teoria dell'attaccamento, dalla neuroimaging e dall'epigenetica che avvalorano il modello psicodinamico [15, 109].

1.2 Verso un nuovo ruolo della psicoterapia come fondamento della "nuova" psichiatria

In un'era in cui è evidente un'ulteriore comprensione dell'interfaccia mente-cervello, la psichiatria spesso è ulteriormente riduzionista. L'egemonia della psichiatria biologica incoraggia un dualismo cartesiano in cui mente e cervello sono artificialmente separati. La psicoterapia viene vista come il trattamento per i disturbi "a base psicologica", mentre i farmaci sono il trattamento per i disturbi "basati sul cervello". Questo dualismo semplicistico omette i chiari fatti per cui la psicoterapia deve lavorare attraverso i cambiamenti del cervello e per cui la mente è l'attività del cervello. Alcuni psichiatri contemporanei sembrano interpretare come provenienti da "direzioni opposte" l'idea di biologia e psicologia, suggerendo un dualismo epistemologico ed esplicativo tra i processi neurali e mentali. Ciò sembra far parte di una "crisi d'identità" nella psichiatria che riflette il disaccordo sulla caratterizzazione dei disturbi psichiatrici come disturbi della mente o del cervello. Il dualismo in quanto tale non preclude l'interazione mente-cervello, ma supporta la posizione che mente e cervello possano essere funzionalmente distinti: la ricerca neuroscientifica mostra in che misura i processi mentali e neurali sono interdipendenti e si influenzano a vicenda nel mantenimento della salute mentale oppure nel causare malattie mentali.[54]

L'enfasi crescente attribuita negli ultimi anni alle basi biologiche della malattia mentale ed il conseguente spostamento di attenzione verso i trattamenti farmacologici possono far perdere di vista gli aspetti psicodinamici: cercando il cervello si rischia di perdere la "mente". Tuttavia l'attuale ricerca biopsicologica rivela come gli stessi fattori culturali modulino l'espressione genica e come i trattamenti psicologici modifichino l'attività cerebrale.

A vent'anni dalla pubblicazione del memorabile *New Intellectual Framework of Psychiatry* del premio Nobel per la Medicina E. Kandel [67] psichiatra e neurobiologo, gli studi sugli effetti cerebrali della relazione (psico)terapeutica evidenziano gli effetti neurobiologici trasformativi di ogni relazione psichiatra-paziente e quindi conferiscono di per sé valenza psicoterapeutica all'agire dello psichiatra.

La comprensione neurobiologica, la prescrizione di psicofarmaci, l'esatta collocazione diagnostica dei vari DSM e la puntuale programmazione riabilitativa non soddisfano la necessità di un incontro dialogico col paziente, del parlare con lui, di essere compreso più che spiegato. Considerare i vissuti e la personalità è irrinunciabile per la ricerca del senso del disturbo psicopatologico: i pazienti chiedono sempre più di essere ascoltati oltre che di essere trattati con i farmaci.

I fattori della personalità concorrono, com'è noto, alla trasformazione dell'effetto farmacologico in effetto terapeutico. Per un'applicazione concreta nella pratica clinica del modello biopsicosociale, su cui si fonderebbe la psichiatria attuale, servono allo psichiatra quindi conoscenze, competenze e capacità - pensare, fare, essere - che considerino il ruolo della personalità sia del paziente sia del terapeuta. Qui si collocano fattori importanti dell'efficacia delle cure.

A vent'anni dal New Intellectual Framework of Psychiatry di Kandel sono evidenti gli effetti neurobiologici trasformativi di ogni relazione terapeutica che conferiscono quindi di per sé valenza psicoterapeutica all'agire dello psichiatra.

1.3 Dalle neuroscienze un ulteriore invito alle competenze psicoterapeutiche dello psichiatra.

I sintomi psicopatologici erano dalla *psicologia del profondo* concepiti al contempo come segnali dell'angoscia profonda e tentativo – controproducente – di rimedio e di difesa. Recenti ricerche nell'interazione geni-ambiente [67, 68], le acquisizioni brain imaging dei meccanismi inconsci di difesa della *neuropsicoanalisi* [101], convalidano sul piano neurobiologico quelle concezioni. Da alcuni anni le evidenze di efficacia delle psicoterapie psicodinamiche [1, 40, 82, 83, 147] della CBT [109, 134] indicano che la psicoterapia in senso largo (contesto psicoterapeutico) e stretto (setting definito) è irrinunciabile per una psichiatria efficace, specie per affrontare le resistenze ai trattamenti sempre più spesso evidenziate [45, 107]. La psichiatria psicodinamica (Friedman et al. 2014) [43] fornisce un contributo educativo, scientifico e terapeutico significativo per la psichiatria contemporanea.

Gli psichiatri per recuperare e accrescere l'efficacia del loro ruolo clinico devono riappropriarsi degli aspetti specifici, tecnici, della professione medica innanzitutto da un punto di vista scientifico e formativo: è urgente riconsiderare come fondamentale per ogni tipo di azione psichiatrica la competenza e la capacità psicoterapeutica dello psichiatra, alla luce delle crescenti evidenze scientifiche sul fatto che *ogni relazione è un agente biologico di trasformazione* [124] curativa o iatrogena, a seconda della attitudine implicita oltre che esplicita del terapeuta [126].

Si intende qui competenza psicoterapeutica in accezione lata come attitudine – pensare, sentire, agire – nei diversi contesti di cura con atteggiamenti di alleanza di lavoro, ascolto partecipante, comprensione, ricerca di senso, significato e direzione, degli stati di scompenso, crisi, cronicità: in accezione specifica come capacità, modi di essere oltre che di fare, in definiti setting tecnici dove i fattori di cambiamento risiedono nelle *dinamiche relazionali implicite* come psicoterapia psicodinamica – breve o a tempo indeterminato – CBT, terapie di gruppo, con la famiglia.

Una delle relazioni plenarie dell'ultimo Congresso della Società Italiana di Psichiatria argomentava sul tema *Il nuovo volto della psichiatria ha uno sguardo psicoterapeutico?* (Fassino 2018) [38] preconizzando un auspicabile sviluppo della psichiatria di per sé psicodinamica.

*

La Psichiatria psicodinamica (PP), a partire dal pionieristico volume di Parenti & Pagani del 1986 [105], al classico manuale di Gabbard [45] fino al recente trattato di psichiatria neuropsicodinamica di Boeker, Harwitz e Northoff del 2018 [15], vuole comprendere al fine della cura – attraverso un'osservazione attenta e partecipante – cosa influenza e difende il sintomo psicopatologico, la sua doppia funzione di espressione della sofferenza profonda del paziente e la sua funzione di *inconscia e automatica difesa*. In questo senso assumono importanza sia le dinamiche inconsce della personalità del paziente, che precedono e mantengono il sintomo, sia le dinamiche relazionali del paziente a partire da quelle *qui e ora* col terapeuta (cfr. concetto di transfert). Pure il controtransfert si è spostato nel cuore della tecnica psicodinamica nell'operare quotidiano dello psichiatra [47]. Da una concettualizzazione ristretta di transfert del terapeuta verso il paziente si è ora giunti a un fenomeno complesso e creato congiuntamente che è pervasivo nel processo di trattamento. Molto è stato fatto riguardo all'adattamento tra paziente e terapeuta e il controtransfert è in gran parte determinato da quell'adattamento. Un medico – osserva Gabbard [47] – deve ricordare che gli enactments che coinvolgono il controtransfert forniscono preziose informazioni su ciò che viene ricreato in ambito terapeutico. A questo proposito, i terapeuti sono saggi nel riconoscere che saranno coinvolti in vari ruoli nel corso della terapia e che mantenere una *monotona distensione artificiale* non è né desiderabile né utile.

A proposito del meccanismo d'azione *nel profondo* della psicoterapia appare innovativo il metodo delle neuroscienze *in prima persona* di Northoff [100]: è possibile descrivere come i processi psicodinamici

...è urgente riconsiderare come fondamentale per ogni tipo di azione psichiatrica la competenza e la capacità psicoterapeutica dello psichiatra, alla luce delle crescenti evidenze scientifiche sul fatto che ogni relazione è un agente biologico di trasformazione

La competenza psicoterapeutica in senso lato come attitudine – pensare, sentire, agire – nei diversi contesti di cura con atteggiamenti di alleanza, ascolto partecipante, comprensione, ricerca di senso....

I processi psicodinamici associati ai meccanismi di difesa sono collegati all'attività neuronale coordinata e poi integrata in differenti regioni cerebrali.

associati ai meccanismi di difesa siano collegati all'attività neuronale. I diversi costrutti di meccanismi di difesa, secondo l'ipotesi psicoanalitica, potrebbero corrispondere ai meccanismi specifici funzionali attraverso cui l'attività neuronale è coordinata e poi integrata in differenti regioni cerebrali. L'approccio psicodinamico e studi di brain imaging suggeriscono che regressione sensomotoria e conversione isterica possono essere associate ad una disfunzione nel neural network che include corteccia orbitofrontale prefrontale media e premotoria. Una migliore comprensione di questi processi neurali favorirà la conoscenza della neurofisiologia sottostante la transizione da meccanismi di difesa immaturi ad altri più maturi in psicoterapia.

La psichiatria neuropsicodinamica (Boeker, Hartwich e Northoff 2018) [15] fornisce un approccio diagnostico e terapeutico, nonché un modello scientifico, che comprende conflitti inconsci e dilemmi, nonché distorsioni nelle strutture intrapsichiche e relazioni oggettualizzate interne, al fine di spiegare, comprendere, indagare, diagnosticare e trattare i fenomeni psicopatologici. Si concentra sulla funzionalità e disfunzionalità dei meccanismi psichici e neurali e integra questi elementi nel contesto delle recenti scoperte nelle neuroscienze con un focus specifico sulla dimensione relazionale-sociale del cervello e del nostro sé. Le relazioni psicodinamiche sono discusse in un contesto neurobiologico con particolare interesse ai meccanismi neuropsicosociali alla base delle esperienze psichiche e delle relazioni sociali.

A proposito dell'interfaccia tra psicoanalisi e neuroscienze occorre sottolineare, osservano Di Giannantonio e Northoff nel loro recente editoriale su *Frontiers in Human Neuroscience* (2020), come la psicoanalisi - ma si deve qui intendere il corpus delle psicologie del profondo - rappresenta un modello teorico complesso della mente umana; potrebbe essere uno stimolo utile per la ricerca neuroscientifica, orientando verso la soggettività e la natura relazionale dell'esperienza umana oltre che a dare importanza ai processi inconsci. D'altra parte, pur rimanendo due aree distinte, la ricerca neuroscientifica adeguatamente progettata può contribuire ad un'espansione delle prospettive metapsicologiche della psicoanalisi stessa. Alcuni autori hanno posto i concetti psicoanalitici alla base della riflessione neuroscientifica, mentre altri hanno applicato una teoria psicodinamica della mente a beneficio dell'interpretazione dell'evidenza neuroscientifica empirica. Altri autori hanno ancora progettato studi sperimentali volti a studiare meccanismi psichici che non sono stati esplicitamente concepiti secondo un quadro teorico psicoanalitico, ma che hanno aperto la strada a una rivalutazione e riconcettualizzazione dei concetti psicoanalitici stessi. Infine, per alcuni, questi aspetti misti rappresentano il punto di partenza per l'implementazione di approcci terapeutici in specifici disturbi mentali.

*

Non c'è psichiatria che trascenda la validità dei principi psicoterapici: la psicoterapia dovrebbe essere considerata una scienza base della psichiatria [52]. Gran parte del lavoro clinico in psichiatria dipende dal curare la relazione col paziente e con la sua famiglia. Persino le interviste diagnostiche possono essere profondamente influenzate dalla mancanza di attenzione all'alleanza con il paziente. Allo stesso modo, fatti come transfert, controtransfert, difesa, resistenza, identificazione empatica, influiscono anche sulle interazioni cliniche non specificatamente psicoterapeutiche. La formulazione esplicativa psicodinamica [93,94] rappresenta uno strumento della competenza progettuale dello psichiatra, utile per la programmazione degli interventi biopsicosociali: si intende una descrizione che riassume le dinamiche di una situazione clinica in quanto si propone di spiegare la natura, le modalità e i tempi di sviluppo dell'esistenza e della crisi del paziente fino al momento presente. La formulazione esplicativa psicodinamica considera inoltre senso, significato e direzione, autoriparativi della crisi stessa, allo scopo di predire per quanto possibile le resistenze e l'evoluzione del caso.

Vent'anni fa ci si chiedeva[96] con arguzia e spirito se nella storia della scienza gli psichiatri che insegnano psicoterapia psicodinamica saranno

La psicoanalisi rappresenta un modello teorico complesso della mente umana ed è stimolo utile per la ricerca neuroscientifica la ricerca neuroscientifica può contribuire ad un'espansione delle prospettive metapsicologiche della psicoanalisi stessa.

...nella storia della scienza gli psichiatri psicodinamici saranno considerati degli alchimisti e degli astrologi medioevali...? o saranno, invece, considerati come i monaci medioevali che conservavano con cura gli scritti di Aristotele per evitare che la sua saggezza andasse perduta ...?

considerati alla pari degli alchimisti e degli astrologi medioevali, che lasciano posto con riluttanza ai Newton e ai Galilei della neurobiologia, o saranno, invece, considerati come i monaci medioevali che conservavano con cura gli scritti di Aristotele per evitare che la sua saggezza andasse perduta. La psichiatria, da sempre disciplina di confine tra scienze della natura e dello spirito [74], nell'attuale crisi d'identità, rischia di smarrirsi definitivamente o, al contrario, di arricchirsi straordinariamente a seconda di quanto consideri questa specificità. Soprattutto nel problema della formazione, la psichiatria deve confrontarsi non solo con le nuove forme d'espressività psicopatologica e con la diffusa infelicità dei potenziali pazienti, come pure dei medici e degli psichiatri, ma anche con la tentazione di un'identità forte che tradisce il suo specifico «essere di confine». Le indagini neuroscientifiche possono dare l'impressione di avvicinarsi molto alla definitiva conoscenza della mente-cervello «alla comprensione di quei meccanismi neurobiologici che sottendono i più fini processi neuropsicologici e quindi mentali» [Cassano[24]. Scienza della natura e scienza dello spirito non sono separate in psichiatria, né separabili. Ridurre, per quanto riguarda il disturbo mentale, le interazioni geni-ambiente a una semplice causalità lineare, per quanto interattiva, far coincidere il profilo neurobiologico dell'individuo, per quanto sofisticato e complesso, all'identità totale dello stesso, è un'operazione di riduttivismo tanto più fuorviante quanto più inconsapevole. La frammentazione del ruolo professionale dello psichiatra in iperspecializzazioni, che si rivelerà utile per conoscenze e competenze più esaustive ed efficaci sugli specifici settori, rafforza la tentazione, il fascino dell'identità forte: questa non deve indurre a sottovalutare che la capacità specifica che deve caratterizzare ogni psichiatra è quella sui vissuti, di jaspersiana memoria, del paziente e sulle sue urgenze di senso. Anche per ottenere dall'effetto farmacologico quello terapeutico nella farmacoterapia, crescenti sono le evidenze sull'importanza del vissuto del farmaco ai fini della compliance e dell'efficacia clinica [57]. Per molto tempo ancora la conoscenza, la competenza sulle emozioni del paziente richiederà allo psichiatra la capacità di individuare, riconoscere, orientare le proprie personali emozioni per interagire con quelle corrispondenti o non del paziente, a favore del suo paziente, per il quale sta allestendo o attuando un progetto terapeutico. La conoscenza della mente richiederà sempre, verosimilmente, un uso specifico delle interazioni tra le menti: il corpus epistemologico della psichiatria anche, in futuro, non potrà che essere basato, tra l'altro, sul paradigma della complessità e su quello dell'intersoggettività [36].

I futuri psichiatri devono avere una solida conoscenza non solo dei principi della psicoterapia, ma anche dello sviluppo di psicoterapie sempre più efficaci e basate sull'evidenza, se vogliono essere leader sanitari efficaci. È importante considerare ciò che attira gli studenti di medicina in psichiatria e quanto la loro decisione di formarsi in psichiatria sia radicata nel desiderio di apprendere sia la psichiatria dinamica che la psicoterapia nelle sue varie modalità. Non è un segreto che la qualità dell'insegnamento e dell'apprendimento della psicoterapia sia variabile nei vari programmi di formazione, in parte dovuta all'interesse degli stessi studenti, che potrebbero avere una propensione verso le dimensioni biologiche della psichiatria rispetto alle competenze di base della psicoterapia.

Inoltre, in alcuni contesti vi è una carenza di insegnanti formati nelle varie forme di psicoterapia [75]

II. La formazione psicodinamica dello psichiatra: una revisione della letteratura

I risultati di una revisione della letteratura internazionale del quinquennio 1999-2004 (Fassino & Abbate Daga 2006)[35] sul problema della formazione psicoterapeutica dello psichiatra evidenziava come tutti gli articoli esaminati suggerissero l'importanza di incrementare la formazione psicoterapica degli psichiatri, sottolineando la difficoltà nella valutazione della competenza veramente acquisita in un training formativo. Tuttavia

Una review del 2006 rilevava l'importanza di incrementare la formazione psicoterapica degli psichiatri, acquisita in un training formativo.

solamente 18 articoli sui 117 esaminati approfondivano in maniera esaustiva il tema e solo 3 lavori riportano dati sperimentali sul grado di formazione degli studenti: dati, tuttavia, difficilmente rapportabili al contesto italiano. Gli autori concludevano che una decisa implementazione della formazione psicodinamica alla conoscenza di sé e all'utilizzo delle conoscenze teoriche e tecniche e delle specifiche competenze e alla capacità relazionale, agente principale di cambiamento, risultasse allora necessaria. Solo così lo psichiatra avrebbe sviluppato la peculiare identità professionale di medico quale manager esperto del cambiamento del paziente.

Materiali e metodi

Ci siamo quindi proposti di esplorare quanto nella letteratura internazionale il problema della formazione psicodinamica dello psichiatra nel corso della Scuola di Specializzazione è osservata e studiata. Abbiamo dapprima esaminato la letteratura degli ultimi 15 anni (2006- 2020) sul problema della formazione alla psicoterapia durante la scuola di specializzazione in psichiatria. A questo proposito è stato utilizzato il motore di ricerca Pub Med: in una prima indagine sono state impiegate tre parole chiave *training + psychiatry + psychotherapy* ottenendo 8236. Aggiungendo una quarta parola chiave *resident*, con l'intento di selezionare quegli studi specificamente riguardanti la formazione alla psicoterapia nel corso della scuola di specializzazione in psichiatria si sono ottenuti 452 articoli, di cui sono stati ricavati i titoli, autori e anno di pubblicazione della rivista. Da questo elenco 194 studi sono stati ritenuti pertinenti: 141 riguardavano aspetti formativi aspecifici alla psicoterapia, mentre 53 riguardavano peculiarmente la formazione a carattere psicodinamico. Questi 53 titoli di ricerche a carattere psicodinamico sono stati esaminati tramite gli abstracts e ulteriormente divisi in tre gruppi (vedi tabelle 1;2;3).

Il *gruppo 1* comprende 12 lavori riguardanti gli *aspetti generali fondanti* la formazione psicodinamica dello specializzando in psichiatria, come per esempio definizione di psichiatria psicodinamica (PP) anche in attuazione al modello Biopsicosociale (BPS); le competenze e le capacità fondamentali nella formazione psicodinamica; la bibliografia di riferimento per lo studio dei principali argomenti come l'attaccamento; il programma dettagliato di un corso residenziale per l'apprendimento alla PP versus la psicoterapia cognitivo-comportamentale; il caso di una psicoterapia psicodinamica PTD in un paziente con schizofrenia condotta e descritta da uno specializzando in psichiatria; un progetto sperimentale di promozione alla PTD tramite soggiorno/visita residenziale, etc.etc.

Il *gruppo 2* comprende 15 lavori su *aspetti speciali* della formazione psicodinamica: transfert e controtransfert, difficoltà e ostacoli all'insegnamento e apprendimento della PP; l'insegnamento della ricerca in PP; formazione dei supervisori (2); la PP nella psichiatria di liaison; PP e aspetti culturali.

Il *gruppo 3* risulta di 26 lavori su *altri aspetti* come la PP in disturbi borderline, attacchi di panico, pazienti gravi, strategie diverse di insegnamento, la terapia personale, l'impiego di interviste, l'utilizzo di tecnologie, la psicofarmacologia, i rapporti tra psicodinamica e neurobiologia e la personalità del terapeuta.

II.1 La psichiatria psicodinamica: aspetti fondamentali

L'American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry (AAPDP) in collaborazione con l'American Association of Directors of Psychiatric Residency Training (AADPRT) considerava fin dal 2003 un obiettivo primario fornire agli specializzandi in psichiatria una solida formazione in psicodinamica [90]. Dieci anni dopo Friedman [43] in un editoriale di *Psychodynamic Psychiatry* pubblicava un vero e proprio *manifesto* della PP. Lo psichiatra psicodinamico vuole comprendere cosa influenza il sintomo, attraverso un'osservazione attenta del paziente; in questo senso assumono importanza sia le dinamiche intrapsichiche del paziente che hanno preceduto e determinato la manifestazione del sintomo, sia le dinamiche relazionali del paziente e la sua modalità di instaurare rapporti,

Viene esaminata la letteratura degli ultimi 15 anni (2006- 2020) sul problema della formazione alla psicoterapia durante la scuola di specializzazione in psichiatria.

Sono emersi 53 ricerche molto pertinenti a carattere psicodinamico divisi in tre gruppi: gli aspetti generali fondanti la formazione psicodinamica

aspetti speciali della formazione psicodinamica: transfert e controtransfert

altri aspetti: disturbi borderline, attacchi di panico, pazienti gravi, etc

Lo psichiatra psicodinamico cerca cosa influenza il sintomo, attraverso un'osservazione partecipante col paziente; le dinamiche intrapsichiche del pazientesia le dinamiche relazionali del paziente e la sua modalità di instaurare rapporti con il terapeuta (concetto di transfert).

anche con il terapeuta (concetto di transfert). I trattamenti psicodinamici si basano sulla valutazione effettuata in base ad una *prospettiva evolutiva*. Si pone particolare attenzione al disagio psicologico e alla sintomatologia sia attuale sia trascorsa del paziente, alla sua storia di vita, ai traumi e alla sua storia familiare. Il comportamento del paziente viene considerato sia in chiave clinico-descrittiva, utilizzando criteri diagnostici DSM 5, sia in chiave narrativa, dando quindi spazio ad una dimensione più personale e soggettiva, che consideri la *patogenesi*, oltre la descrizione del sintomo. Sebbene sia noto che molti fattori possano influenzare negativamente il benessere di un individuo, la PP sottolinea l'importanza di comprendere e modificare le motivazioni, irrazionali e ripetitive inconsce, che hanno determinato la manifestazione di sintomi e sindromi. Per la PP la "malattia" è quindi una manifestazione della persona nella sua totalità e non semplicemente il risultato, in termini di disagio psicologico, di un disturbo del sistema nervoso. Col passare del tempo la PP, come insieme di conoscenze e pratiche, cambierà, man mano che verranno approfondite le relazioni tra le neuroscienze, la psicopatologia, le emozioni e gli aspetti comportamentali dell'individuo. Attualmente le scuole di psichiatria e psicologia non supportano sufficientemente l'utilità di modelli che integrino le influenze biologiche, psicologiche e sociali sul comportamento: la PP, invece, fa proprio questo [43].

La PP è l'intersezione tra la psichiatria generale e la psicoanalisi come teoria della mente, ed è costruita su un modello BPS per comprendere e trattare i disturbi mentali. Il modello biomedico non è stato all'altezza delle sue promesse e non è supportato dalla scienza emergente con la stessa fermezza del modello BPS. Il "paziente difficile" emerge in parte dai limiti dei nostri modelli di trattamento [108]. Si può pensare alla PP come all'area di intersezione tra il dominio della psicoanalisi - come teoria della mente - e il dominio della psichiatria generale. La PP offre una prospettiva che permette di impegnarci, capire e aiutare il trattamento dei pazienti più complessi. Molti psichiatri di fatto hanno esperienza di pazienti di difficile trattamento, o, come sono solitamente chiamati "resistenti al trattamento". Esistono caratteristiche relative al paziente e al disturbo che determinano un difficile trattamento del paziente; tuttavia ciò che è difficile non sta nel paziente ma nei clinici - osserva Plakun [108] - e nelle limitazioni dei trattamenti. Negli ultimi 20 anni, vi è stato un aumento dell'800% nelle citazioni sui disturbi psichiatrici resistenti al trattamento e la maggior parte degli studi dei nuovi trattamenti eliminano pazienti con disturbi in comorbidità. Tuttavia la comorbidità alla diagnosi è la regola piuttosto che l'eccezione nei disturbi depressivi resistenti al trattamento e in altri disturbi. Lo sviluppo della resistenza al trattamento potrebbe rappresentare una risposta alla perdita dell'*autorità* sul paziente, poiché diventa un contenitore passivo da cui ci si aspetta che si adegui agli ordini del clinico. Dall'importante studio di Leichsenring & Rabung [82] risulta con evidenza che il trattamento psicodinamico è efficace in pazienti con comorbidità complesse che sono resistenti al trattamento: troviamo - tuttavia - la meta-analisi di Leichsenring & Rabung, pubblicata nel *Journal of the American Medical Association* piuttosto che in un giornale psichiatrico...!

Di recente Miller et al. [93] hanno allestito una bibliografia aggiornata e mirata a fornire agli specializzandi una base necessaria di conoscenze fruibile per un apprendimento formativo della PP: attento esame del contesto setting terapeutico; ascolto attivo e riflessione sul significato degli interventi del terapeuta; transfert e uso del controtransfert come strumento diagnostico/terapeutico; meccanismi di difesa; sollecitazioni sul paziente verso la rievocazione; punti di vista teorici sull'azione terapeutica (ad es. psicologia dell'io, terapia relazionale, relazioni oggettuali, modello Kleiniano classico / moderno); il significato di ritardo, interruzioni del trattamento e conclusione, etc.etc. Per gli autori questo elenco funge da risorsa ausiliaria che può aumentare le discussioni nella supervisione della terapia, aiutando anche a standardizzare la base di conoscenza minima raggiunta nella teoria psicodinamica.

Tra gli argomenti ritenuti fondamentali nel bagaglio di conoscenze c'è il paradigma/teoria dell'attaccamento. La prospettiva evolutiva nella

..rigorosi studi evidenziano che il trattamento psicodinamico è efficace anche in pazienti con comorbidità complesse e che sono resistenti al trattamento

Tra gli argomenti ritenuti fondamentali nel bagaglio di conoscenze c'è il paradigma/teoria dell'attaccamento

psicopatologia, base teorica pratica della PP, da pochi anni è infatti (ri)fondata sulle vicende dei processi di attaccamento [92]. Stili di attaccamento insicuro, ansioso o evitante sono associati a una vasta gamma di disturbi mentali: diversi studi dimostrano un collegamento tra attaccamento insicuro e vulnerabilità a disturbi mentali. Ci sono evidenze importanti che aumentando il senso di sicurezza d'attaccamento si riduce il rischio e l'intensità dei sintomi psichiatrici come disturbi post-traumatici da stress e disturbi alimentari. Queste evidenze sottolineano gli effetti calmanti, curativi e terapeutici prodotti dalla attuale relazione terapeutica col terapeuta, come pure il comfort e la sicurezza offerta dalle rappresentazioni mentali di queste esperienze di attaccamento amorevole e di cura. L'esposizione al paradigma dell'attaccamento fornisce un modello di intervento, prevenzione e speranza per li specializzandi mentre passano dall'apprendimento dei modelli fenomenologici della diagnostica psichiatrica ad altri parametri dello sviluppo e dell'intervento umano. [73].

La specializzazione in psichiatria caratterizzata dall'approccio psicodinamico secondo Goldberg & Plakun impiega il modello Y della psicoterapia [56] come competenza fondamentale dello psichiatra: per quanto riguarda la corretta indicazione in pazienti con psicopatologia adeguata, anche per percorsi che prevedano fasi successive di trattamento con obiettivi evolutivi. Questo rappresenta i componenti cardine di tutte le psicoterapie sullo stelo della Y, le componenti specifiche della psicoterapia psicodinamica e della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) sulle braccia della Y. La familiarità con il modello Y può aiutare gli studenti a far fronte alla confusione che emerge quando provano ad imparare molti differenti tipi di psicoterapia. Il modello Y può anche essere un importante aiuto per gli insegnanti di psicoterapia psicodinamica. L'uso del modello Y aiuta gli studenti ad osservare come i componenti specifici della psicoterapia psicodinamica emergono dal nucleo centrale. Aiuta anche gli studenti a confrontare la psicoterapia psicodinamica con la CBT (e altre terapie). Uno studente che ha raggiunto un punto di confusione mentre sta facendo psicoterapia psicodinamica può essere invitato a "rimpicciolire" fino al modello Y, utilizzandolo per esaminare questo punto di confusione, "focalizzando poi indietro" per uno sguardo nuovo all'interazione paziente-terapeuta.

La valutazione dei percorsi formativi alla CBT e alla psicoterapia psicodinamica – intese come pietre miliari della capacità professionale dello psichiatra – è stata l'oggetto di una recente ricerca pilota del gruppo della Prof.ssa P.Ravitz dell'Università di Toronto [111]. Risultato importante e innovativo è stato quello per cui l'insegnamento e l'osservazione sono fattibili e possono essere valutati esaminando i cambiamenti nell'arco di un anno di formazione sugli elementi cardine delle due competenze. Sono state impiegate le registrazioni audio di sedute, selezionate casualmente da diverse fasi della psicoterapia psicodinamica e della CBT, con cinque specializzandi junior e dieci pazienti e valutate tramite Psychotherapy Process Q-sort (strumento pantateorico, in grado di fornire validi elementi per l'analisi dei processi terapeutici). In entrambi i trattamenti è migliorato il coinvolgimento del paziente con attenzione alle emozioni durante la sessione. Nella CBT, gli specializzandi erano direttivi, sostenevano l'autoefficacia nei pazienti, enfatizzavano i pazienti che si assumevano la responsabilità per i loro problemi, discutevano di compiti a casa, come i diari personali, e si concentravano sulla conclusione nelle ultime sessioni. Nella psicoterapia psicodinamica gli specializzandi hanno partecipato all'arousal emotivo e hanno connesso i sentimenti o le percezioni dei pazienti a situazioni o comportamenti passati.

La competenza come psichiatra psicodinamico richiede più che l'acquisizione di un corpo di conoscenze teoriche e di una serie di competenze tecniche, anche se queste sono ovviamente indispensabili. Richiede anche lo sviluppo o l'acquisizione di una serie di virtù - atteggiamenti di mente e di cuore che generano risposte abituali - che sono incorporate nel carattere e nella persona dello specializzando in via di formazione. Queste virtù psicodinamiche secondo Brenner & Khan [19]

Il modello Y della psicoterapia in psichiatria secondo Goldberg & Plakun : aiuta gli studenti ad osservare e valutare l'indicazione alla psicoterapia psicodinamica oppure alla CBT

Le " virtù psicodinamiche " sono utili di per sé allo specializzando : un sottile tipo di empatia, un atteggiamento di accettazione e affermazione, una curiosità e fiducia per i significati, l'umiltà di fronte alla incertezza e all'ambiguità, l'apertura all'immersione nel transfert, e la soddisfazione in un range ristretto di potenziali

includono un sottile ed esigente tipo di empatia, un atteggiamento di accettazione e affermazione, una curiosità e fiducia per quanto riguarda il sottostante significato, l'umiltà di fronte alla incertezza e all'ambiguità, l'apertura all'immersione nel transfert, e la soddisfazione in un range ristretto di potenziali gratificazioni. I programmi di specializzazione tentano di fare uno screening sul potenziale riguardo queste qualità durante il processo di applicazione. Tuttavia, i programmi di specializzazione devono anche lavorare in modo esplicito per favorire lo sviluppo di queste qualità durante il percorso formativo. La creazione di un ambiente di supporto ancora aspirazionale, l'interiorizzazione di modelli di supervisione, e l'incoraggiamento/opportunità per conoscere il proprio mondo interiore sono alcune delle potenziali vie attraverso le quali possiamo aiutare gli specializzandi ad acquisire virtù, e quindi a raggiungere il loro potenziale come psichiatri psicodinamici [19].

Queste attitudini sembrano rappresentare gli atteggiamenti terapeutici fondamentali anche, e forse soprattutto, negli interventi psicodinamici brevi con pazienti difficili con schizofrenia come uno specializzando in psichiatria ben descrive nel caso del suo paziente Peter *“Sono toccato dal coraggio di Peter di esplorare le sue personali aree di sofferenza. Lui continua a soffrire. Molti armadi ... gli rimasero chiusi nel nostro breve periodo terapeutico, e noi non abbiamo eliminato la sua psicosi. Tuttavia, attraverso il processo psicodinamico, Peter iniziò a ricostruire una sfera di esistenza al di fuori della sua malattia. I suoi deliri e allucinazioni non solo sono diventate meno invadenti, ma Peter ha anche acquisito una maggiore tolleranza delle relazioni intime con gli altri. Ha modellato un aspetto più positivo di sé stesso. Ora però abbiamo la voce di Peter - che sale più forte dalle sue regioni allucinatorie – indicandomi di andare avanti, creando una breccia nella recinzione, chiamandoci ad essere uniti. (pag. 73) [130].*

Il caso del paziente Peter secondo il suo terapeuta specializzando....

1.2. Aspetti speciali della formazione psicodinamica

Un tirocinio di Psicoterapia Basata sul Transfert (TFP) secondo Bernstein et al. [13] e Chambers [25] costituisce un prezioso aiuto per gli specializzandi in psichiatria per imparare la psicoterapia psicodinamica. La competenza in psicoterapia psicodinamica è un requisito fondamentale, ma per una serie di ragioni, per gli allievi della scuola di psichiatria l'apprendimento della psicoterapia psicodinamica è difficile. Gli autori descrivono la loro esperienza con un percorso di formazione elettivo in TFP, un trattamento manualizzato per i gravi disturbi di personalità. Vengono discusse le varie sfide nell'apprendimento della psicoterapia psicodinamica e come la TFP possa servire ad affrontarle: maneggiare la psicopatologia e una teoria della mente sintetica e coerente; imparare ad usare gli interventi associati a questa teoria; gestire le difficoltà di transfert e controtransfert. La formazione in TFP facilita l'acquisizione di maggior familiarità e padronanza con il più ampio campo della psicoterapia psicodinamica offrendo una strategia per affrontare le sfide inerenti l'apprendimento, offrendo anche molti spunti per comprendere e affrontare negli specializzandi il comune sentimento di sentirsi sopraffatti. La formazione in TFP aiuta gli specializzandi a sviluppare "le conoscenze, attitudini e competenze" che possono essere implementate per aiutare i pazienti con disturbi di personalità in molti contesti al di fuori della clinica ambulatoriale psicoterapica[17]. La seconda sfida affrontata dagli specializzandi è imparare ad usare la matrice di tecniche necessarie per la psicoterapia psicodinamica. Gli specializzandi devono capire che cosa vuol dire essere "tecnicamente neutrali" senza diventare inefficaci o emotivamente distaccati. Il terapeuta deve trattare il paziente con "civiltà e cortesia" piuttosto che con la fredda neutralità che è la caricatura di un terapeuta psicoanalitico. Un importante compito nell'apprendimento della psicoterapia psicodinamica è quello di identificare, tollerare e utilizzare i sentimenti di transfert e controtransfert. Per molti terapeuti lo sforzo di comprendere l'esperienza del paziente è di per sé supportivo piuttosto che contenitivo. Il contratto terapeutico TFP,

Un tirocinio di Psicoterapia Basata sul Transfert aiuta gli specializzandi a capire che cosa vuol dire essere "tecnicamente neutrali" senza diventare inefficaci o emotivamente distaccati.

Le collusioni sono comuni nel trattamento soggetti borderline: l'impiego di vignette cliniche ...

che anticipava la presenza di opposizioni e resistenze e specificava l'impegno alla terapia per un anno, ha permesso allo specializzando di gestire la sua ansia con il paziente. Le collusioni sono comuni nel trattamento di questi soggetti borderline che spesso usano l'identificazione proiettiva, attraverso la quale le esperienze dolorose vengono proiettate sul terapeuta e combinate con tentativi di controllare il comportamento e l'esperienza del terapeuta: la collusione dello specializzando con il paziente, discusso in una vignetta clinica, favoriva il fatto che entrambi evitassero sentimenti troppo dolorosi, pur apparentemente lavorando in terapia.

Da molti osservatori è stato ritenuto "imminente e forse inevitabile" il crollo della psicoterapia psicodinamica eseguita dagli psichiatri. L'articolo di Drell [32] documenta la diminuzione negli ultimi 25 anni della formazione in psicoterapia psicodinamica nelle Scuole di Psichiatria. Questo processo sarebbe inevitabile a causa di un marcato cambiamento di paradigma nella psichiatria in risposta a scoperte eccitanti e rivoluzionarie nelle neuroscienze, tra cui l'imaging del cervello, il progetto del genoma umano e la psicofarmacologia. La scienza, si potrebbe dire, si sta inesorabilmente spostando, in apparenza, da un focus sulla mente a quello sul cervello. Questo cambiamento di paradigma sembra aver messo a dura prova la pratica della psicoterapia psicodinamica, anche se lo stesso focus sulle neuroscienze ha chiarito invece che le psicoterapie hanno la capacità di cambiare il cervello, come i farmaci. Vi sono tuttavia argomenti altrettanto convincenti secondo cui la terapia psicodinamica è vittima dei suoi alti costi, dei risultati discutibili e dei desideri sociali di soluzioni rapide e ridotti finanziamenti per l'assistenza sanitaria. Alla lista dei fattori sociali che contribuiscono a questa situazione Drell in un successivo articolo del 2017 [33] esamina le risposte sociali che potrebbero contrastare un declino nella pratica della psicoterapia psicodinamica da parte degli psichiatri.

Gli ostacoli all'apprendimento derivano anche da alcuni vissuti sfavorevoli durante la Scuola di Psichiatria. L'esperienza degli psichiatri in formazione psicodinamica può essere infatti talvolta vissuta come scoraggiante, come è emerso dallo studio di Cohen & Hatcher [28]. È stata impiegata metodologia qualitativa e un'intervista semi-strutturata, audio-registrata di 12 partecipanti. Il concetto centrale di "compito scoraggiante" è stato sviluppato e collegato alle principali categorie di "faticante: shock e timore", "paziente: protetto e temuto", "supervisore: deludente o ammirato/riverito", "contesto più ampio", "fare e imparare la psichiatria nel 21° secolo". La ricerca ha identificato diversi fattori in ciascuna delle principali categorie che hanno contribuito a definire come scoraggiante l'esperienza della formazione psicodinamica. Ciononostante, gli specializzandi partecipanti allo studio hanno sottolineato l'importanza del conoscere la psicodinamica e l'importanza della formazione nel facilitare questo.

Altri aspetti demotivanti riguardano aspetti organizzativi delle scuole come debiti economici della formazione, strutture in cui praticare, gestione intrusiva e politiche di rimborso che svalutano la psicoterapia e scoraggiano gli psichiatri all'inizio della loro carriera ad una pratica che favorisca l'uso della psicoterapia [27]. La competenza psicoterapeutica è essenziale perché lo psichiatra è l'unico come medico che può/deve assumersi la piena responsabilità della cura BPS del paziente - articolando interventi farmacologici psicoterapeutici e riabilitativi - in ruoli come quello di supervisore, consulente e team leader. Gli psichiatri tuttavia al termine della specializzazione si trovano ad affrontare un ambiente in cui i sondaggi mostrano un declino costante e allarmante della pratica della psicoterapia da parte degli psichiatri, insieme a un calo della soddisfazione professionale. Gli autori [27] propongono alcuni interventi che potrebbero correggere questi ostacoli alla formazione: 1) una vigorosa difesa per migliori livelli di pagamento per la psicoterapia e la limitazione di una gestione poco costruttiva; 2) azione ferma contro le violazioni del Parity Act; 3) preparazione attiva degli specializzandi psichiatri al fine di affrontare le scelte durante la propria carriera e nei confronti del contesto attuale per fornire psicoterapia nella loro pratica, e

Alcune scoperte delle neuroscienze, tra cui l'imaging del cervello e la psicofarmacologia sembrano motivare un forte declino della formazione psicodinamica

.... che appare anche vittima dei suoi alti costi, ridotti finanziamenti sanitari, dei risultati talora discutibili e dell'aspettativa sociale di soluzioni rapide e ... ma negli ultimi anni risposte sociali sembrano contrastare questo declino...

Altri cause demotivanti riguardano aspetti organizzativi delle scuole ...le esperienze scoraggianti di alcuni specializzandi...

Autori come Clemens et al. Propongono interventi che potrebbero correggere questi ostacoli alla formazione...

4) formazione post-laurea in psicoterapia attraverso supervisione/consultazione, corsi di formazione continua, formazione tramite computer e apprendimento a distanza. (Clemens et al. 2014) [27]. Altri ostacoli difficoltà ed all'apprendimento e insegnamento della terapia psicodinamica si ritrovano nel *duro lavoro quotidiano* degli specializzandi di psichiatria [64]. Nella pratica, l'insegnamento degli elementi teorici e pratici della PP può scontrarsi con assenze frequenti, pesanti turni di guardia, arrivi in ritardo e uscite anticipate degli specializzandi. Questi ostacoli possono essere parzialmente superati concentrandosi su argomenti che possono essere esplorati nel corso di una singola lezione. L'autore suggerisce tecniche *pedagogiche* di umorismo, psicodramma, materiale clinico del caso ben delineato, che suscitano interesse, partecipazione di gruppo, dimostrata immediatezza di applicazione, evitando la terminologia poco chiara o differenze teoriche sfumate.

I problemi dell'insegnamento della PP e della formazione dei supervisori è stato affrontato in diversi articoli da alcune diverse ottiche. Sono descritti programmi di formazione standard per insegnare ai supervisori della psicoterapia aspetti efficaci, etici e legali della supervisione [112]. In un altro articolo è presentato in dettaglio un corso di terapia psicodinamica di specializzazione in psichiatria: il contenuto e le tecniche di insegnamento utilizzate nel contesto dell'evoluzione negli ultimi due decenni, una guida alla pratica basata sull'evidenza [9, 128], insieme alle sfide dell'insegnamento di questo argomento nel contesto attuale. Vengono spiegati gli elementi centrali di un programma di insegnamento psicoterapico emozionante e coinvolgente: sentimenti, contesto e libertà. Sono affrontati inoltre argomenti specifici come la formulazione psicodinamica, l'uso di video, l'auto-divulgazione e la resistenza [128]. Si ritiene inoltre che insegnare agli specializzandi a far ricerca in psicoterapia aiuterà lo sviluppo di una generazione di clinici in grado di riconoscere meglio il valore di un approccio psicodinamico per i pazienti [21].

Le risorse limitate nell'educazione psicodinamica nella formazione in psichiatria hanno portato l'American Academy of Psychodynamic Psychiatry and Psychoanalysis a creare il *Victor J. Teichner Award*. (Katz et al. 2019) [70]. Questo premio finanzia uno studente di psicodinamica a visitare una scuola di specializzazione in psichiatria per insegnare agli specializzandi e alla facoltà per un periodo di 2-3 giorni. Tramite una procedura osservazionale mediante sondaggi online anonimi sono stati effettuati prima e dopo la visita a 88 specializzandi di tre programmi di specializzazione. Nel confrontare i gruppi pre-visita e post-visita, gli specializzandi si sono giudicati significativamente migliorati nella psicoterapia psicodinamica per quanto riguarda il loro livello di competenza, la loro capacità di ascoltare e la loro capacità di effettuare interventi. Inoltre, gli specializzandi in programmi a ridotta componente psicodinamica hanno espresso forte interesse nell'apprendimento delle abilità psicoterapiche generali e psicodinamiche nonostante frequentino programmi con orientamento principalmente biologico. Questi risultati suggeriscono che programmi brevi e intensivi per migliorare l'insegnamento psicodinamico sono utili nella formazione in psichiatria e possono comportare un aumento significativo del senso di competenza psicodinamica degli specializzandi.

Le somiglianze culturali nella diade terapeutica possono migliorare il trattamento facilitando la comprensione delle tradizioni e del linguaggio culturali. Tuttavia, le similitudini possono anche essere un ostacolo e l'attenzione al processo rimane fondamentale. Il semplice presupposto che l'abbinamento culturale migliori invariabilmente il trattamento può minare la capacità di riconoscere le insidie legate alle questioni culturali per il terapeuta. Un'osservazione equilibrata di transfert e controtransfert, sostenuta da un'attenta supervisione, può risolvere tali potenziali problemi. [113].

Alcune iniziative esemplari promosse dalla World Psychiatric Association hanno evidenziato in nazioni di aree svantaggiate del mondo - Indonesia, Iran, Malaysia, Thailandia - come la PP risulta in questi paesi una materia

L'American Academy of Psychodynamic Psychiatry and Psychoanalysis ha istituito il metodo dei premi per finanziare percorsi formativi

L'esperienza degli psichiatri in formazione psicodinamica può essere infatti talvolta vissuta come compito scoraggiante.....

E' stato inoltre rilevato il problema dei percorsi formativi e dei formatori..... e del reperimento delle risorse.... anche in Paesi emergenti...

Programmi brevi e intensivi sono utili nella formazione psicodinamica in psichiatria e comportano un aumento significativo del senso di competenza negli specializzandi.

stimolante da insegnare e da apprendere [8]. Oltre alle carenze logistiche e psichiatriche della forza lavoro, adeguati adattamenti culturali richiedono uno sforzo creativo per rendere la PP rilevante anche al di fuori dei paesi ad alto reddito. I risultati conseguiti in queste regioni sono presentati come possibili modelli da emulare altrove. Attraverso collaborazioni internazionali possono essere implementati metodi pedagogici innovativi che includono tutoraggio attentamente realizzato e incorporano la videoconferenza in combinazione con le visite in loco. L'enfasi sul mentoring è essenziale per formare adeguatamente i futuri supervisor della psicoterapia psicodinamica.

L'approccio psicodinamico può essere applicato a tutti gli aspetti del lavoro di consultazione e liaison. Di particolare utilità possono essere i derivati del controtransfert classico, che possono essere visti come reazioni e identificazioni dallo psichiatra curante o dall'équipe medica per il paziente che possono interferire con cure efficaci [14]. La teoria dell'attaccamento viene rivista come particolarmente utile nella relazione medico-paziente dei pazienti con patologie fisiche [98]. L'impatto del controtransfert, specialmente nella relazione con pazienti difficili e "odiosi" è rilevante per gli esiti delle cure, in particolare serve ad esplorare le dinamiche che circondano l'argomento del *suicidio assistito* dal medico, in quanto riguarda la comprensione della richiesta di morire di un paziente. Speciale attenzione viene data alle sfide che circondano l'esperienza unica degli specializzandi che imparano come *trattare* i pazienti con patologie mediche nei servizi di consultazione-liaison. Gli specializzandi che completano la loro formazione durante le rotazioni in servizi di consultazione-liaison sono implicitamente tenuti a riconoscere e considerare le reazioni controtransferali quando offrono raccomandazioni cliniche ai pazienti. Jimenez et al. [66] tramite una revisione della letteratura rilevano una notevole mancanza nell'insegnamento di queste abilità agli specializzandi psichiatri e confermano l'importanza della formazione nella gestione del controtransfert nell'ambito della consultazione-liaison. Allo stesso tempo propongono indirizzi futuri per la ricerca e l'insegnamento, promuovendo l'istituzione di linee guida per la formazione in PP in ambito ospedaliero.

1.3. Altri aspetti della formazione psicodinamica

Tra i lavori esaminati in questo terzo gruppo particolarmente innovativo risulta l'intento di valutare i processi minimi negli scambi all'interno della relazione terapeutica. Da oltre vent'anni Stern e il Boston Group [129] studiano i *now moment* tra i fattori impliciti di cambiamento nel setting. Il gruppo di Debora Cabaniss e coll. (2017)[22] della Columbia University NY osserva come i programmi generalmente insegnano la psicoterapia psicodinamica usando la didattica e la supervisione di gruppo, con più ore di insegnamento su questa modalità che su CBT o sulla psicoterapia di supporto. Come parte del prossimo sistema di accreditamento le Scuole di Specializzazione in psichiatria sono incaricate di sviluppare obiettivi specifici nel tentativo di trasformare competenze a tratti astratte in aspettative maggiormente uniformi, significative e trasparenti. Considerando che non sono ancora ben definiti e pubblicati gli strumenti per valutare le competenze in psicoterapia, specialmente per quella psicodinamica, il gruppo di Cabaniss e coll. [22] propone il test *Microprocess Moment* sulle abilità di psicoterapia. Il termine "microprocesso" si riferisce al *momento/scambio* di momenti tra paziente e terapeuta; in tal modo, *The Microprocess Moment* è un'istantanea di un breve episodio nel trattamento. Questa valutazione non si limita a misurare l'adesione a una tecnica specifica - come si potrebbe determinare ad esempio dal rivedere un video - dal momento che dimostra non solo quello che dicono gli specializzandi ma anche *come* stanno pensando. Utilizzo del *Microprocess Moment* per valutare gli specializzandi nel lavoro in psicoterapia psicodinamica ci permette di imparare non solo quello che dicono, ma anche come pensano. A differenza di un esame, è individualizzato, chiede agli specializzandi di discutere il proprio lavoro e cattura la loro capacità di riflettere e costruire interventi. Infine, offre una buona opportunità per l'insegnamento e apprendimento tra pari. Questo strumento valuta sia le capacità di

L'approccio psicodinamico è adatto anche per la psichiatria di liaison ...specie negli aspetti concernenti l'attaccamento...

Utilizzo del Microprocess Moment - un'istantanea di un breve episodio nel trattamento - per valutare gli specializzandi nel lavoro in psicoterapia psicodinamica ci permette di valutare non solo quello che dicono, ma anche come pensano....

...si considerano sia le capacità di ascolto, gli affetti, transfert, controtransfert, temi inconsci, come pure le riflessioni sul tema

ascolto, gli affetti, transfert, controtransfert, temi inconsci, come pure le riflessioni sul tema: discussione sull'uso dei principi della scelta degli interventi (dalla superficie alla profondità, a seguito dell'affetto, attenzione al controtransfert); discussione sull'uso dei principi di appropriatezza (fase del trattamento, stato dell'alleanza, forza dell'io). Al termine del percorso di formazione gli specializzandi in psichiatria dovrebbero avere competenze sugli aspetti comuni a tutte le psicoterapie (ad esempio, creare un'alleanza terapeutica, ascoltare empaticamente, mantenere i confini), così come competenze specifiche in tre modalità psicoterapeutiche: psicodinamica, supportiva e cognitivo-comportamentale. Gli autori ritengono che saper condurre la psicoterapia sia un'abilità chiave per gli psichiatri e una competenza fondamentale da acquisire durante la scuola di specializzazione in psichiatria.

Considerate le difficoltà alla formazione psicoterapeutica alle competenze durante la Scuola di Specializzazione psichiatrica Bernanke & McCommon [12] propongono un programma formativo denominato *Buona gestione psichiatrica per il disturbo borderline della personalità* (GPM) basato su evidenze di efficacia semplificato e psicodinamicamente strutturato per la gestione ambulatoriale di pazienti con disturbo borderline della personalità, uno dei disturbi più impegnativi che gli specializzandi devono imparare a trattare. Nel loro studio gli autori forniscono una panoramica del GPM e mostrano che tale formazione soddisfa un requisito fondamentale per la formazione in psicoterapia di supporto, è utile per il training in psicoterapia psicodinamica e si può applicare ad altri gravi disturbi della personalità, in particolare al disturbo narcisistico. Il programma è basato sul *modello di ipersensibilità interpersonale* utilizzato in GPM come un modo semplice per i medici di collaborare con i pazienti nell'organizzazione di approcci alla psicoeducazione, rivolta a favorire l'alleanza terapeutica, a definire gli obiettivi del trattamento, alla gestione dei casi, all'uso di più modalità di trattamento e alla sicurezza del setting. Un cambiamento del modello di *ipersensibilità interpersonale* che include l'ipersensibilità intra-personale può essere utilizzata per affrontare i problemi narcisisti, spesso presenti nel disturbo borderline della personalità. Fornendo alcuni esempi e vignette cliniche per rendere conto dei cambiamenti dopo un anno di supervisione gli autori sostengono che queste caratteristiche rendono GPM ideale per gli specializzandi in psichiatria nel trattamento dei loro pazienti più impegnativi.

La Psicoterapia focalizzata sul transfert TFP, un trattamento psicodinamico documentato per gravi disturbi della personalità è stata proposta nella specializzazione in psichiatria generale come un modello molto utile e applicabile per gli specializzandi in contesti clinici di pazienti con crisi acute [133]. La formazione in TFP durante la specializzazione può fornire un modello facilmente applicabile per comprendere e trattare la patologia della personalità in una varietà di ambienti, anche per gli specializzandi che non perseguono una formazione aggiuntiva in trattamenti psicodinamici. Anche se la TFP è stata sviluppata come trattamento ambulatoriale a lungo termine, gli autori hanno trovato il quadro diagnostico e teorico e le tecniche cliniche descritte nel manuale di trattamento TFP utili in ambienti per i trattamenti d'urgenza. Nell'esperienza degli autori, gli specializzandi trovano questo modello di comprensione e di lavoro con pazienti con disturbi della personalità piacevoli da imparare e facili da applicare.

Il problema del ruolo della psicoterapia psicodinamica personale nella formazione di uno psichiatra competente è stato affrontato – almeno per quanto abbiamo potuto reperire nella letteratura esaminata in questi ultimi quindici anni – solo da uno studio di Brenner [18] del Dipartimento di Psichiatria di Boston. L'Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) aveva promosso un'iniziativa relativa alle competenze che sta causando un cambiamento di paradigma nella formazione psichiatrica. L'American Association of Directors of Psychiatric Residency Training (AADPRT) ha valutato linee guida specifiche per le competenze in ogni tipo di psicoterapia, tra cui la psicoterapia

Il programma Buona gestione psichiatrica per il disturbo borderline è utile per il training in psicoterapia psicodinamica e si può applicare ad altri gravi disturbi della personalità.

La formazione in Psicoterapia focalizzata sul transfert - TFP durante la specializzazione può fornire un modello facilmente applicabile per comprendere e trattare la patologia della personalità in una varietà di ambienti, anche per gli specializzandi che non perseguono una formazione aggiuntiva in trattamenti psicodinamici

L'Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) promuove linee guida per aiutare lo specializzando riconoscere, utilizzare e gestire aspetti di transfert e controtransfert, e di "utilizzare l'auto-riflessione per conoscere le proprie risposte ai pazienti"

psicodinamica. Secondo queste linee guida lo specializzando "dimostrerà la comprensione del concetto dell'inconscio" e anche del comportamento sottostante "i molteplici e complessi significati". A tal fine, lo specializzando dovrebbe essere in grado di stabilire un'alleanza con il paziente che consenta "un'indagine sulla vita interiore del paziente". Infine, le linee guida di AADPRT specificano che lo specializzando dovrebbe essere in grado di riconoscere, utilizzare e gestire aspetti di transfert e controtransfert, e di "utilizzare l'auto-riflessione per conoscere le proprie risposte ai pazienti". La psicoterapia è diversa da altre procedure mediche: richiede la consapevolezza delle risposte interne sia del paziente che del terapeuta, competenza assai difficile se gli specializzandi non hanno pieno accesso ai processi di una psicoterapia psicodinamica completa.

Guardare una psicoterapia non permetterebbe al giovane medico di osservare le esperienze soggettive cruciali dei partecipanti alla terapia, come ad esempio quanto sia reale il transfert, quanto il terapeuta si senta angosciato e confuso dai sentimenti di controtransfert o quanto siano forti le pressioni dell'identificazione proiettiva. Tuttavia molti specializzandi, così come molti docenti, hanno guardato e sperimentato questa procedura attraverso la partecipazione alla propria terapia personale. L'apprendimento della psicoterapia ha aspetti peculiari rispetto all'apprendimento di altre abilità in medicina, quali la formazione personale; impegnarsi in psicoterapia personale ha a lungo ricoperto un ruolo aggiuntivo non ufficiale alla formazione della specializzazione in psichiatria. Anche se la il Residency Review Committee for Psychiatry (RRC) indica la necessità di competenza nella psicoterapia, i set di abilità descritti per la psicoterapia psicodinamica sono essenziali in ogni ambiente di trattamento [18].

Le caratteristiche professionali e personali proprie – la cui conoscenza è tra gli obiettivi di un training personale su di sé – sembrano rilevanti ai fini degli esiti delle psicoterapie con i propri pazienti. Una ricerca assai innovativa su questi aspetti è quella di E.Heinonen e coll (2014) [60] che si propone di evidenziare se i tratti di personalità del terapeuta possono essere predittori dell'outcome nella psicoterapia psicodinamica long term (LPP) e in psicoanalisi (PA). Nel 2013 lo stesso autore aveva rilevato che psicoterapeuti attivi ed estroversi producono una più rapida riduzione dei sintomi nella terapia a breve termine rispetto a quella a lungo termine. Quelli più cauti e non invasivi sono più efficaci nella terapia a lungo termine nel corso dei tre anni di follow up. Lo studio del 2014 riguarda 58 terapeuti esperti: terapeuti professionalmente meno confermati e personalmente più forti e meno distaccati erano predittori di minori sintomi in PA rispetto alla LPP alla fine del follow up. Uno stile relazionale più moderato, esperienze di difficoltà nel lavoro e sensazione di avere buone capacità predicono una più rapida diminuzione dei sintomi nella LPP, indicando quindi delle differenze tra PA e LPP nel processo terapeutico. Questi risultati mettono in dubbio i benefici della posizione "classica" di psicoanalista *neutrale* nella PA. Indicano inoltre la necessità di una valutazione più approfondita del processo terapeutico dei due trattamenti e nel confronto tra i due, che potrebbe aiutare nel training e nelle supervisioni dei terapeuti [67].

III. Discussione

III.1 L'accidentato cammino verso una psichiatria di per sé psicodinamica

Nella nostra precedente overview del 2005 *Percorso formativo psicodinamico per lo psichiatra nell'era delle neuroscienze* avevamo rilevato nel periodo esaminato, 1999-2004, come pienamente riguardanti al tema 18 studi. Nella presente rassegna nel periodo 2006-2020 su 452 articoli rintracciati risultavano strettamente pertinenti 53 articoli. Quindi dal nostro punto di osservazione la media annuale di produzione scientifica su questo importante argomento risulta invariata negli ultimi anni rispetto al primo quinquennio considerato. Il cammino verso la PP è a tratti travagliato ma prosegue, con picchi di importante conferma e sviluppo. Una revisione critica degli articoli esaminati evidenzia una ricchezza di commenti, suggerimenti e osservazioni basati su esperienze cliniche di

*I set di abilità descritti per la psicoterapia psicodinamica sono essenziali in ogni ambiente di trattamento come osserva la Residency Review Committee for Psychiatry (RRC)
L'apprendimento della psicoterapia ha tuttavia aspetti peculiari rispetto all'apprendimento di altre abilità in medicina....*

Le caratteristiche professionali e personali proprie – la cui conoscenza è tra gli obiettivi di un training personale su di sé – sembrano rilevanti ai fini degli esiti delle psicoterapie con i propri pazienti.....

*Il cammino verso la Psichiatria Psicodinamica PP è a tratti travagliato ma prosegue, con picchi di importante conferma e sviluppo.
Gli articoli esaminati evidenziano ricchezza di commenti, suggerimenti e osservazioni basati su esperienze cliniche di insegnamento personal...e minor frequenza di dati sperimentali come misurazione della competenza raggiunta dagli psichiatri in formazione, soddisfazione dei pazienti alle terapie.....*

insegnamento personali, che fanno da contrappeso alla minor frequenza di dati sperimentali come misurazione della competenza raggiunta dagli psichiatri in formazione, soddisfazione dei pazienti alle terapie, grado di sviluppo delle lezioni e della pratica clinica. Spiccano alcuni studi su esperienze pilota per favorire la formazione psicodinamica (Katz & Downey 2019; Ravitz et al. 2019;)[70, 122] come pure quelli di valutazione delle competenze acquisite (Cabaniss et al. 2017) [22] anche tramite interviste (Cardoso et al 2009) [23] e sulla valutazione della personalità dei terapeuti in riferimento agli esiti dei trattamenti psicodinamici (Heinonen et al. 2014) [60].

La PP si conferma comunque un modo di pensare che pone la persona al centro della comprensione e del trattamento diagnostico. Questa enfasi sulle caratteristiche uniche di un individuo è tuttavia in disaccordo, osserva Gabbard 2018, con gran parte del pensiero psichiatrico contemporaneo, che è orientato invece a identificare una serie di criteri progettati per identificare categorie diagnostiche discrete con supposte basi biologiche. I costrutti psicodinamici sullo sviluppo e sulla persona si trovano invece al centro della comprensione e del trattamento diagnostico nella PP Gabbard 2018 [46]. Il più autorevole journal in ambito psichiatrico internazionale *World Psychiatry* espressione della *World Psychiatry Association WPA* ha riportato di recente un articolo assai esauritivo di Gabbard (2020) [47] sul valore e la rilevanza del controtransfert nel lavoro clinico dello psichiatra, a prescindere dal setting: è questo il cuore della formazione psicodinamica!

III.2. Psichiatria psicodinamica: una definizione ormai consolidata

Mentre i dati USA rilevano una tendenza alla diminuzione della pratica della psicoterapia tra psichiatri, una ricerca di Hadjipavlou et al. 2015 [59] sugli psichiatri canadesi ne ha evidenziato una spiccata tendenza all'aumento: più dell'80% degli intervistati, che hanno iniziato la loro pratica professionale negli ultimi dieci anni, dichiara di praticare la psicoterapia, soprattutto la psicoterapia di supporto, e il principale orientamento teorico è quello psicodinamico. La mancanza di tempo nei servizi di salute mentale è considerato l'ostacolo principale alla pratica della psicoterapia, che viene comunque spesso associata alla farmacoterapia.

a) La PP è caratterizzata dal peculiare modo di pensare non solo rispetto ai propri pazienti, ma anche rispetto a sé stessi nel campo interpersonale tra paziente e terapeuta, che comprende il conflitto inconscio, le distorsioni delle strutture intrapsichiche e le relazioni oggettuali interne. La percezione analitica è lo strumento principale: le emozioni del paziente, le proprie e quelle che si attivano in risposta a quelle del paziente come strumento di diagnosi ed intervento (Rovera et al. 1977)[115]. L'interazione della personalità del paziente con quella del terapeuta come specifica potenzialità trasformante, fondata su una competenza sui significati. "Per vedere nella mente di un altro dobbiamo immergerci ripetutamente nelle sue associazioni e sentimenti e per cogliere il valore unico della sua esperienza soggettiva dobbiamo utilizzare la sua relazione con noi" (Gabbard 2015)[45].

La PP nasce dalla fusione tra la *psicologia del profondo* psicoanalitica ed extra-psicoanalitica, le neuroscienze e la psichiatria accademica. Questa nuova psichiatria sta cercando di radicarsi in un ambiente, quello delle Scuole USA, intellettualmente complesso. Attualmente infatti, secondo Plakun 2018 [108], la maggior parte degli orientamenti e delle scuole di psichiatria e psicologia non supportano sufficientemente l'utilità di modelli che integrino le influenze biologiche, psicologiche e sociofamiliari sul comportamento: la PP, invece, fa proprio questo [43, 56, 108] !

Nei contesti di cura i clinici della PP sono attenti a tutto ciò che il paziente comunica, poiché il flusso dei pensieri e delle emozioni che il paziente racconta è in grado di rivelare significati e conflitti interiori dei quali il paziente può avere poca o nessuna consapevolezza. Infatti sono proprio questi significati e conflitti che influenzano lo sviluppo e la manifestazione del sintomo mediante processi inconsci.

La PP nasce dalla fusione tra la psicologia del profondo psicoanalitica ed extra-psicoanalitica, le neuroscienze e la psichiatria accademica. Questa nuova psichiatria sta cercando di radicarsi in un ambiente, quello delle Scuole USA, intellettualmente complesso...

La formulazione esplicativa psicodinamica ne rappresenta il tipico strumento diagnostico/progettuale per comprendere il disagio del paziente ...

....richiede un adeguato stile terapeutico...stile di attaccamento

La formulazione esplicativa psicodinamica [36, 45, 84, 85; 86], come si è detto sopra, rappresenta il tipico strumento della PP per comprendere il disagio del paziente : sia diagnostico - per fare ipotesi di lavoro sul conflitto/deficit inconscio e sulle difese coinvolte nel processo psicopatologico – sia progettuale, per la programmazione degli interventi BPS ad personam [36]. Tale procedura diagnostico-relazionale richiede, per Rovera (2015), un adeguato *stile terapeutico* [119] fondato su un corrispondente sviluppo dello stile di attaccamento. Nessun psichiatra secondo un recente Editoriale del BJP 2018 [5] dovrebbe essere privo della competenza/capacità professionale riferita alla teoria dell'attaccamento che ha ricevuto molte conferme da studi di brain imaging. Questa può aiutare a migliorare i servizi fornendo una *base sicura a relazioni a lungo termine*, coerenza del personale e supporto per gli accompagnatori.

I medici coinvolti nella gestione dei servizi di salute mentale hanno bisogno di condividere le loro conoscenze/competenze della teoria dell'attaccamento con i committenti e fornire loro convinzioni su come questo possa migliorare i risultati nel contesto della fornitura di assistenza a lungo termine per le persone con disturbi. Meccanismi difensivi e conflitto sono due costrutti ipotetici che costituiscono il core degli approcci psicodinamici per capire e trattare la psicopatologia clinica. I meccanismi difensivi mediano fra i desideri dell'individuo, i bisogni e gli affetti da un lato, e le relazioni oggettuali internalizzate e la realtà esterna dall'altro. I recenti progressi nelle neuroscienze cognitive e dell'affettività pongono in evidenza la questione dei sottostanti processi neurali. Le neuroscienze in prima persona [100, 102] permettono di evidenziare come i processi psicodinamici associati ai meccanismi di difesa siano collegati a ben individuate reti neurali nel nostro cervello.

Meccanismi difensivi e conflitto costituiscono il core degli approcci psicodinamici per comprendere e trattare la psicopatologia clinica

b) La psicopatologia dinamica è rivolta alla ricognizione e comprensione della patogenesi. Perché sorga un disturbo psicopatologico è indispensabile che l'individuo perpetui la registrazione delle esperienze negative nel suo Stile di Vita e che non riesca più a «compensare» in modo adeguato gli sviluppi che tali vissuti potrebbero comportare. Secondo uno *schema multifasico di tipo dinamico*, uno scompenso psichico dovrebbe riferirsi a: i) eventuali cause biologiche o vulnerabilità temperamentali, associate alle alterazioni della dinamica familiare; ii) fatti della vita vissuti come elementi penalizzanti; iii) interazioni tra livello intrapsichico, relazionale e sociale, vissuti come destabilizzanti a seconda della soglia di vulnerabilità dell'individuo. Lo psichiatra psicodinamico cerca di prefigurare un percorso evolutivo *possibile* qui e ora per il suo paziente. Secondo le proposizioni definitorie del metodo analitico di Adler [3] : a) vi è un senso – significato e direzione - nel meccanismo inconscio che sottende i fenomeni della vita psichica, b) è importante rintracciarne la fonte nelle esperienze passate e seguirne l'evoluzione rispetto alla progettualità, c) sono i rapporti intrapsichici tra i vari bisogni e istanze della psiche e, nello stesso tempo, i rapporti tra il mondo interno del soggetto e il suo ambiente che determinano la dinamica delle *manifestazioni compensatorie* in base alle quali si struttura la psiche. Le compensazioni hanno lo scopo di calmare l'ansia/angoscia che consegue al sentimento di inferiorità e di inadeguatezza rispetto ai compiti dell'esistenza.

Lo psichiatra psicodinamico cerca di prefigurare un percorso evolutivo possibile qui e ora per il suo paziente. Contributi della brain science, riguardanti tra l'altro l'inconscio come processo neurofisiologico, forniscono evidenze sulle dinamiche del cambiamento cliniconel contatto profondo tra paziente e clinico, tra le reciproche emozioni e espressioni implicite non verbali più che esplicite/verbali: cervello destro, più che sinistro, sequenze di contagi e di trasformazioni reciproche

c) In questi quindici anni le ricerche in ambito psiconeurobiologico hanno fornito dati importanti come si è detto, riguardanti i fattori di cambiamento attivati dalla relazione (psico)terapeutica, anche negli aspetti inconsci/impliciti. Nuove acquisizioni riguardanti l'inconscio come processo neurofisiologico, la memoria procedurale, le funzioni del sogno e dei meccanismi di difesa, i processi biopsicologici dell'attaccamento e le configurazioni *mirror neurons* di empatia/compassione, processi intrapsichici/interpersonali come embodied simulation e intentional attunement - hanno riconosciuto la prevalente caratteristica implicita, più affettiva che cognitiva, inconscia più che consapevole, di tale dinamica relazionale paziente-terapeuta, con effetti trasformanti già *qui e ora* del setting [37]. La mole di ricerche della brain science fornisce crescenti evidenze sulle *dinamiche* che attivano il cambiamento invitando a

cercare il nucleo nel contatto profondo tra paziente e clinico, tra le reciproche emozioni e espressioni implicite non verbali più che esplicite/verbali: cervello destro, più che sinistro, con sequenze quindi di contagi e di trasformazioni reciproche. Gli ingredienti essenziali neurobiologici del cambiamento riguardano una riorganizzazione - attraverso la messa in atto di nuove modalità comportamentali nel setting - di vecchie memorie patogene verso una *nuova memoria* prevalentemente implicita frutto del coinvolgimento emotivo empatico *ottimale* del terapeuta nella relazione con il paziente. Atteggiamento e controatteggiamento sono il risultato della rielaborazione interna del transfert e controtransfert del terapeuta, del transfert del paziente, del reciproco e continuo scambio di affetti, fiducia, speranza, rifiuti, emozioni, aspettative. Specialmente le comunicazioni inconscie, implicite transfert-controtransfert sono attivate nel cervello destro e portano agli enactment reciproci di funzionamenti emotivi inconsci, decisivi per il cambiamento terapeutico [53].

d) Lo psichiatra psicodinamico vuole comprendere cosa influenza il sintomo, attraverso un'osservazione attenta, partecipante ed empatica del paziente; in questo senso assumono importanza sia le dinamiche intrapsichiche del paziente che hanno preceduto e determinato la manifestazione del sintomo, sia le dinamiche relazionali del paziente. Anche le dinamiche inconscie del terapeuta assumono altrettanto rilievo, soprattutto quando sono correlate ai fenomeni di enactment [53, 108].

È ancora aperta la discussione sul complesso fenomeno della opposizione, spesso inconscia, del paziente alle cure a motivo di meccanismi di difesa, controproducenti, causante adesione parziale e resistenza ai trattamenti. Questi problemi, trasversali ad ogni diagnosi psichiatrica, hanno forti ripercussioni sulla insoddisfazione professionale dello psichiatra nonché sulla crisi di questa professione (Maj 2010) [87]. È nella *competenza progettuale strategica* che possiamo tuttavia ritrovare la principale qualità del nuovo psichiatra psicodinamico: un'articolazione ad personam (configurazione dimensionale di personalità) per ogni paziente di presidi farmacologici, psicoterapeutici, riabilitativi/famigliari: approccio di cura strategico perché considera le resistenze ai trattamenti *di per sé costitutive delle dinamiche patogenetiche* (Adler 1912, Freud 1912) [2, 42] e di quelle inerenti le cure. Da non molto si stanno diffondendo studi [60] che evidenziano come la personalità dello psichiatra sia un importante e decisivo fattore di esito nelle psicoterapie, a breve o a lungo termine

La PP considera il complesso fenomeno della opposizione, spesso inconscia, del paziente alle cure a motivo di meccanismi di difesa, controproducenti, causante adesione parziale e resistenza ai trattamenti

IV. Virtù psicodinamiche, sentimento di speranza e compassione.

Indicando una delle uscite dalla persistente crisi Gabbard e coll. ne *La professione dello psichiatra: etica sensibilità ed ingegno* [44], prendono posizione autorevole a favore di una maggior formazione *psicoterapeutica* in senso stretto e largo dello psichiatra. Al contempo Brenner & Khan [19] in un coinvolgente studio sul training degli psichiatri a proposito del concetto di *Psychodynamic Virtue* discutono sul valore di empatia neutralità, affermazione fiducia e curiosità verso i significati, accoglimento della complessità, incertezza, umiltà e limitazione della gratificazione. La competenza dello psichiatra psicodinamico richiede molto di più che l'acquisizione di un insieme di conoscenze teoriche e di capacità tecniche anche se queste sono ovviamente indispensabili. Quali sono i tratti virtuosi della personalità, modi di fare e di essere degli psicoterapeuti-psichiatri psicodinamici? Si richiede l'acquisizione di una serie di atteggiamenti, virtù di mente e cuore - *virtù psicodinamiche* per Brenner & Khan - che sono incorporati nel carattere e nella persona del terapeuta: sottile e richiedente empatia, attitudine ad accettare e confermare, curiosità e confidenza con i significati sottostanti, umiltà a fronte di incertezze ambiguità, apertura a coinvolgimenti transferali, capacità a provare gratificazioni per piccole cose. La gratitudine del paziente non è l'unica fonte di gratificazione dell'analista.

La competenza dello psichiatra psicodinamico richiede molto di più che l'acquisizione di un insieme di conoscenze teoriche e di capacità tecniche anche se queste sono ovviamente indispensabili.... Sono i tratti virtuosi della personalità, modi di fare e di essere degli psicoterapeuti-psichiatri psicodinamici

L'apprendimento *continuo* è un aspetto profondamente gratificante del nostro lavoro. Ogni paziente è il nostro insegnante e l'argomento è affascinante osserva Gabbard [45]. L'empatia include sia una componente cognitiva e che una componente affettiva. La componente cognitiva comporta l'essere in grado di concettualizzare l'esperienza interna del paziente, mentre la componente affettiva implica saper risuonare emotivamente con i sentimenti del paziente. La posizione neutrale del terapeuta come "equidistante" da Es, Io e Super-Io già per Anna Freud [41] non deve ostacolare la autentica modulazione autonomia/dipendenza regolata nel processo di incoraggiamento (Rovera 1988) verso una crescita dell'autostima. È necessario imparare a tollerare l'ambiguità o la chiusura incompleta per periodi di tempo prolungati, accettare punti di vista alternativi del mondo e sopportare le esperienze di impotenza, confusione e solitudine che non di rado caratterizzano i periodi di lavoro terapeutico.

La virtù che consente di provare la speranza di trovare un significato nell'apparentemente insignificante è tra le più contagiose: profonda convinzione che vi è un significato che deve essere trovato nelle cose apparentemente insignificanti, e che l'esplorazione è il valore più profondo, anche quando questa esplorazione sembra improduttiva o senza meta. L'esplorazione psicodinamica equilibra ascolto non focalizzato che si astiene dal privilegiare qualsiasi contenuto particolare, e l'indagine focalizzata che segue quando clinico e paziente divengono consapevoli di aver inciampato, di essersi imbattuti, attraverso il sentiero di connessioni non apprezzate in precedenza. L'attitudine del clinico è rivolta a trovare un senso anche in ciò che apparentemente è insignificante e quindi a suscitare speranza. Il sentimento di speranza è stato studiato anche tramite un approccio neurofisiologico al fenomeno del nocebo/placebo [Benedetti, [14]: i risultati indicano che parole e rituali dell'atto terapeutico in grado di suscitare speranza nel paziente cambiano i circuiti dei neurotrasmettitori cerebrali proprio come alcuni farmaci antidepressivi e ansiolitici. Recenti studi di brain imaging [78, 110] hanno distinto anche sul piano neuronale inconscio empatia, compassione e teoria della mente. La condivisione di stati affettivi con un'altra persona (empatia), preoccupazione per un altro (compassione) e ragionamento sullo stato della mente di un'altra persona (teoria della mente) sono separabili a livello concettuale, comportamentale: soggetti con forte empatia non sono necessariamente mentalizzatori esperti e ciascun aspetto può essere selettivamente attivato. I risultati degli studi di brain imaging sottolineano l'importante differenza sia psicologica che neuronale tra empatia e compassione. L'esposizione alla sofferenza degli altri può portare a due differenti tipi di reazioni emotive. Da un lato la cosiddetta angoscia empatica - sentimenti auto-centrati e negativi disinvestimento e ritiro - che se si protrae diviene un predittore negativo nelle cure. Dall'altro lato, le risposte e l'atteggiamento compassionevole si basano su sentimenti positivi e etero-orientati e predispongono ad un atteggiamento motivazione e pro-sociale. Il training alla compassione favorisce un atteggiamento pro-sociale ed è anche in grado di sviluppare sentimenti positivi e atteggiamenti resilienti che a loro volta sostengono quelle strategie di coping necessarie specie con i pazienti difficili. L'angoscia empatica può essere corretta imparando come trasformare l'empatia in compassione. Questa risulta una strategia di regolazione emotiva che attenua l'effetto negativo attraverso la generazione attiva di effetti positivi che si basano sulla gratificazione circuiti cerebrali correlati all'affiliazione [110].

*sottile empatia, attitudine ad accettare e confermare, curiosità e confidenza con i significati sottostanti, umiltà a fronte di incertezze ambiguità, apertura a coinvolgimenti transferali, capacità a provare gratificazioni per piccole cose...
la compassione - come risulta da studi brain imaging - favorisce un atteggiamento pro-sociale....*

...le parole e rituali dell'atto terapeutico in grado di suscitare speranza nel paziente cambiano i circuiti dei neurotrasmettitori cerebrali....

V. Alleanza terapeutica e stile terapeutico

La relazione terapeutica nella PP si basa sull'alleanza terapeutica che si costituisce grazie al contributo sia del paziente sia del terapeuta. La durata può variare a seconda dell'esigenza e alla domanda del paziente, da un singolo incontro, a settimane, ad anni; il terapeuta può incontrare il paziente non solo in ambito ambulatoriale, ma anche nel contesto dei servizi ospedalieri psichiatrici, nel pronto soccorso e in qualsiasi altro ambiente medico o chirurgico di un ospedale nel quale gli

l'alleanza appare il risultato del modo di sentire di essere del clinico che ha sviluppato virtù psicodinamiche...capacità a sviluppare un rapporto basato sulla fiducia, sul rispetto e sulla collaborazione

psichiatri svolgono ruolo di consulenti di psichiatria di liason; la cura prevede l'applicazione di tecniche sviluppate nel corso del tempo e l'instaurarsi di una fiducia terapeutica che favorisca la collaborazione del paziente. Ogni qualvolta lo psichiatra psicodinamico interagisce con un paziente, nella pratica utilizzerà un approccio evolutivo basata sull'alleanza per comprendere il soggetto e per aiutarlo a migliorare.

Alleanza è infatti riferibile alla capacità del paziente e del terapeuta di sviluppare un rapporto basato sulla fiducia, sul rispetto e sulla collaborazione, finalizzato ad affrontare i problemi e le difficoltà del paziente, che favorisce il processo e l'esito della cura e che può permanere oltre la fine del trattamento: l'alleanza appare il risultato del modo di sentire di essere del clinico che ha sviluppato virtù psicodinamiche di cui si è detto.

Le espressioni "Alleanza Terapeutica", "Alleanza di Lavoro" e "Alleanza Negoziata" sono le denominazioni più usate per indicare una dimensione interattiva che è intrinseca e, talora, va oltre lo specifico trattamento psicoterapeutico (Rovera 2014) [118]. Elementi in comune sono le regole fondamentali deontologiche, quelle del setting, il coinvolgimento empatico, l'alleanza col deficit, una strategia dell'incoraggiamento. Nell'alleanza negoziata prevale il limite temporale e l'analisi delle resistenze, in quella di lavoro è prioritario il coinvolgimento empatico, l'elaborazione delle vicissitudini legate alle *rottture* e *riparazioni*, mentre nell'alleanza terapeutica è prioritario un implicito "patto di non abbandono", anche dopo la conclusione del trattamento. Ciò può favorire dipendenze regressive e analisi interminabili, ma permette di vivere le perdite non come abbandono e di far emergere, anche tardivamente, difese, conflitti e resistenze che venivano mascherate. Le componenti dell'Alleanza Terapeutica, secondo Rovera sono parte sia della relazione reale, sia dell'interazione transferale, sia dei movimenti delle dinamiche culturali, e vengono altresì ad essere dei costituenti del lavoro psicoterapeutico, specie nella *psicoterapia supportiva*.

L'Alleanza è espressione del Sentimento Sociale nelle sue componenti di cooperazione, nella quale il paziente ed il terapeuta lavorano insieme per promuovere il cambiamento terapeutico. Nell'ambito delle Alleanze Terapeutiche, le strategie dell'incoraggiamento (Rovera 2009)[117] sono una delle componenti della psicoterapia supportiva, ma in modo implicito caratterizzano ogni forma di relazione terapeutica efficace. Questa esperienza di cooperazione è talora, per il paziente, il prototipo di appartenenza e di cooperazione autentica con una persona significativa (Rovera 2015) [119]. Tale clima emotivo e cognitivo fa parte dello *stile di vita* e dello *stile terapeutico* e viene attivamente ricercato dal terapeuta, con l'intento di fornire, più spesso tramite scambi non verbali, un analogo e corrispondente atteggiamento del paziente verso gli altri e soprattutto verso se stesso.

Nella terminologia di A.Adler il concetto di *Stile di vita* è sovrapponibile a quello di *personalità*. Lo Stile è una modalità di agire e di essere, a cui corrispondono tratti di condotta acquisiti da un individuo nel processo evolutivo del *life span*, che si radica nelle sub-culture di appartenenza e nell'Orientamento di Valori [119]. L'Analisi dello Stile di Vita, è un procedimento utilizzato prevalentemente nella valutazione diagnostica e progettuale e viene considerato propedeutico nei trattamenti Adleriani (pedagogici, di counselling e psicoterapici). Lo Stile Terapeutico è l'impiego delle competenze e delle "creatività" dell'Analista nell'ambito dei rapporti professionali col Paziente. La rivisitazione delle dinamiche relazionali classiche trova per Rovera nel *Patient-Therapist Matching* un'aggiuntiva configurazione teorico-pratica, che definisce la nozione circa gli Atteggiamenti ed i Contro-Atteggiamenti: questi, riferendosi alla *Relazione reale*, s'incentrano sulla persona del Terapeuta quale *agente mutativo*. La Teoria dell'Attaccamento, con l'affermazione del valore biologico-etologico dei legami affettivi e delle sue influenze sulla pratica clinica è a tutt'oggi un riferimento preciso sia per la formazione dello Stile di Vita che dello Stile Terapeutico.

Dal momento che l'incontro tra paziente e terapeuta si radica su Relazioni Reali, Relazioni Professionali e Relazioni Analitiche le quali comportano movimenti confluenti tra loro, per Rovera è interessante

L'Alleanza è espressione del Sentimento Sociale nelle sue componenti di cooperazione, nella quale il paziente ed il terapeuta lavorano insieme per promuovere il cambiamento terapeutico...

nel Patient-Therapist Matching c'è un'aggiuntiva configurazione teorico-pratica, che definisce la nozione circa gli Atteggiamenti ed i Contro-Atteggiamenti rispetto alle dinamiche (contro) transferali

considerare le influenze dello Stile di Vita nel terapeuta nel costituirsi quale Stile Terapeutico. Questo riguarda lo stile personale di uno psicoterapeuta nel contesto della valutazione clinica complessiva e del trattamento attraverso il meeting (l'incontro empatico), il masking (sistema delle finzioni) ed il matching (movimento di cooperazione e condivisione). Lo Stile di Attaccamento contribuisce a formare lo Stile di Vita del paziente; esso è inoltre interattivo con lo Stile Terapeutico. Si è osservato che quei terapeuti che tendono ad avere uno Stile Terapeutico più affettivo ed orientato alla relazione con i pazienti insicuri (mentre utilizzano uno Stile Terapeutico più cognitivo o interpretativo con i pazienti distanzianti) raggiungerebbero risultati più positivi. L'utilizzazione dello Stile Terapeutico deve essere appropriata circa le dinamiche del meeting, masking e matching, sia mantenendo il proprio status/ruolo e la propria professionalità, sia modulando le richieste rispetto all'evoluzione del percorso di cura. L'asse portante del discorso psicoterapeutico adleriano tende ad analizzare in una forma peculiare il transfert e le resistenze grazie ai fattori specifici.

In uno Stile Terapeutico appropriato la comprensione esplicativa condivisa consiste nel fatto che si deve innanzitutto sperimentare nel proprio Sé/Stile di Vita la risposta verso il Sé/Stile di Vita dell'Altro di cui ci si prende cura. Nello Stile Terapeutico Adleriano, osserva Rovera, il terapeuta deve togliersi la "maschera di pietra" e addivenire ad appropriate disclosure ed enactment: ciò che emerge è lo Stile del terapeuta come premessa-condizione della "propensione empatica" dell'agire terapeutico: preconditione di un corretto meeting e del successivo matching [119].

Nella formazione dello stile Terapeutico l'identificazione del tirocinante con il Didatta è lontana dalla mera ripetizione: infatti essa si rifà tanto all'aver imparato "come fare", quanto nell'aver elaborato il "fare come" durante l'arco del percorso interindividuale, che è tecnico, analitico, esistenziale e culturale al medesimo tempo. Nella formazione dello Stile Terapeutico, non si esclude che il "fare" elimini il "sapere", il quale a sua volta deve tradursi appunto in un "saper fare" e "saper essere". Riconoscere ed essere riconosciuti è un aspetto essenziale sia per il Paziente che per lo Stile del Terapeuta per comprendere l'Altro da sé.

Per il clinico ...In uno Stile Terapeutico appropriato la comprensione esplicativa condivisa consiste nel lo sperimentare nel proprio Sé/Stile di Vita la risposta verso il Sé/Stile di Vita dell'Altro di cui ci si prende cura....

il terapeuta deve togliersi la "maschera di pietra" e addivenire ad appropriate disclosure ed enactment

VI. Come promuovere le virtù psicodinamiche, l'alleanza col paziente e lo stile terapeutico nella formazione dello psichiatra?

Considerata la complessità e la crisi di identità, come si è visto, della professione psichiatrica nonostante le sorprendenti acquisizioni delle neuroscienze e i promettenti germogli della nuova psichiatria di per sé psicodinamica [63] è di primaria necessità la determinazione dei docenti e dei clinici a testimoniare con il loro stile professionale non solo che questa professione è possibile, ma che il bilanciamento tra le soddisfazioni professionali e l'impegno richiesto (*imbalance effort-reward*) è favorevole e che la creatività impiegata e i risultati conseguiti con e per i pazienti anche più difficili compensano la fatica e il continuo rischio di logoramento. Si deve aiutare lo specializzando a trovare il senso personale del suo progetto esistenziale e professionale!

Tuttavia, osservava Kernberg[77], mentre gli istituti mirano a produrre una maggiore maturità e flessibilità nel pensiero dei medici, essi spesso favoriscono la regressione e la gerarchia! Brenner e Kahn raccomandano ai Direttori delle Scuole di Specializzazione tre principali iniziative: la creazione di un ambiente di formazione supportivo e creativo; la disponibilità da parte di docenti e tutori ad atteggiamenti costanti di supporto e incoraggiamento; supervisori non solo disponibili ma che apprezzano di essere coinvolti; favorire il mantenimento delle aspettative che lo specializzando nutre verso la propria crescita professionale, ponendo costantemente attenzione ai problemi del progressivo modellamento del ruolo e internalizzazione dei modi di essere oltre che di fare dei docenti e tutori. Considerando la forte inclinazione degli allievi per l'identificazione con i supervisori e che gli episodi clinici della formazione vengono consciamente o inconsciamente interiorizzati, Gabbard, Weiss et al. [44] sottolineano l'effetto importante e duraturo

Considerando la forte inclinazione degli allievi per l'identificazione con i supervisori e che gli episodi clinici della formazione vengono consciamente o inconsciamente interiorizzati, Gabbard, Weiss et al. [44] sottolineano l'effetto importante e duraturo delle luci e delle ombre dei curricula nascosti: la discrepanza eccessiva tra quanto i docenti dicono nelle lezioni ed esercitazioni e come si comportano ogni giorno con colleghi, allievi e pazienti.

delle luci e delle ombre dei *curricula nascosti*: la discrepanza eccessiva tra quanto i docenti dicono nelle lezioni ed esercitazioni e come si comportano ogni giorno con colleghi, allievi e pazienti. Sentirsi solo e non sufficientemente supportato durante la sfida di esperienze cliniche disperate può determinare nello specializzando un grado di ansia oppure una sensazione di impotenza che non è ottimale per la crescita personale e professionale, ma può indurre un ritiro difensivo e un allontanamento emotivo.

L'inclinazione per l'identificazione potrebbe essere accentuata in supervisione di psicoterapia, dove lo specializzando sta attivamente imparando a usare la sua intera persona come strumento di cura. È comunque nell'ambito della discussione sulla supervisione in terapia psicodinamica che presto si evince la complessità nel definire il confine tra interventi di supervisione e terapeutici. La terapia personale dello specializzando comporterebbe certamente la consapevolezza di quei complessi di sé che sarebbero adatti ad interferire con l'apprendere ciò che il paziente vive, come già osservava Freud, come osservano Gabbard et al. [44].

La linea di demarcazione tra "insegnamento e trattamento" è inevitabilmente sfocata e deve essere univoca e reciprocamente costruita in ogni relazione di supervisione. Lo specializzando talora deve sopportare un'emozione dolorosa e dare un senso al controtransfert personale, per cui spesso è difficile prescrivere ciò che è un contenuto appropriato di apprendimento. I direttori delle Scuole di specializzazione generalmente ritengono che la terapia personale sia utile durante gli anni della specializzazione [58]; tuttavia meno di un terzo degli studenti svolge questo percorso parallelo durante gli anni della propria formazione nonostante la stragrande maggioranza degli intervistati ritenga che la terapia personale sia utile per sviluppare la capacità di gestire reazioni emotive verso i pazienti, per lo sviluppo di empatia e nel forgiare un'identità professionale [58]. Un'analisi personale approfondita, secondo Rovera [117], permette allo Stile Terapeutico dell'individuo, di prendere consapevolezza dei propri conflitti profondi e delle sue specifiche potenzialità di Atteggiamento/Contro-Atteggiamento. Gli obiettivi formativi che si dovrebbero conseguire sono: l'apprendimento significativo, in cui si radica l'apprendimento attivo, il così detto "problem solving" e che dovrebbe quindi presentare all'allievo problemi clinici da risolvere; la responsabilità giuridico-sociale ed etica dello psicoterapeuta, a cui la figura professionale dello psicoterapeuta non può rinunciare entrando altresì in relazione con i settori della società e della cultura che lavorano nelle Professioni di Aiuto. Tale compito non costituisce un aspetto tecnico dello Stile Terapeutico quanto piuttosto un impegno etico [117]. Si tratta di prepararsi a formare non solo ad un mestiere di psicoterapeuta, ma di realizzare uno Stile Terapeutico unico ed irripetibile. Questa consapevolezza costituisce la condizione necessaria per prevenire i fattori considerati di rischio iatrogeno in psicoterapia. Lo sviluppo della conoscenza di sé può essere una sfida particolarmente spinosa quando le motivazioni più profonde dello specializzando per diventare uno psichiatra sono radicate nel desiderio di rimanere all'oscuro di un materiale psichico inquietante, come ferite e rabbie conseguenti, ma più il livello profondo viene portato alla coscienza e più è possibile cercare rassicurazioni reali e non fantastiche, più è possibile tollerare le emozioni degli altri [19].

VII. Formazione e formatività

Il percorso formativo dello psichiatra oltre ad essere definito in termini di formazione dovrebbe considerare anche la formatività, ovvero essere in grado di suscitare istanze formanti. A questo proposito la psicoterapia analitica personale [118] è uno degli strumenti migliori per affinare capacità psicodinamiche e ad oggi, nonostante non sia incluso nel percorso della specializzazione in psichiatria, è da più parti auspicato un collegamento istituzionale e organico tra formazione psichiatrica e formazione psicodinamica [76], mantenendo i due percorsi separati ma paralleli, al fine di evitare interferenze tra i due setting formativi. Si ha così da una parte l'apprendimento teorico e tecnico formale mentre

La linea di demarcazione tra "insegnamento e trattamento" è sfocata e deve essere univoca e reciprocamente costruita in ogni relazione di supervisione

.....Un'analisi personale approfondita permette di far emergere lo Stile Terapeutico del clinico ..., dei suoi conflitti profondi e delle sue specifiche potenzialità di Atteggiamento/Contro-Atteggiamento.....

Non solo aspetto tecnico quanto piuttosto un impegno etico ..., per prevenire i fattori considerati di rischio iatrogeno in psicoterapia

...divenire idoneo a suscitare istanze formanti....

...da una parte l'apprendimento teorico e tecnico formale dall'altra la maturazione intellettuale ed emozionale

dall'altra la maturazione intellettuale ed emozionale. È auspicabile che - anche tramite maggiore coordinazione tra le scuole di specializzazione pubbliche e le scuole di formazione private - la maggior formazione in psicoterapia dello psichiatra, oltre a costituire una eventuale super specializzazione, favorisca la riduzione del drop out e delle resistenze ai trattamenti in particolare con i pazienti difficili. Ne conseguirebbero minori costi per le cure e più qualità degli interventi, oltre ad una più efficace prevenzione del burn-out. L'inclinazione del terapeuta a confrontarsi con gli aspetti nucleari profondi [116] della propria persona e del proprio paziente porta all'attitudine "eccellente" dello psichiatra, atto al dialogo interiore profondo: in ogni medico c'è un paziente ed in ogni paziente c'è un medico [61]. Porre la persona al centro e non la diagnosi, permette di esplorare, riconoscere, accogliere e curare il paziente sviluppando e mantenendo salda la relazione terapeutica, specialmente negli aspetti di *autenticità* e di *verità* che ne permettono l'azione di per sé trasformante [4]. Il coinvolgimento emotivo necessita di una attenzione continua rivolta ai sentimenti di impotenza ed onnipotenza affinché anche di fronte a segni di sconfitta, si possa riformulare, ricalibrare, continuamente il progetto terapeutico. La crisi e le resistenze, il dolore mentale del paziente possono essere il segno della sconfitta della cura e portano ad una continua riformulazione del progetto terapeutico. Per questo è necessaria non solo un'adeguata formazione e consapevolezza: maturazione personale, sviluppo delle attitudini all'ascolto, alla partecipazione emotiva, all'identificazione creativa e al riconoscimento empatico dell'Altro. L'evoluzione psichica personale è parte integrante del percorso dello psichiatra e concorre a mantenerne intatta l'efficacia terapeutica. Questo approccio favorisce un uso ottimale della distanza psicologica tra le emozioni proprie e quelle del paziente: i coinvolgimenti emotivi eccessivi o insufficienti corrispondono più a propri bisogni che a quelli del paziente. «Mentre le aree del sapere, saper fare, risultano discretamente coperte nella scuole di specializzazioni italiane, l'area del saper essere viene necessariamente coartata o deliberatamente negletta» [30].

La formazione psicodinamica volta alla conoscenza di sé e all'applicazione delle conoscenze e competenze, insieme alla capacità relazionale, principale agente del cambiamento, è oggi necessaria. Se per formazione si intende il processo di acquisizione di capacità, formatività indica la proprietà di un percorso, la potenzialità a suscitare istanze formanti. La psicoterapia analitica personale rimane una delle migliori vie per il perfezionamento psicodinamico, ma, al momento, non si ritiene, in generale, che possa essere richiesta agli specializzandi, che scelgono la psichiatria per svariati motivi [18]. Quantunque sia da più parti auspicato un collegamento organico e istituzionale tra formazione psichiatrica e formazione psicodinamica, analogamente a quanto avviene negli USA, la separazione dei due setting formativi: «comporta il vantaggio di una relativa 'non interferenza' tra l'apprendimento teorico e tecnico formale e la maturazione intellettuale ed emozionale che il trattamento personale tende a promuovere». E' auspicabile che la formazione psicoterapeutica specifica dello psichiatra in Italia diventi una super-specializzazione professionale che qualifichi l'operare dello specialista abilitato all'impiego di ben precise, riconosciute e convalidate tecniche psicoterapeutiche, a tutela del paziente, per evitare che, anche tra gli psichiatri, si diffonda il fenomeno delle pratiche selvagge. Ciò si potrebbe realizzare attraverso forme di convenzioni che rendano più organico il legame tra scuole di specializzazione e scuole di formazione [30].

La formazione psicoterapeutica non può consistere solamente in una, seppur rigorosa, trasmissione di dati e sperimentazioni scientifiche, ma, peculiarmente, si basa anche in una revisione di stile di vita da cui si costituisce lo stile terapeutico e di esperienza attraverso tirocinio e insight. Il training di formazione in psicoterapia, osserva Rovera [116] «non è tanto accademia, quanto tirocinio: in psicoterapia non si è discenti se non si opera sul campo, e prima di tutto su se stessi in rapporto con gli altri». È, questa, un'operazione al contempo imitativa e originale, continuativa ed esemplare: essere come qualcuno come via per attivare in se stessi le

Da più parti si auspica un collegamento organico e istituzionale tra formazione psichiatrica e formazione psicodinamica, come in USA, ma la separazione dei due setting comporta il vantaggio di una non interferenza tra l'apprendimento teorico e tecnico e la maturazione emozionale che l'analisi personale promuove...

non tanto accademia, quanto tirocinio... esperienze profonde, nucleari, nella relazione docente-allievocome condizione di apprendimento tramite partecipazione emotiva

istanze creative e autorealizzative del Sé [3]. L'esperienza consapevole, per insight, di questi meccanismi identificatori, che derivano da quelli inconsci di difesa e crescita, si sviluppa verso l'identificazione transindividuale: qui si trovano precursori empatici delle percezioni e dei vissuti transferali, e controtransferali, e dei fattori terapeutici di cambiamento. Queste esperienze profonde, nucleari, nella relazione docente-allievo rappresentano per eccellenza la condizione di apprendimento tramite partecipazione emotiva e configurano tra l'altro quella che Rovera definisce «reciprocità formativa»: essa arricchisce e sviluppa il Sé di tutti i protagonisti del setting formativo.

Possono questi principi essere insegnati nelle Scuole di Specialità come sono organizzate attualmente? Le Scuole di Specializzazione in Psichiatria sono abilitate anche alla formazione alla psicoterapia, essendo questa materia di insegnamento quadriennale: gli psichiatri in Italia sono iscritti anche nell'elenco degli psicoterapeuti dell'Ordine dei Medici. Negli ultimi anni, il numero delle ore destinate alle lezioni di psicoterapia negli statuti delle scuole universitarie di specializzazione in psichiatria è aumentato considerevolmente. L'apprendimento attivo mediante partecipazione richiede, tuttavia, sia la presa in carico diretta di pazienti da parte degli specializzandi sia la costante supervisione individuale o di gruppo da parte di psicoterapeuti esperti. Il *Decreto del Ministro dell'Università 21/2019* stabilisce che le scuole di Psichiatria, Psicologia e Neuropsichiatria infantile siano abilitanti all'esercizio della psicoterapia purché 60 crediti formativi universitari (CFU) siano dedicati ad attività professionalizzanti psicoterapeutiche e invita ad aumentare ulteriormente l'ammontare della formazione professionalizzante alla psicoterapia per lo psichiatra. Un CFU corrisponde di norma a 36 ore di lavoro che comprendono lezioni, esercitazioni e lo studio personale. I 60 CFU Rappresentano infatti oltre 1/3 dei 168 CFU professionalizzanti MED/25 Psichiatria previsti per il quadriennio di durata della Scuola e corrispondono ad un monte ore di 2160, ossia circa 10 ore/settimana. Il DM 21 precisa inoltre che tale attività formativa sia svolta "sotto la supervisione di qualificati psicoterapeuti".

La SIPM, Società Italiana di Psicoterapia Medica, sezione autonoma della Società Italiana di Psichiatria, ha proposto al Collegio dei Professori Universitari di Psichiatria cui fanno riferimento tutti i Direttori delle Scuole di Specializzazione in Psichiatria, per applicazione del DM 21 un documento che prevede un'opportuna articolazione delle attività professionalizzanti in psicoterapia suddivisibili in due tipologie: supervisione tecnica alla psicoterapia, di almeno 1 ora/settimana, individuale o in gruppo (anno di corso); supervisione clinica nelle rimanenti 10 ore/settimana, ossia l'esercizio di psicoterapia in contesti clinici che comprendano tale attività, sotto la supervisione del tutor clinico. I piani formativi individuali andranno redatti di conseguenza inserendo la formazione professionalizzante alla psicoterapia. Il curriculum standard qualifica adeguate competenze riconducibili indicativamente ai seguenti quattro ambiti: 1) percorso di formazione di congrua durata comprovabile con attestato; 2) esercizio della psicoterapia comprovabile anche da sistema informativo aziendale; 3) attività di supervisione continuativa; 4) partecipazione significativa a progetti di ricerca sulla psicoterapia. I contenuti dell'insegnamento dovrebbero riguardare i principi fondamentali della psicoterapia e le basi delle due linee principali, psicodinamico e cognitivo-comportamentale, come teorizzato nel Modello Y di Goldberg & Plakun [56], che è il riferimento in diversi Paesi. Lo Stelo del modello Y riguarda il primo anno: conoscenze e competenze sui fattori comuni [131] che comprendono i fattori ritenuti efficaci in tutti i diversi indirizzi di psicoterapia: l'alleanza terapeutica, l'empatia e i costrutti correlati, la coerenza e l'autenticità, il ruolo delle aspettative. Il braccio destro, al secondo e terzo anno riguarda conoscenze e competenze della CBT mentre il braccio sinistro, al terzo e quarto anno, riguarda conoscenze e competenze in Psicoterapia psicodinamica (comunicazione personale da parte del Presidente SIPM Prof. Domenico Berardi).

Scuole di Specializzazione in Psichiatria60 crediti formativi....

...una recente articolata proposta della SIPM sezione autonoma della Società Italiana di Psichiatria, al Collegio dei Direttori delle Scuole....

*i fondamenti delle due linee principali, psicodinamico e cognitivo-comportamentale, come teorizzato nel Modello Y di Goldberg & Plakun ...
l'esercizio di psicoterapia in contesti clinici supervisione clinica di 10 ore la settimana*

VIII. Per una conclusione.

Anche nell'incontro dello psichiatra col suo paziente in ambulatorio, corsia di un ospedale, pronto soccorso, non solo nel setting propriamente psicoterapeutico quindi, il *contagio profondo* di fiducia, sfiducia, angoscia, delusioni, speranze, oltrepassa, rinforza o annulla, confonde i messaggi verbali e gestuali intenzionali delle strategie consapevoli dell'incoraggiamento. Ne risultano accresciute - nell'interazione reciprocamente trasformante nell'incontro - le responsabilità etiche del terapeuta. La formazione psicodinamica alla conoscenza del paziente, di sé e all'accoglimento di sé e dell'altro configura una necessità scientifica e prerequisito etico al contempo. Il paziente impara a trattare sé stesso *copiando implicitamente* il modo con cui si sente trattato dal terapeuta, molto più che tramite comunicazione verbale. I tratti della personalità dello psichiatra, il suo stile terapeutico, i suoi stili di coping verso sé stesso e le proprie ferite, le sue motivazioni alla professione, regolano a loro volta e nutrono l'attitudine alla identificazione empatica/compassionevole e alla trasmissione incoraggiante tramite l'*embodied simulation* [49] al paziente. La *dinamica profonda* ha a che fare con il tipo di intervento psicoterapeutico *tailored* sulle specifiche attuali dimensioni di personalità che il paziente può permettersi in questa fase critica della sua esistenza, in considerazione della dinamica appunto tra motivazioni e resistenze, fragilità e difese, residuali o inesplorate risorse creative. È questo il piano di lavoro che il terapeuta cerca di progettare per il suo paziente e cerca di vivere con lui in un percorso evolutivo, tra progressioni e regressioni. La relazione terapeutica è lo strumento trasformativo per il paziente, ma non solo per lui.

Perché ora ci si può riferire ad una *psichiatria di per sé psicodinamica*? Le nuove acquisizioni sulla patogenesi del disturbo oltre che del sintomo, i modelli psicobiologici sulla personalità, le evidenze neurofisiologiche della memoria, del Sé, dell'inconscio e dei suoi aspetti comunicativi e relazionali consentono di ritenere che le dinamiche relazionali inconsce e quelle implicite si attivino a diverso livello nelle diverse *relazioni di aiuto* che fondano l'incontro del clinico col suo paziente e non solo nel setting psicoterapeutico in senso stretto. Ne conseguono necessarie considerazioni congiunte di appropriatezza scientifica ed etica nello stile terapeutico caratterizzante la relazione terapeutica. Ulteriori studi evidenzieranno in futuro che l'approccio clinico in psichiatria per essere efficace e limitare le resistenze deve considerare comunque gli aspetti profondi - inconsci e impliciti - interni al paziente, al clinico e alla relazione terapeutica.

Perché ora ci si può riferire ad una psichiatria di per sé psicodinamica?

le neuroscienze evidenziano le dinamiche inconsce e implicite non solo nel setting psicoterapeutico in senso stretto, ma nelle diverse relazioni di aiuto che fondano l'incontro del clinico col suo paziente ...

...Il paziente impara a trattare sé stesso copiando implicitamente il modo con cui si sente trattato dal terapeuta....I tratti della personalità dello psichiatra, ... le sue motivazioni, regolano il suo stile terapeutico, di coping ... l'attitudine alla identificazione empatica/compassionevole ...e alla trasmissione incoraggiante tramite l'embodied simulation...

Bibliografia

1. ABBASS, A. A., NOWOWEISKI, S. J., BERNIER, D., TARZWELL, R., BEUTEL, M.E. (2014), Review of psychodynamic psychotherapy neuroimaging studies, *Psychother Psychosom*, 83(3):142-147.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it., *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1950.
3. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it., *La psicologia individuale*, Newton Compton, Roma 1992.
4. ABBATE DAGA, G. (2015) A proposito della relazione terapeutica *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 107-121.
5. ADSHEAD, G. (2018), Security of mind: 20 years of attachment theory and its relevance to psychiatry, *Br J Psychiatry*, 213(3):511-513.
6. ALFONSO, CA., MICHAEL, MC., ELVIRA, SD., ZAKARIA, H., KALAYASIRI, R., ADLAN, ASA., MOINALGHORABAEI, M., LUKMAN, PR., SAN'ATI, M., DUCHONNOVA, K., SULLIVAN, TB. (2018), Innovative Educational Initiatives to Train Psychodynamic Psychiatrists in Underserved Areas of the World, *Psychiatr Clin North Am*, 41: 305-318.
7. ALTAMURA AC, GOODWIN GM. How Law 180 in Italy has reshaped psychiatry after 30 years: past attitudes, current trends and unmet needs. *Br J Psychiatry*. 2010;197(4):261-262.
8. BAKER, S.W., IZZO, P., TRENTON, A. (2015), Psychodynamic considerations in psychotherapy using interpreters: perspectives from psychiatry residents, *Psychodyn Psychiatry*, 43(1):117-28.
9. BARBATO, A., PARABIAGHI, A., PANICALI, F. (2011), Do patients improve after short psychiatric admission?: a cohort study in Italy, *Nord J Psychiatry*, 65(4):251-258.
10. BARBER, J. P. (2009), Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research, *Psychother Res*, 19(1):1-12.

11. BENEDETTI, F., FRISALDI, E., PIEDIMONTE, A. (2019), The need to investigate placebo effects in more detail, *World Psychiatry*, 18(2):227-228.
12. BERNANKE, J., MCCOMMON, B. (2018), Training in Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder in Residency: An Aide to Learning Supportive Psychotherapy for Challenging-to-Treat Patients, *Psychodyn Psychiatry*, 46(2):181-200.
13. BERNSTEIN, J., ZIMMERMAN, M., AUCHINCLOSS, E. L., (2015), Transference-focused psychotherapy training during residency: an aide to learning psychodynamic psychotherapy, *Psychodyn Psychiatry*, 43: 201-21.
14. BLUMENFELD, M. (2006), The place of psychodynamic psychiatry in consultation-liaison psychiatry with special emphasis on countertransference, *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*, 34(1):83-92.
15. BOEKER, H., HARWITZ, P. NORTHOFF, G. (2018), *Neuropsychodynamic Psychiatry*, Springer, Cham.
16. BRACKEN, P., THOMAS, P., TIMIMI, S., et al. (2012), Psychiatry beyond the current paradigm, *Br J Psychiatry*, 201(6):430-434.
17. BRAUN, M., SCHÖNFELDT-LECUONA, C., FREUDENMANN, R. W., et al. (2010), Depression, burnout and effort-reward imbalance among psychiatrists, *Psychother Psychosom*, 79(5):326-327.
18. BRENNER, A. M. (2006), The role of personal psychodynamic psychotherapy in becoming a competent psychiatrist, *Harv Rev Psychiatry*, 14: 268-72.
19. BRENNER, A. M., KHAN, F. (2013), The Training of Psychodynamic Psychiatrists: The Concept of "Psychodynamic Virtue", *Psychodynamic Psychiatry*, 41: 57-74.
20. BRÜNE, M., BELSKY, J., FABREGA, H., et al. (2012), The crisis of psychiatry - insights and prospects from evolutionary theory, *World Psychiatry*, 11(1):55-57.
21. BUSCH, F. N., MILROD, B. L., THOMA, N. C. (2013), Teaching clinical research on psychodynamic psychotherapy to psychiatric residents, *Psychodyn Psychiatry*, 41: 141-62.
22. CABANISS, D.L., HAVEL, L.K., BERGER, S., DEO, A., ARBUCKLE, M.R. (2017), The Microprocess Moment: A Tool for Evaluating Skills in Psychodynamic Psychotherapy, *Acad Psychiatry*, 41(1):51-54.
23. CARDOSO ZOPPE, E.H., SCHOUERI, P., CASTRO, M., NETO, F.L. (2009), Teaching psychodynamics to psychiatric residents through psychiatric outpatient interviews, *Acad Psychiatry*, 33(1):51-5.
24. CASSANO, G. B. (1999), L'evoluzione della psichiatria: dalla psicopatologia alle neuroscienze ad un nuovo umanesimo, *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 5:4-7.
25. CHAMBERS, J. E. (2015), Discussion of transference-focused psychotherapy training during residency: an aide to learning psychodynamic psychotherapy, *Psychodyn Psychiatry*, 43: 223-8.
26. CHISOLM, M. S., PETERS, M. E., BURKHART, K., WRIGHT, S. M. (2012), Clinical excellence in psychiatry: a review of the psychiatric literature, *Prim Care Companion CNS Disord*, 14(2):PCC.11r01179.
27. CLEMENS, N. A., PLAKUN, E. M., LAZAR S. G., MELLMAN, L. (2014), Obstacles to early career psychiatrists practicing psychotherapy, *Psychodyn Psychiatry*, 42: 479-95.
28. COHEN, Z., HATCHER, S. (2008), The experiences of trainee psychiatrists learning a psychodynamic psychotherapy model: a grounded theory study, *Australas Psychiatry*, 16: 438-41.
29. DE GIROLAMO, G., CANDINI, V., BUIZZA, C., et al. (2014), Is psychiatric residential facility discharge possible and predictable? A multivariate analytical approach applied to a prospective study in Italy, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49(1):157-167.
30. DE RISIO, S., JANIRI, L. (2000), "La formazione dello psichiatra alla psicoterapia", *XLII Congresso Nazionale SIP*, Torino.
31. DIXON, L. B., HOLOSHITZ, Y., NOSSEL, I. (2016), Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update, *World Psychiatry*, 15(1):13-20.
32. DRELL, M. J. (2007), The impending and perhaps inevitable collapse of psychodynamic psychotherapy as performed by psychiatrists, *Child Adolesc Psychiatr Clin*, 16: 207-24.
33. DRELL, M. J. (2017), Teaching Psychodynamic Therapy During Difficult Times: One Child Training Director's Experience, *Acad Psychiatry*, 41(5):619-623.
34. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra*, Centro Scientifico Editore, Torino.
35. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G. (2006), Percorso formativo psicodinamico per lo psichiatra nell'era delle neuroscienze, *Minerva Psichiatr*, 47:103-12.
36. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2010), *Manuale di Psichiatria Biopsicosociale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
37. FASSINO, S. (2017), Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 29-53.
38. FASSINO, S. (2018), "Il nuovo volto della psichiatria ha uno sguardo psicoterapeutico?", 48 °Congr. Naz. SIP, Torino.
39. FAVA, G. A., SONINO, N. (2017), From the Lesson of George Engel to Current Knowledge: The Biopsychosocial Model 40 Years Later, *Psychother Psychosom*, 86(5):257-259.
40. FONAGY, P. (2015), The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update, *World Psychiatry*, 14(2):137-150.
41. FREUD, A. (1936), *Das Ich und die Abwehrmechanismen*, tr. it., *L'io e i Meccanismi di Difesa*, Giunti Editore, Milano 2012.
42. FREUD, S. (1912), *Totem und Tabu: Einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker*, tr. it., *Totem e Tabù*, Bollati Boringhieri, Torino 1960.
43. FRIEDMAN, R. C., DOWNEY, J., ALFONSO, C., IGRAM, D. (2013), What Is "Psychodynamic Psychiatry"?, *Psychodyn Psychiatry*, 41: 511-2.
44. GABBARD, G. O., WEISS, L., (2012), *Professionalism in Psychiatry*, tr. it., *La professione dello psichiatra*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2013.
45. GABBARD, G. O. (2014), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, tr. it. *Psichiatria Psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2015.
46. GABBARD, G. O. (2018), Preserving the Person in Contemporary Psychiatry, *Psychiatr Clin N Am*, 41: 183-191.

47. GABBARD, G. O. (2020), The role of countertransference in contemporary psychiatric treatment, *World Psychiatry*, 19(2):243-244.
48. GAJIC, T., STAMATOVIĆ GAJIC, B., LOPICIC, Z. (2012), Psychodynamic psychotherapy in psychiatry: the missing link?, *Psychiatr Danub*, 24 Suppl 3:S361-6.
49. GALLESE, V., EAGLE, M. N., MIGONE, P. (2007), Intentional attunement: mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations, *J Am Psychoanal Assoc*, 55(1):131-76.
50. GASTELUM, E., DOUGLAS, C. J., CABANISS, D. L. (2013), Teaching psychodynamic psychotherapy to psychiatric residents: an integrated approach, *Psychodyn Psychiatry*, 41(1):127-40.
51. GHAMEI, S. N. (2009), The rise and fall of the biopsychosocial model, *Br J Psychiatry*, 195(1):3-4.
52. GHAMEI, S. N. (2014), The 'pragmatic' secret of DSM revisions, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(2), 196-197.
53. GINOT, E. (2017), The enacted unconscious: a neuropsychological model of unconscious processes, *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1406(1):71-76.
54. GLANNON, W. (2020), Mind-Brain Dualism in Psychiatry: Ethical Implications, *Front Psychiatry*, 11:85.
55. GLUCKSMAN, M. L. (2006), Psychoanalytic and psychodynamic education in the 21st century, *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*, 34(1):215-222.
56. GOLDBERG, D. A., PLAKUN, E. M. (2013), Teaching psychodynamic psychotherapy with the Y model, *Psychodyn Psychiatry*, 41: 111-25.
57. GOSIO, N. (2001), La psichiatria tra confini e frontiere, *RSF*, 125:86-98.
58. HABL, S., MINTZ, D. L., BAILEY, A. (2010), The role of personal therapy in psychiatric residency training: A survey of psychiatry training directors, *Academic Psychiatry*, 34:21-26.
59. HADJIPAVLOU, G., HALLI, P., HERNANDEZ, C. A., OGRODNICZUK, J. S. (2016), Personal Therapy in Psychiatry Residency Training: A National Survey of Canadian Psychiatry Residents, *Acad Psychiatry*, 40(1):30-37.
60. HEINONEN, E., KNEKT, P., JÄÄSKELÄINEN, T., LINDFORS, O. (2014), Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis, *Eur Psychiatry*, 29(5):265-274.
61. HILLMAN, J. (1996), *The soul's code. In search of character and calling*, tr. it., *Il codice dell'anima*, Adelphi Edizioni, Milano 1997
62. HOLMES, J. (2012), Psychodynamic psychiatry's green shoots, *Br J Psychiatry*, 200(6):439-441.
63. HOLMES, J. (2013), New paradigm: developmental psychopathology, *Br J Psychiatry*, 202: 309-313.
64. INGRAM, D.H. (2006), Teaching psychodynamic therapy to hardworking psychiatric residents, *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*, 34(1):173-88.
65. JIMÉNEZ, X. F., THORKELOSON, G., ALFONSO, C. A. (2012), Countertransference in the general hospital setting: implications for clinical supervision, *Psychodyn Psychiatry*, 40: 435-49
66. JIMENEZ, X. F., ESPLIN, B. S., HERNANDEZ, J. O. (2015), Capacity Consultation and Contextual Complexities: Depression, Decisions, and Deliberation, *Psychosomatics*, 56(5):592-597.
67. KANDEL, E. R. (1998), A new intellectual framework for psychiatry, *Am J Psychiatry*, 155:457-69.
68. KANDEL, E. R. (2005), *Psychiatry, Psychoanalysis, And The New Biology Of Mind*, tr. it, *Psichiatria Psicoanalisi e Nuova Biologia della Mente*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2007.
69. KANE, J. M., KISHIMOTO, T., CORRELL, C. U. (2013), Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies, *World Psychiatry*, 12(3):216-226.
70. KATZ, D. A., DOWNEY, J. I. (2019), Visiting Psychodynamic Scholars Enhance Psychodynamic Learning for Psychiatric Residents, *Psychodyn Psychiatry*, 47: 257-274.
71. KATZMAN, J., COUGHLIN, P. (2013), The role of therapist activity in psychodynamic psychotherapy, *Psychodyn Psychiatry*, 41(1):75-89.
72. KATZMAN, J., ABBASS, A., COUGHLIN, P., ARORA, S. (2015), Building connections through teletechnologies to augment resident training in psychodynamic psychotherapy, *Acad Psychiatry*, 39(1):110-3.
73. KATZMAN, J., DEL FABBRO, A. (2017), Attachment in the Psychiatric Curriculum, *Psychodyn Psychiatry*, 45: 564-587.
74. KAY, J. (2001), *Integrated Treatment for Psychiatric Disorders: Review of Psychiatry*, American Psychiatric Press, Washington DC.
75. KAY, J., MYERS, M.F. (2014), Current state of psychotherapy training: preparing for the future, *Psychodyn Psychiatry*, 42(3):557-73.
76. KERNBERG, O. (1998), "Formazione psicodinamica", XI Congr. Naz. SPI, Roma.
77. KERNBERG, O. (2000), A concerned critique of psychoanalytic education, *Int J Psychoanal*, 81: 97-120.
78. KLIMECKI, O. M., LEIBERG, S., RICARD, M., SINGER, T. (2014), Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training, *Soc Cogn Affect Neurosci*, 9(6):873-879.
79. KRAMER, M. (2006), Educational challenges of international medical graduates in psychiatric residencies, *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*, 34(1):163-71.
80. KUMAR, S. (2011), Burnout and psychiatrists: what do we know and where to from here?, *Epidemiol Psychiatr Sci*, 20(4):295-301.
81. LACY, T., HUGHES, J. D. (2006), A neural systems-based neurobiology and neuropsychiatry course: integrating biology, psychodynamics, and psychology in the psychiatric curriculum, *Acad Psychiatry*, 30(5):410-5.
82. LEICHSENRING, F., RABUNG, S. (2008), Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*, 300(13):1551-65.
83. LEICHSENRING, F., RABUNG, S. (2012), Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis, *Br J Psychiatry*, 199(1):15-22.
84. LINGIARDI, V., MCWILLIAMS, N. (2017), *Psychodynamic Diagnostic Manual – 2*, tr. it., *Manuale diagnostico psicodinamico - 2*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2018.

85. MACE, C., BINYON, S. (2005), Teaching psychodynamic formulation to psychiatric trainees. Part 1: Basics of formulation, *Advances in Psychiatric Treatment*, 11:416-23.
86. MACE, C., BINYON, S. (2006), Teaching psychodynamic formulation to psychiatric trainees. Part 2: Teaching methods, *Advances in Psychiatric Treatment*, 12:92-99.
87. MAJ, M. (2010), Are psychiatrists an endangered species?, *World Psychiatry*, 9,1,(1-3).
88. MAJ, M. (2013), Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry, *World Psychiatry*, 12(3):185-186.
89. MALLO, C. J., MINTZ, D. L. (2013), Teaching all the evidence bases: reintegrating psychodynamic aspects of prescribing into psychopharmacology training, *Psychodyn Psychiatry*, 41(1):13-37.
90. MELLMAN, L. A., BERESIN, E. (2003), Psychotherapy competencies: development and implementation, *Acad Psychiatry*, 27:149-53.
91. MELLMAN, L.A. (2006), How endangered is dynamic psychiatry in residency training?, *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*, 34(1):127-33.
92. MIKULINCER, M., SHAVER, P. R. (2012), An attachment perspective on psychopathology, *World Psychiatry*, 11(1):11-15.
93. MILLER, C. W. T., HODZIC, V., ROSS, DR., EHRENREICH, MJ. (2019), Annotated Bibliography for Supervising Psychiatry Residents in Psychodynamic Psychotherapy, *Acad Psychiatry*, 43: 417-424.
94. MILLER, N. E., MAGRUDER K. M. (1999), *Cost Effectiveness of Psychotherapy: A Guide for Practitioners, Researchers, and Policymakers*, Oxford University Press, Oxford.
95. MINTZ, D. (2006), Psychodynamic Trojan horses: using psychopharmacology to teach psychodynamics, *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*, 34(1):151-61.
96. MOHL, P.C., LOMAX, J., TASMAN, A., CHAN, C., SLEDGE, W., SUMMERGRAD, P., et al. (1990), Psychotherapy training for the psychiatrist future, *Am J Psychiatry*, 147:7-13.
97. NABER, D., LAMBERT, M. (2013), Should we listen and talk more to our patients?. *World Psychiatry*, 12: 237-238.
98. NASH, S. S., KENT, L. K., MUSKIN, P. R. (2009), Psychodynamics in medically ill patients, *Harv Rev Psychiatry*, 17: 389-97.
99. NEMEROFF, C. B., (2012), Management of treatment-resistant major psychiatric disorders, *Oxford University Press*, Oxford.
100. NORTHOFF, G. (2007), Psychopathology and pathophysiology of the self in depression - neuropsychiatric hypothesis, *J Affect Disord*, 104(1-3):1-14.
101. NORTHOFF, G. (2014), The brain's intrinsic activity and inner time consciousness in schizophrenia, *World Psychiatry*, 13(2):144-145.
102. NORTHOFF, G. (2018), The brain's spontaneous activity and its psychopathological symptoms - "Spatiotemporal binding and integration", *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 80(Pt B):81-90.
103. NUSSBAUM, A. M. (2011), Changing the name of dementia during residency training: from medication management to CBT to psychodynamic psychotherapy, *Bull Menninger Clin*, 75: 254-66.
104. OCCHIOGROSSO, M., AUCHINCLOSS, EL. (2012), The challenge of treating (and supervising) patients with borderline pathology in a residents' clinic, *Psychodyn Psychiatry*, 40(3):451-68.
105. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1986), *Psichiatria dinamica*, CST, Torino.
106. PLAKUN, E. M. (2006), Finding psychodynamic psychiatry's lost generation, *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*, 34(1):135-50.
107. PLAKUN, E. M. (2012), Treatment resistance and psychodynamic psychiatry: concepts psychiatry needs from psychoanalysis, *Psychodyn Psychiatry*, 40(2):183-209.
108. PLAKUN, E. M. (2018), The Biopsychosocial Model and the Difficult Patient, *Psychodynamic Psychiatry*, 41: 237-248.
109. POULSEN, S., LUNN, S., DANIEL, S. I., et al. (2014), A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa, *Am J Psychiatry*, 171(1):109-116.
110. PRECKEL, K., KANSKE, P., SINGER, T. (2018), On the interaction of social affect and cognition: empathy, compassion and theory of mind, *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 19: 1-6.
111. RAVITZ, P., LAWSON, A., FEFERGRAD, M., RAWKINS, S., LANCEE, W., MAUNDER, R., LESZCZ, M., KIVLIGHAN, DM. Jr. (2019), Psychotherapy Competency Milestones: an Exploratory Pilot of CBT and Psychodynamic Psychotherapy Skills Acquisition in Junior Psychiatry Residents, *Acad Psychiatry*, 43: 61-66.
112. RIESS, H., HERMAN, J. B. (2008), Teaching the teachers: a model course for psychodynamic psychotherapy supervisors, *Acad Psychiatry*, 32: 259-64.
113. RODRIGUEZ, C. I., CABANISS, D. L., ARBUCKLE, M. R., OQUENDO, M. A. (2008), The role of culture in psychodynamic psychotherapy: parallel process resulting from cultural similarities between patient and therapist, *Am J Psychiatry*, 165: 1402-6.
114. ROJAS, A., ARBUCKLE, M., CABANISS, D. (2010), Don't leave teaching to chance: learning objectives for psychodynamic psychotherapy supervision, *Acad Psychiatry*, 34(1):46-9.
115. ROVERA, G. G., FASSINO, S., ANGELICI, G. (1977), Prospettive interdisciplinari e interanalitiche in psicoterapia, *Minerva Psichiatr*, 18:167-74.
116. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Indiv Psicol Dossier*, 1:94-121.
117. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
118. ROVERA, G. G. (2014), Le alleanze terapeutiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 3-31.
119. ROVERA, G. G. (2015), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-45.
120. RUEVE, M. E., CORRELL, T. L. (2006), The art of psychotherapy: selecting patients for psychodynamic psychotherapy, *Psychiatry (Edgmont)*, 3(11):44-50.
121. SANDBERG, L., BUSCH, F., SCHNEIER, F., GERBER, A., CALIGOR, E., MILROD, B. (2012), Panic-focused psychodynamic psychotherapy in a woman with panic disorder and generalized anxiety disorder, *Harv Rev Psychiatry*, 20(5):268-76.

122. SCHEN, C. R., RAYMOND, L., NOTMAN, M. (2013), Transfer of care of psychotherapy patients: implications for psychiatry training, *Psychodyn Psychiatry*, 41(4):575-95.
123. SCHEN, C. R., GREENLEE, A. (2018), Race in Supervision: Let's Talk About It, *Psychodyn Psychiatry*, 46(1):1-21.
124. SIEGEL, D. J. (2012), *The Developing Mind, Second Edition: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*, tr. it., *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2013
125. SILVER, A.L. (2006), Teaching about psychodynamic work with severely ill patients, *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*, 34(1):197-214.
126. STERN J. A. (2004), Psychoanalytic psychotherapist working within psychiatry: covert and overt functions, *Ir J Psychol Med*, 21(2):69-72.
127. SUMMERS, R. F., XUAN, Y., TAVAKOLI, D. N. (2013), Teaching focus in psychotherapy: a training essential, *Psychodyn Psychiatry*, 41(1):91-109.
128. SUMMERS, R. F. (2018), Teaching Psychotherapy to Psychiatry Residents, *Psychodyn Psychiatry*, 46: 411-435.
129. THE BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2011), Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm, tr. it., *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2012.
130. THOMAS, Z. (2017), Breaking Through to the Other Side: A Resident Explores the Benefits of Time-Limited Psychodynamic Therapy for Patients with Schizophrenia, *Psychodyn Psychiatry*, 45: 59-77.
131. WAMPOLD, B. E. (2015), How Important Are the Common Factors in Psychotherapy? An update, *World Psychiatry*, 14:270-277.
132. WYKES, T., BRAMMER, M., MELLERS, J., et al. (2002), Effects on the brain of a psychological treatment: cognitive remediation therapy: functional magnetic resonance imaging in schizophrenia, *Br J Psychiatry*, 181:144-152.
133. ZERBO, E., COHEN, S., BIELSKA, W., CALIGOR, E. (2013), Transference-focused psychotherapy in the general psychiatry residency: a useful and applicable model for residents in acute clinical settings, *Psychodyn Psychiatry*, 41(1):163-81.
134. ZIPFEL, S., STEIN, B., ECKHARDT-HENN, A., et al. (2013), Psychosomatische Fachgesellschaft lehnt Vereinnahmung durch Psychiatrische Fachgesellschaft, *Psychother Psychosom Med Psychol*, 63(2):103-104.

TABELLA 1 – 12 ARTICOLI

ARTICOLI SUGLI ASPETTI GENERALI FONDANTI LA FORMAZIONE
PSICODINAMICA DELLO SPECIALIZZANDO IN PSICHIATRIA

1	Katz DA, Downey JL.	Visiting Psychodynamic Scholars Enhance Psychodynamic Learning for Psychiatric Residents.	2019
2	Miller CWT, Hodzic V, Ross DR, Ehrenreich MJ.	Annotated Bibliography for Supervising Psychiatry Residents in Psychodynamic Psychotherapy.	2019
3	Ravitz P, Lawson A, Fefergrad M, Rawkins S, Lancee W, Maunder R, Leszcz M, Kivlighan DM Jr.	Psychotherapy Competency Milestones: an Exploratory Pilot of CBT and Psychodynamic Psychotherapy Skills Acquisition in Junior Psychiatry Residents.	2019
4	Plakun E. M	Psychodynamic Psychiatry, the Biopsychosocial Model, and the Difficult Patient	2018
5	Summers RF.	Teaching Psychotherapy to Psychiatry Residents	2018
6	Katzman J, Del Fabbro A.	Attachment in the Psychiatric Curriculum	2017
7	Thomas Z.	Breaking Through to the Other Side: A Resident Explores the Benefits of Time-Limited Psychodynamic Therapy for Patients with Schizophrenia.	2017
8	Brenner A. and Khan F.	The Training of Psychodynamic Psychiatrists: The Concept of "Psychodynamic Virtue"	2013
9	Friedman RC., Downey J., Alfonso C., Igram D.	What Is "Psychodynamic Psychiatry"?	2013
10	Goldberg DA, Plakun EM.	Teaching psychodynamic psychotherapy with the Y model.	2013
11	Nussbaum AM.	Changing the name of dementia during residency training: from medication management to CBT to psychodynamic psychotherapy.	2011
12	Brenner AM	The role of personal psychodynamic psychotherapy in becoming a competent psychiatrist.	2006

TABELLA 2 – 15 ARTICOLI

**ARTICOLI SUGLI ASPETTI SPECIALI DELLA FORMAZIONE
PSIODINAMICA DELLO SPECIALIZZANDO IN PSICHIATRIA**

1	Alfonso CA, Michael MC, Elvira SD, Zakaria H, Kalayasiri R, Adlan ASA, Moinalghorabaei M, Lukman PR, San'ati M, Duchonova K, Sullivan TB.	Innovative Educational Initiatives to Train Psychodynamic Psychiatrists in Underserved Areas of the World.	2018
2	Bernstein J, Zimmerman M, Auchincloss EL	Transference-focused psychotherapy training during residency: an aide to learning psychodynamic psychotherapy.	2015
3	Chambers JE.	Discussion of transference-focused psychotherapy training during residency: an aide to learning psychodynamic psychotherapy.	2015
4	Clemens NA, Plakun EM, Lazar SG, Mellman L.	Obstacles to early career psychiatrists practicing psychotherapy.	2014
5	Busch FN, Milrod BL, Thoma NC.	Teaching clinical research on psychodynamic psychotherapy to psychiatric residents.	2013
6	Jiménez XF, Thorkelson G, Alfonso CA.	Countertransference in the general hospital setting: implications for clinical supervision.	2012
7	Nash SS, Kent LK, Muskin PR.	Psychodynamics in medically ill patients.	2009
8	Cohen Z, Hatcher S.	The experiences of trainee psychiatrists learning a psychodynamic psychotherapy model: a grounded theory study	2008
9	Riess H, Herman JB.	Teaching the teachers: a model course for psychodynamic psychotherapy supervisors.	2008
10	Rodríguez CI, Cabaniss DL, Arbuckle MR, Oquendo MA.	The role of culture in psychodynamic psychotherapy: parallel process resulting from cultural similarities between patient and therapist.	2008
11	Drell MJ.	The impending and perhaps inevitable collapse of psychodynamic psychotherapy as performed by psychiatrists.	2007
12	Blumenfield M.	The place of psychodynamic psychiatry in consultation-liaison psychiatry with special emphasis on countertransference.	2006
13	Glucksman ML.	Psychoanalytic and psychodynamic education in the 21 st century.	2006
14	Ingram DH.	Teaching psychodynamic therapy to hardworking psychiatric residents.	2006
15	Mellman LA.	How endangered is dynamic psychiatry in residency training?	2006

TABELLA 3 – 26 ARTICOLI

**ALTRI SU ARGOMENTI VARI DELLA FORMAZIONE PSIODINAMICA
DELLO SPECIALIZZANDO IN PSICHIATRIA**

1	Bernanke J, McCommon B.	Training in Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder in Residency: An Aide to Learning Supportive Psychotherapy for Challenging-to-Treat Patients.	2018
2	Schen CR, Greenlee A.	Race in Supervision: Let's Talk About It.	2018
3	Cabaniss DL, Havel LK, Berger S, Deo A, Arbuckle MR.	The Microprocess Moment: A Tool for Evaluating Skills in Psychodynamic Psychotherapy.	2017
4	Drell MJ.	Teaching Psychodynamic Therapy During Difficult Times: One Child Training Director's Experience.	2017
5	Baker SW, Izzo P, Trenton A.	Psychodynamic considerations in psychotherapy using interpreters: perspectives from psychiatry residents.	2015
6	Katzman J, Abbass A, Coughlin P, Arora S.	Building connections through teletechnologies to augment resident training in psychodynamic psychotherapy.	2015
7	Kay J, Myers MF.	Current state of psychotherapy training: preparing for the future.	2014
8	Gastelum E, Douglas CJ, Cabaniss DL.	Teaching psychodynamic psychotherapy to psychiatric residents: an integrated approach	2013
9	Katzman J, Coughlin P.	The role of therapist activity in psychodynamic psychotherapy	2013
10	Schen CR, Raymond L, Notman M.	Transfer of care of psychotherapy patients: implications for psychiatry training.	2013
11	Summers RF, Xuan Y, Tavakoli DN.	Teaching focus in psychotherapy: a training essential	2013
12	Zerbo E, Cohen S, Bielska W, Caligor E.	Transference-focused psychotherapy in the general psychiatry residency: a useful and applicable model for residents in acute clinical settings.	2013
13	Gajić T, Stamatović Gajić B, Lopičić Z.	Psychodynamic psychotherapy in psychiatry: the missing link?	2012
14	Occhiogrosso M, Auchincloss EL.	The challenge of treating (and supervising) patients with borderline pathology in a residents' clinic	2012
15	Sandberg L, Busch F, Schneier F, Gerber A, Caligor E, Milrod B.	Panic- focused psychodynamic psychotherapy in a woman with panic disorder and generalized anxiety disorder.	2012
16	Rojas A, Arbuckle M, Cabaniss D.	Don't leave teaching to chance: learning objectives for psychodynamic psychotherapy supervision	2010
17	Cardoso Zoppe EH, Schoueri P, Castro M, Neto FL.	Teaching psychodynamics to psychiatric residents through psychiatric outpatient interviews.	2009
18	Heinonen, P. Knekt, T. Jaaskelainen, O. Lindfors	Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis	2014
19	Prochaska JJ, Fromont SC, Banys P, Eisendrath SJ, Horowitz MJ, Jacobs MH, Hall SM.	Addressing nicotine dependence in psychodynamic psychotherapy: perspectives from residency training.	2007
20	Kramer M.	Educational challenges of international medical graduates in psychiatric residencies.	2006
21	Lacy T, Hughes JD.	A neural systems-based neurobiology and neuropsychiatry course: integrating biology, psychodynamics, and psychology in the psychiatric curriculum	2006
22	Mellman LA.	How endangered is dynamic psychiatry in residency training?	2006
23	Mintz D.	Psychodynamic Trojan horses: using psychopharmacology to teach psychodynamics.	2006
24	Plakun EM.	Finding psychodynamic psychiatry's lost generation.	2006
25	Rueve ME, Correll TL.	The art of psychotherapy: selecting patients for psychodynamic psychotherapy.	2006
26	Silver AL.	Teaching about psychodynamic work with severely ill patients.	2006

Paolo Migone

Improving Access to Psychological Therapies (IAPT): Progetto lanciato dal Sistema Sanitario Nazionale inglese. **Editoriale su *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2017, 51 (4): 525-528**

Il primo articolo di questo numero 51 di *Psicoterapia e scienze Umane* descrive il progetto lanciato dal Sistema Sanitario Nazionale inglese denominato *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT), volto cioè a "migliorare l'accesso alle terapie psicologiche" da parte della popolazione. Abbiamo deciso di presentarlo in dettaglio sulla rivista perché lo riteniamo importante da vari punti di vista.

Vi sono ormai chiare evidenze empiriche dell'efficacia della psicoterapia per svariati disturbi psicologici, soprattutto depressivi e d'ansia, al punto che in molti casi la psicoterapia risulta più efficace dei farmaci (la nostra rivista si è occupata a più riprese di questo problema, tra i tanti contributi si veda la meta-analisi di Shedler nel n. 1/2010, il documento dell'*American Psychological Association* nel n. 3/2013 e così via). È stato dimostrato che i pazienti trattati con la psicoterapia non solo presentano meno ricadute, ma i miglioramenti possono aumentare nel tempo, anche anni dopo il termine del trattamento, come se si fosse attivato un processo psicologico che cresce autonomamente; va inoltre considerato – e anche questo è un dato che emerge dalle ricerche – che spesso i pazienti preferiscono la psicoterapia ai farmaci, per cui i farmaci sono un trattamento a loro sgradito, fattore questo che non può non avere ricadute negative sulla cosiddetta *compliance*, cui gli psichiatri tengono tanto.

Eppure, con uno sconcertante paradosso che è davanti agli occhi di tutti, per i disturbi depressivi e d'ansia gli psichiatri continuano a prescrivere prevalentemente farmaci, compiendo quella che può essere definita, a tutti gli effetti, una *malpractice* di massa che sarebbe inconcepibile in altre specialità mediche. Gli psichiatri, a causa della formazione che hanno ricevuto, raramente suggeriscono una psicoterapia ai pazienti che ne avrebbero bisogno, limitandosi a prescrivere l'antidepressivo o l'ansiolitico – peraltro in una visita spesso di breve durata, con limitato ascolto e poca attenzione al significato dei sintomi all'interno della vita del paziente – e rimandando il paziente a un'ulteriore visita dopo circa un mese. Sarebbe lungo discutere qui i motivi per cui si è diffusa questa "cattiva psichiatria", ignara delle ricerche sul rapporto medico-paziente e quindi antiscientifica, ma probabilmente una delle ragioni è legata all'enorme influenza che hanno le case farmaceutiche nel condizionare la cultura del settore (finanziamenti a tappeto di quasi tutti i convegni, delle riviste scientifiche e delle ricerche, fino alla capillare "educazione continua" dei medici da parte dei rappresentanti farmaceutici).

Nei Paesi in cui l'assistenza sanitaria non è privatizzata ma vi è un Servizio Sanitario Nazionale (come ad esempio l'Italia, la Francia, l'Inghilterra o il Canada), il fatto che tanti pazienti psichiatrici vengano trattati in modo inadeguato implica un danno non solo ai pazienti stessi (aumento di sofferenza, cronicizzazione dei sintomi, maggiori ricadute, abuso di alcol o di sostanze anche come tentativi di automedicazione, etc.) ma anche alle casse dello Stato poiché vi è un aumento dell'utilizzo dei Servizi socio-sanitari, dei ricoveri, del consumo di farmaci, etc., e parallelamente un danno alla società per maggiori assenze lavorative, minore produzione, minori entrate all'erario e così via. Questo danno si ripercuote su tutti i cittadini, non solo sui pazienti, in quanto l'aumento di risorse impiegate nella Sanità implica minori investimenti in altri settori. Diversa è invece la situazione nei Paesi in cui l'assistenza sanitaria è privatizzata. In questi casi però sorgono altri problemi, forse maggiori, perché ad esempio è stato calcolato – e questo è un dato su cui concordano tutti gli economisti, di ogni orientamento ("di destra" e "di sinistra") – che alle tasche del cittadino la medicina privata costa il doppio di quella pubblica, e non è detto che sia migliore, anche perché

la privatizzazione della Sanità innesca meccanismi a volte perversi (dato che nel privato l'obiettivo non è la salute dei cittadini ma il profitto, vi può essere un'incentivazione di esami di laboratorio o di interventi terapeutici come fonte di profitto, la "invenzione" di nuove malattie, etc. – per la Sanità privata, al limite, più malati vi sono meglio è).

Torniamo al programma IAPT. Come viene descritto dal professor David Clark nell'articolo di testa di questo numero, nel 2008 in Inghilterra è stato lanciato un programma finanziato dal governo per migliorare l'accesso alle terapie psicologiche, partendo appunto dalla constatazione – basata sulle evidenze empiriche – che un aumento dei trattamenti psicologici migliora non solo la salute dei cittadini ma anche le casse dello Stato. Un primo aspetto che va sottolineato dunque è che il programma IAPT non è nato solo per motivi ideali, ma prima di tutto economici, anzi è stato progettato direttamente da un economista. L'idea di questo progetto infatti è venuta inizialmente – in collaborazione con il professor David Clark, che insegna alla *Oxford University* – a Lord Richard Layard, un professore di economia alla *London School of Economics* (LSE) che, oltre ad avere il titolo di "barone", è anche membro della Camera dei Lord. Layard e Clark iniziarono a progettare il programma IAPT nel 2005, e nel 2008 riuscirono a farlo partire grazie a un finanziamento stanziato dal governo laburista di Gordon Brown. Layard aveva calcolato che questo programma si sarebbe "pagato da sé" già solo per il guadagno in termini di ore lavorative che non sarebbero più state perse a causa delle assenze dal lavoro da parte dei pazienti trattati. Un aspetto interessante è che quando nel 2010 cadde il governo laburista e subentrò un governo di destra, guidato da David Cameron (una coalizione tra conservatori e liberaldemocratici), il programma IAPT non fu interrotto, anzi fu ulteriormente finanziato appunto perché conveniente alle casse dello Stato; e quando alle elezioni del 2015 si formò un secondo governo Cameron, costituito unicamente da conservatori, di nuovo il programma IAPT fu rilanciato e maggiormente finanziato; la stessa cosa nel 2016 quando si instaurò il governo conservatore di Theresa May.

Il programma IAPT e i suoi risultati sono illustrati in dettaglio dall'articolo di Clark. In sostanza, si tratta di assumere e formare migliaia di psicoterapeuti e di distribuirli in diversi centri disseminati nel territorio.

Un aspetto importante è la formazione degli operatori. Quali tecniche terapeutiche vengono insegnate nel programma IAPT? Naturalmente si è deciso di formare gli operatori solo alle tecniche *evidence-based*, e precisamente quelle raccomandate dal *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), un organismo che fa capo al Ministero della Salute inglese. La rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*, fin dagli anni 1980, si è occupata a fondo del problema della ricerca empirica sull'efficacia della psicoterapia, preparando il dibattito su questo tema e pubblicando alcune rassegne chiave (si pensi, tra le tante, agli articoli di Drew Westen e collaboratori). Negli ultimi anni sono state prodotte diverse ricerche che mostrano l'efficacia delle terapie psicodinamiche (si veda a questo proposito l'articolo di Leichsenring e Steinert pubblicato in questo numero della rivista, subito dopo quello di Clark), però, come è noto, storicamente sono state le terapie cognitivo-comportamentali quelle che hanno fornito le maggiori prove di efficacia, anche perché più studiate. Per questo motivo nel training degli operatori del programma IAPT vengono insegnate soprattutto le terapie cognitivo-comportamentali, ma non solo queste, anche altre terapie raccomandate dal NICE, ad esempio il *counseling*, la terapia inter-personale (IPT), che è una terapia di matrice sulliviana, e le terapie psicodinamiche brevi, di cui si dispongono importanti prove di efficacia. Come fa notare lo stesso Clark, non è vero quindi che il programma IAPT preveda solo la terapia cognitivo-comportamentale, tanto è vero che un recente censimento ha rivelato che quasi un terzo degli operatori impiegati nel programma IAPT hanno dichiarato di essere *counselor* o terapeuti non cognitivo-comportamentali. Inoltre si sono accumulate prove di efficacia in favore della "terapia dinamica interpersonale breve" (DIT) formulata recentemente da Alessandra Lemma, Mary Target e Peter Fonagy proprio per essere utilizzata nei Servizi psichiatrici pubblici, per cui essa è già parte del programma IAPT (il manuale della DIT è stato tradotto in italiano nel 2012, e Alessandra Lemma è venuta più volte a tenere corsi di formazione anche in Italia).

Ora forse sono chiari i motivi per cui abbiamo deciso di pubblicizzare sulle pagine di *Psicoterapia e Scienze Umane* questo programma inglese teso a incrementare la pratica della psicoterapia nei Servizi di salute mentale. È difficile negare che i guadagni, da più punti di vista, sono evidenti, per cui i politici e gli amministratori della Salute mentale in Italia devono prenderne atto ed essere messi di fronte alle loro responsabilità. Alcuni Paesi, come il Canada, la Norvegia e la Svezia, stanno già sperimentando progetti sull'esempio di quello inglese. Potrà un programma simile essere avviato anche in Italia? Sarà possibile per la nostra classe politica fare delle scelte capaci non solo di contrastare una radicata cultura psichiatrica arretrata e antiscientifica ma, nell'interesse dei cittadini, di andare anche contro ai potenti interessi e i condizionamenti delle multinazionali farmaceutiche? Tra gli effetti positivi di una iniziativa come questa, si pensi a quelli che si rifletterebbero sul grave problema della disoccupazione degli psicologi che vi è in Italia, e sul ridottissimo numero di psicologi attualmente assunti nei Servizi di salute mentale.

Il richiamare l'attenzione degli organi politici, degli amministratori della Sanità e dei *mass-media* su questo problema è stato l'obiettivo che si è proposto anche il professor Ezio Sanavio quando il 18-19 novembre 2016 ha voluto organizzare a Padova il convegno "Terapie psicologiche per ansia e depressione: costi e benefici", invitando David Clark a tenere una relazione dal titolo "L'esperienza inglese: *Improving Access to Psychological Therapies*. Valutazione dei risultati" (l'articolo di Clark che pubblichiamo è un estratto di quella sua relazione, e il Documento Programmatico del convegno è alla pagina web www.dpg.unipd.it/en/sites/dpg.unipd.it/en/files/Documento_Programmatico.pdf). A questo convegno ha partecipato anche *Psicoterapia e Scienze Umane*, unica rivista italiana di psicoterapia a essere invitata, per il lavoro fatto negli anni sul tema della ricerca empirica. Questo convegno ha poi dato l'avvio formale al Comitato Promotore di una *Consensus Conference*, che cerca di ottenere risposte dall'*Istituto Superiore di Sanità*, dagli Ordini professionali e così via. Staremo a vedere gli sviluppi di questa iniziativa.

Termino questo editoriale comunicando due informazioni. La prima è che la raccolta fondi per l'accettazione dell'invito a entrare nel PEP Web continua (si veda la pagina www.psicoterapiaescienzeumane.it/crowdfunding.htm), finora abbiamo raccolto € 41.000 dei 50.000 richiesti; tutti gli articoli di 50 anni della rivista sono già disponibili integralmente sul sito Internet del PEP. La seconda è che dal 2017 la rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* è indicizzata anche in *Emerging Sources Citation Index* (ESCI), che fa parte di *Web of Science*, una banca-dati molto prestigiosa, una delle più importanti a livello internazionale. *Psicoterapia e Scienze Umane* è l'unica rivista italiana di psicoterapia (e ovviamente anche di psicoanalisi) indicizzata in *Web of Science*.

