

Gabbard G.O. & Westen D. (2005). Ripensare l'azione terapeutica .L'annata psicoanalitica internazionale 1:51-73 (Borla). Tradotto da Gabbard G.O. & Westen D. (2003). Rethinking therapeutic action. Int.J.Psycho-Analysis, 84, 823-841.

Come altri concetti fondamentali della psicoanalisi, la teoria dell'azione terapeutica è attualmente in continuo mutamento, dal momento che teorici di diversi orientamenti propongono meccanismi diversi. In quest'articolo gli autori cercano di integrare gli sviluppi all'interno e all'esterno della psicoanalisi al fine di fornire un modello di funzionamento dei processi molteplici che concorrono al cambiamento in psicoanalisi ed in psicoterapia psicoanalitica. Una teoria dell'azione terapeutica deve descrivere sia che cosa cambia (gli scopi della terapia) sia le strategie ritenute utili per facilitare questi cambiamenti (la tecnica). Gli autori ritengono che, attualmente, le teorie basate su un unico meccanismo dell'azione terapeutica, non importa quanto complesso, difficilmente si dimostrino utili a causa della varietà degli obiettivi del cambiamento e della varietà dei metodi utili per conseguirli (come ad esempio le tecniche destinate ad alterare diversi tipi di processi consci e inconsci). Gli interventi che facilitano il cambiamento si possono classificare secondo tre categorie: quelli che favoriscono l'insight, quelli che fanno uso dei vari aspetti mutativi della relazione terapeutica ed infine una varietà di strategie secondarie che possono rivestire una grande importanza. Gli autori propongono che in tutte le forme di terapia psicoanalitica sarebbe più preciso parlare di *azioni* terapeutiche piuttosto che di *azione*.

La psicoanalisi contemporanea si contraddistingue per un pluralismo mai conosciuto prima d'ora e ciò contribuisce a far aumentare le teorie dell'azione terapeutica. Non ci troviamo più ad operare in un'era in cui l'interpretazione viene vista come l'unica freccia a disposizione dell'analista. Nello specifico, non è chiaro quale ruolo abbia mantenuto l'insight, scalzato dal piedistallo su cui era stato posto (Sandler e Dreher, 1996), nella sfera dei meccanismi interpretativi e non interpretativi dell'azione terapeutica. In questo studio forniremo una breve panoramica dei recenti sviluppi nelle teorie psicoanalitiche dell'azione terapeutica. Tenteremo quindi di tracciare un profilo di più ampio respiro di ciò che è, o dovrebbe essere, terapeutico.

Evoluzione dei concetti riguardanti l'azione terapeutica

Loewald ha avuto una particolare importanza nel passaggio ad un'ottica più allargata dell'azione terapeutica. Nel suo autorevole studio del 1960 egli nota che il processo di cambiamento è "attivato non solo dalle capacità tecniche dell'analista, ma dal fatto che egli stesso si rende disponibile allo sviluppo di una nuova "relazione d'oggetto" tra il paziente e l'analista...(pp. 224-5). Strachey (1934) similmente è stato un precursore di punti di vista più attuali nel suo ben noto lavoro sull'interpretazione mutativa, in cui afferma che l'analista viene introiettato come un nuovo oggetto nel superlo del paziente e così facendo ne modifica la rigidità.

Nel tentativo di caratterizzare le tendenze e le controversie recenti, poniamo l'attenzione su tre temi che attraversano il dibattito psicoanalitico contemporaneo: (1) il declino del dibattito "interpretazione contro relazione" e la consapevolezza dell'esistenza di molteplici modalità di azione terapeutica; (2) lo spostamento dell'interesse dalla ricostruzione alle interazioni hic et nunc tra analista e paziente; e (3) l'importanza della negoziazione del clima terapeutico. - 51 -

La consapevolezza delle molteplici modalità dell' azione terapeutica e il declino del dibattito "interpretazione contro relazione"

I risultati del Progetto di ricerca sulla psicoterapia della Menninger Clinic hanno esercitato una grande influenza nell'individuare i molteplici percorsi mutativi nella psicoanalisi e nelle psicoterapie psicoanalitiche. Nella sua relazione finale sul Progetto, Wallerstein (1986) ha esaminato i casi di 42 pazienti trattati e trovato che le strategie di sostegno avevano determinato modifiche strutturali tanto durevoli quanto quelle scaturite da approcci interpretativi. Richiamando l'attenzione sulla nostra idealizzazione dell' insight, Wallerstein notava che gli elementi interpretativi e di supporto sono sempre intrecciati e che nella terapia non vanno sottovalutati né gli aspetti di supporto, né quelli inerenti alla relazione. La successiva analisi dei dati del Menninger Project presentata da Blatt (1992) suggerì che la classificazione dei pazienti in due categorie ovvero in "introiettivi" (preoccupati di stabilire e mantenere autonomia e definizione di sé) e "anaclitici" (preoccupati dei problemi di relazione) poteva far prevedere la misura in cui il risultato positivo poteva scaturire da elementi di supporto piuttosto che da elementi interpretativi della terapia. (In molti, se non nella

maggior parte dei casi, la padronanza e l'autonomia da un lato e l'aumentata capacità di instaurare relazioni mature ed intime dall'altro sono entrambe di sostanziale importanza per il paziente e per la terapia).

Negli ultimi anni, la netta demarcazione fra l'insight conseguito attraverso l'interpretazione e il cambiamento attraverso un nuovo tipo di relazione ha portato a riconoscere che questi due meccanismi operano in maniera sinergica nella gran parte dei casi, con un maggior rilievo dell'uno o dell'altro aspetto a secondo dei pazienti. (Cooper, 1989; Jacobs, 1990; Pulver, 1992; Pine, 1998; Gabbard, 2000). Non esiste più nell'azione terapeutica una netta demarcazione tra gli aspetti relazionali ed interpretativi. L'insight sugli aspetti della relazione stessa può essere un correttivo in grado di promuovere ulteriori cambiamenti ed il contenuto degli interventi interpretativi può a volte essere meno - 52 - importante dei significati spesso inconsci, includendo i significati relazionali trasmessi nel corso dell'interpretazione (vedi Pulver, 1992; Stern, 1994; Stern ed altri, 1998). Come hanno suggerito Joseph e Anne-Marie Sandler in una elaborazione più moderna delle idee di Strachey sugli elementi non-interpretativi del cambiamento:

L'analista deve creare, con le sue interpretazioni e il modo in cui le dà, un'atmosfera di tolleranza dell'infantile, del perverso e del ridicolo, un'atmosfera che il paziente possa far diventare parte del suo modo di vedere sé stesso, e che possa interiorizzare insieme alla comprensione che ha raggiunto nel suo lavoro con l'analista (1983, p.423).

Pine (1998) afferma che non è più utile nella psicoanalisi cercare un'unica modalità di azione terapeutica. I meccanismi di cambiamento in analisi saranno sempre individualizzati, in relazione alle caratteristiche del paziente e dell'analista. Qui di seguito suggeriamo come sia possibile accettare un punto di vista maggiormente pluralistico dei meccanismi dell'azione terapeutica ma al tempo stesso diventare più sistematici nel riflettere sulle modalità in cui avviene il cambiamento in pazienti diversi in momenti diversi.

Lo spostamento dell'enfasi dalla ricostruzione all'interazione hic et nunc tra analista e paziente

Sebbene ancora utile, la ricostruzione ha oggi perso di importanza e noi spendiamo meno tempo a scavare nel passato del paziente alla ricerca di resti sepolti. La nostra attenzione è piuttosto concentrata sul modo in cui l'interazione hic et nunc tra analista e paziente fornisca un'insight sull'influenza che il passato del paziente esercita sui modelli conflittuali e sulle relazioni oggettuali del presente (Arlow, 1987; Gabbard, 1997a). A tale proposito citiamo uno dei capolavori di Freud del 1914 sul ricordare, ripetere e rielaborare. Freud osserva che ciò che non può essere ricordato sarà ripetuto in agiti nel comportamento nell' hic et nunc del paziente con l'analista. Questo concetto rappresentava il significato originale dell'acting out: i modelli delle passate relazioni d'oggetto interne e i conflitti relativi a queste relazioni si disveleranno nella relazione con l'analista, senza dover ricorrere a scavi archeologici per riportarli alla luce.

Una significativa aggiunta alla comprensione di Freud è l'accento che oggi noi poniamo sull'*enactment*, sulla responsabilità di ruolo e sui vari fenomeni che rientrano nell'ambito dell'identificazione proiettiva (Gabbard, 1995). Noi ora vediamo l'analista inevitabilmente coinvolto nella "danza" che il paziente ricrea nello studio di analisi — e focalizziamo pertanto l'attenzione sulle interazioni tra analista e paziente nell' hic et nunc. In quest'ottica, le dimensioni di transfert-controtransfert della terapia sono il piano principale in cui si svolge il dramma dell'azione terapeutica, e questi *enactment* sono sia vissuti, sia interpretati.

Da un punto di vista contemporaneo, uno degli aspetti importanti del ruolo dell'analista è costituito dall'aiuto che fornisce al paziente nel raggiungere la consapevolezza dei modelli - 53 - inconsci espressi nel suo comportamento non verbale, in modo che egli possa sviluppare una capacità di controllo e comprensione di ciò che continua a ripetere in tutte le relazioni (vedere anche Wachtel, 1997). Fonagy e Target (1996) definiscono questo processo come l'espansione della realtà psichica attraverso la mentalizzazione o lo sviluppo della capacità riflessiva. La principale modalità di azione terapeutica implica la crescente capacità del paziente di percepire sé stesso nella mente dell'analista mentre, simultaneamente, sviluppa un maggiore senso della soggettività separata dell'analista stesso. Questo modello collega l'interpersonale con l'intrapsichico ed è strettamente correlato alla nozione di Benjamin (1995), secondo la quale l'intersoggettività è un'acquisizione evolutiva in cui gli oggetti sono alla fine sostituiti da soggetti che possiedono un mondo interno separato. (Gabbard, 1997).

Sebbene molti percorsi per conseguire un cambiamento descritti da teorici contemporanei implicino interventi espliciti, la conscia padronanza delle modalità implicite e ripetitive della relazione è spesso accompagnata da cambiamenti nelle connessioni interattive ed affettive inconsce descritte da Lyons-Ruth ed altri (1998) come conoscenza relazionale implicita. Secondo Lyons-Ruth e colleghi, i cambiamenti nella conoscenza relazionale implicita possono verificarsi in "momenti di incontro" tra l'analista e il paziente, che non sono né simbolicamente/verbalmente/consciamente rappresentati né dinamicamente inconsci nel senso classico del termine. Questi momenti di incontro possono essere altresì importanti per riorganizzare l'esperienza procedurale e affettiva in un contesto di relazione (Stern ed altri, 1998; Bruschweiler-Stern,

2003).

Basandosi sia sull'osservazione clinica sia sull'analisi empirica sistematica delle trascrizioni delle ore di analisi svolte, Jones (1997, 2000) ha recentemente sviluppato un modello integrato che tiene conto sia delle interpretazioni che delle interazioni che avvengono nella relazione e che egli chiama *struttura di interazione ripetitiva*. Secondo questo modello, l'azione terapeutica avviene nel riconoscimento, nell'esperienza e nella comprensione da parte di entrambi i membri della diade analitica di uno schema di interazioni ripetitive.

Negoziazione del clima terapeutico

Con l'abbandono del concetto di "tecnica standard" consensualmente condiviso, si è sviluppata una crescente flessibilità nella pratica psicoanalitica ed un riconoscimento dell'inevitabilità — e del valore — del processo di negoziazione che ha luogo in ogni diade analitica. Greenberg (1995) definisce questo processo *matrice interattiva* e sostiene che il quadro stesso e le "regole" variano a seconda della specifica natura della soggettività dell'analista e del paziente. Nel suo scritto sui confini della professione Gabbard ha affermato che, per evitare i pericoli della rigidità difensiva, i confini del setting devono essere considerati come fluidi e correlati a fattori contestuali in una determinata diade analitica (Gabbard e Lester, 1995). Questo cambiamento non significa che "tutto va bene" nell'ora analitica. Significa tuttavia che la rigida adesione ad un orientamento tecnico che non consente di incontrare il paziente in uno "spazio" interpersonale sufficientemente confortevole per entrambi i partecipanti (spazio in grado di coinvolgere il paziente nel tipo di negoziazione interpersonale creativa che si spera - 54 - di promuovere nelle altre relazioni della persona) possa risultare spesso antiterapeutica quanto un "analisi selvaggia".

Secondo Mitchell, la negoziazione e l'adattamento reciproco sono centrali nell'azione terapeutica.

Egli afferma che:

Non esiste una tecnica o una soluzione generale, poiché ciascuna soluzione, per sua stessa natura, deve essere adattata al soggetto. Se il paziente sente che l'analista sta applicando una tecnica o mostra un atteggiamento o una posizione generica, l'analisi probabilmente non otterrà risultati. (1997, p.58).

Da questo processo di entrare nelle esperienze soggettive l'uno dell'altro, emerge ciò che Mitchell chiama "qualcosa di nuovo da qualcosa di vecchio" (p. 59), e che egli considera il meccanismo centrale dell'azione terapeutica. Seguendo un percorso simile, Hoffman (1994) ha sottolineato come l'azione terapeutica è insita in quella tensione dialettica paragonabile a quella di un lettore che decide di gettare via il libro e poi lo recupera.

Per riassumere, non esiste più in psicoanalisi un'opinione condivisa su cosa funziona e perché. In generale, la scena psicoanalitica attuale è testimone di un movimento verso una maggiore umiltà. Tale umiltà si riflette nella tolleranza per l'incertezza — sia nella letteratura professionale, sia nelle ore di terapia. Di fatto, per alcuni pazienti può avere un effetto profondamente mutativo il riconoscimento -ammesso onestamente dall'analista stesso- che l'analista non sa tutto e che per capire ciò che succede dipende dalla collaborazione del paziente.¹

I pregi di una tendenza non difensiva nei confronti dell'incertezza sono chiari, così come lo sono i pericoli della agnosia teoretica e terapeutica. È utile prendere coscienza del fatto che spesso navighiamo senza una bussola affidabile, ma non è utile essere privi di timone. In questo lavoro iniziamo ad esporre un modello operativo di azione terapeutica che integri la teoria e i dati sia interni che esterni alla psicoanalisi e che integri un atteggiamento analitico verso il significato con una tendenza sistematica verso i meccanismi e i dati sperimentali che provengono da discipline affini. Così facendo speriamo di descrivere e di collocare sotto un ombrello più ampio e più comprensivo ciò che la maggior parte di noi fa quando pratica la psicoanalisi e la psicoterapia psicoanalitica, e speriamo inoltre di considerare cosa potremmo fare se dovessimo assumere un atteggiamento più sistematico verso i vari obiettivi dell'attività terapeutica in grado di produrre cambiamenti sintomatici e caratteriali.

Una teoria dell'azione terapeutica deve descrivere sia *cosa cambia* (gli scopi della terapia) sia *quali strategie* sono più efficaci nel facilitare questi cambiamenti (le tecniche). Noi prenderemo in considerazione ciascuno dei due aspetti, e concluderemo con alcune implicazioni generali che derivano da questo modo di pensare l'azione terapeutica. Chiediamo la comprensione del lettore se la presentazione a volte può risultare più - 55 - come un abbozzo o uno scheletro teorico, privo del tessuto connettivo o della sostanza clinica ed empirica che solitamente rimpolpano un simile argomento. Il nostro scopo è di esporre i parametri di un modo di pensare relativo all'azione o alle azioni terapeutiche, che le limitazioni di spazio (e, alcuni potranno pensare, di intelletto) ci impediscono di arricchire con maggiori dettagli.

1 Paradossalmente, questa tendenza all'incertezza nello studio della terapia deve essere associata con una

tendenza scientifica della psicanalisi. La scienza è prima di tutto e principalmente orientata a strutturare e provare le ipotesi, non a stabilire certezze — o il suo pericoloso derivato, la sensazione soggettiva della certezza

Prima di iniziare, è d'obbligo un avvertimento. I lettori si chiederanno, in diversi passaggi della nostra esposizione, fino a che punto i suggerimenti tecnici da noi proposti si possano considerare analitici. Consigliamo di posticipare la risposta a questo interrogativo e di concentrarsi sul fatto se siano o non siano *terapeutici*. Se la risposta sarà affermativa, la domanda seguente sarà come integrarli nella pratica psicoanalitica o psicoterapeutica nella maniera più utile per il paziente. Chiedersi se qualcosa è analitico può essere utile, a volte, ma crediamo che possa nascondere l'insidia del controtransfert che distrae la nostra attenzione dalla comprensione dell'azione terapeutica — vale a dire, dal capire cosa è utile alle persone per cambiare aspetti del proprio carattere e formazioni di compromesso problematiche in modo da poter vivere una vita più soddisfacente.

COSA CAMBIA NELLA PSICOANALISI?

Le distinzioni nelle neuroscienze cognitive tra i sistemi impliciti ed espliciti, che sono funzionalmente e neuro-anatomicamente distinti per molti aspetti, convergono con l'enfasi posta da Freud nei suoi primi lavori sulla distinzione tra conscio e inconscio per indicare i due scopi principali dei modelli di trattamento psicoanalitico. Il primo e principale obiettivo è quello di modificare le reti associative inconse, in particolare (a) quelle che scatenano reazioni emotive problematiche, (b) quelle che scatenano strategie difensive problematiche e (c) quelle che sono alla base di modelli interpersonali disfunzionali. Il secondo scopo della terapia, che la distinzione tra processi impliciti ed espliciti ha messo in risalto, implica modelli di cambiamento consci del pensiero, dell'emozione, della motivazione e della regolazione degli affetti. I due obiettivi e gli obiettivi parziali che li costituiscono, richiedono spesso differenti tipi di intervento.

Cambiare le reti associative inconse

I recenti sviluppi delle neuroscienze cognitive hanno evidenziato l'importanza di modificare le reti associative (Westen e Gabbard, 2002a, 2002b), grazie alla fiorente letteratura sulla *memoria implicita* — memoria osservabile nel comportamento ma di cui la mente non è conscia (Roediger, 1990; Schacter, 1992, 1995, 1998). Di particolare importanza, dal punto di vista psicoanalitico, è la *memoria associativa*, un sottotipo di memoria implicita che riguarda i collegamenti inconsci tra i processi cognitivi, affettivi e psicologici che sono stati associati fra loro attraverso l'esperienza. Queste reti sono inconse sia che siano conflittuali sia che si cerchi di difendersene: non abbiamo accesso ad esse e non conosciamo mai il loro stato di relativa attivazione o disattivazione in un dato momento, il che determina gli - 56 - effetti sull'attività mentale in corso e sul comportamento (come le reazioni di transfert). Dal momento che le reti inconse guidano la maggior parte dei nostri pensieri, dei sentimenti e dei comportamenti, nella gran parte dei casi costituiranno l'oggetto su cui focalizzare principalmente l'azione terapeutica.

Un obiettivo centrale del cambiamento associativo, comune a tutti gli analisti, è costituito dai collegamenti tra affetti e rappresentazioni. Un paziente può avere sentimenti di disgusto di sé associati ad una rappresentazione del sé come cattivo, avido o sessuale. Un altro può associare la rabbia alle rappresentazioni della figura del padre o con sequenze di interazioni relazionali che rievocano le interazioni con il padre dell'infanzia, con conseguenti attivazioni di difese, formazioni di compromesso o modalità di comportamento che portano all'angoscia oppure a drammatizzare esattamente ciò che spaventa il paziente.

Un secondo tipo di cambiamento implica il cambiamento delle reti che rappresentano i desideri inconsci (Brenner, 1982). Questo è stato per lungo tempo lo scopo principale della terapia analitica per aiutare i pazienti che ripetutamente si mettono in relazioni inadeguate a comprendere cosa stanno mettendo in atto e a sviluppare desideri che li portino a relazioni più soddisfacenti. Tuttavia, mancano resoconti sia teorici sia tecnici sui modi di aiutare le persone a cambiare le motivazioni altamente gratificanti, anche se problematiche, e su cosa accade precisamente alle precedenti motivazioni una volta che una persona inizia a cercare oggetti e scopi più adattativi.

Un terzo tipo di cambiamento implica il cambiamento delle reti che costituiscono le convinzioni patogene inconse, come nel caso del timore dei pazienti relativo a cosa potrebbe accadere loro se dovessero lasciarsi andare alla felicità e al successo, ad esprimere la rabbia e così via (Weiss, 1990). In alcuni casi, la convinzione può essere un'associazione automatica, implicita, più che una fantasia ben definita. Ad esempio, un paziente può evitare l'affermazione personale in quanto nutre l'inconscia convinzione che altri sarebbero danneggiati dal suo successo. In realtà, l'affetto o la strategia regolatrice dell'affetto può essere

più o meno collegata ad una chiara fantasia. Avvicinare l'oggetto o l'atto temuto può inconsciamente causare ansia, azioni di auto-danneggiamento e difese correlate senza alcuna attivazione, implicita o esplicita, di una convinzione, di una paura o della rappresentazione di un incidente. Dal punto di vista delle neuroscienze cognitive, la relativa indipendenza funzionale e neuro-anatomica di molte aspettative implicite ed esplicite è la principale ragione del possibile fallimento di un cambiamento basato esclusivamente sull'insight.

Un quarto obiettivo del cambiamento associativo riguarda le difese e le formazioni di compromesso. Stiamo facendo una sorta di distinzione artificiosa di questa categoria dal precedente obiettivo costituito dalle convinzioni patologiche inconscie. Di fatto, molte convinzioni inconscie rivestono funzioni difensive e derivano, o costituiscono, le formazioni di compromesso. La modificazione delle difese è stata vista per molto tempo come uno degli aspetti essenziali della terapia psicoanalitica ed è stata ribadita nelle recenti teorie dell'azione terapeutica pubblicate da Gray (1990) e Busch (1995). Un obiettivo secondario dell'azione terapeutica, valorizzato dalla psicoanalisi classica, implica le formazioni di compromesso che, una volta formate, possono essere scatenate automaticamente - 57 - in situazioni simili oppure formare un prototipo o un modello utile per futuri compromessi analoghi.

Due punti sono degni di nota. Il primo è che, sebbene spesso pensiamo che gli scopi delle diverse scuole di pensiero psicoanalitico siano incompatibili o non confrontabili (ad esempio modificare le formazioni di compromesso problematiche o piuttosto i modelli di relazioni d'oggetto del paziente), la maggior parte di questi scopi può rientrare nella modificazione delle reti associative inconscie. Ad esempio, modificare le relazioni d'oggetto interne problematiche significa cambiare le reti che rappresentano persone o situazioni interpersonali significative (i paradigmi del sé in relazione con l'altro), le reazioni affettive nei confronti di persone e situazioni interpersonali significative, i modi di regolare affetti particolari nelle relazioni più strette e così via. Come vedremo, aiutare i pazienti a cambiare le relazioni d'oggetto interne stabili significa anche porre l'attenzione sulle relazioni individuali esterne, nella vita privata fuori dall'analisi che, dopo tutto, rappresentano gli obiettivi finali del cambiamento delle relazioni d'oggetto.

Un secondo punto è cosa significa alterare il funzionamento delle relazioni associative e come ciò si colleghi al concetto di cambiamento strutturale. Che il nostro scopo sia quello di cambiare le motivazioni, le convinzioni o le idee patologiche, le difese, le formazioni di compromesso o i collegamenti tra affetti e loro rappresentazioni, il cambiamento implicherebbe in ogni caso solitamente tre processi. Il primo consiste in un indebolimento dei collegamenti tra i nodi di una rete che sono stati attivi insieme per anni o decenni, e un generale abbassamento dei loro livelli di attivazione cronica (vale a dire, la loro tendenza ad assimilare nuove esperienze per influenzare quindi l'attività mentale). In conformità con i modelli connettivistici delle neuroscienze cognitive, che condividono molte caratteristiche con il modello delle reti associative implicitamente ed esplicitamente enunciate da Freud (Westen e Gabbard, 2002a), le rappresentazioni non sono "cose" conservate nella memoria ma connessioni tra unità mentali (idee, ricordi, sensazioni, affetti e così via) che "si accendono insieme".

Le rappresentazioni, in quest'ottica, sono i *potenziali per la riattivazione* — ossia modelli di accensione neurale che si sviluppano in determinate condizioni basate sui precedenti livelli di attivazione. Una rappresentazione che riveste un ruolo importante e ricorrente nella vita psichica del paziente (ad esempio, una rappresentazione dell'interazione fra sé e un'autorità critica, che porta il paziente ad interpretare commenti relativamente benevoli come critiche oppure ad "attaccare per primo" e ribellarsi) è un potenziale che è stato attivato molte volte in precedenza (o forse recentemente, con conseguente aumento del livello di attivazione) e quindi esiste ad un elevato stato di potenzialità.

Pertanto, i cambiamenti associativi richiedono l'indebolimento dei collegamenti tra i processi mentali che sono stati collegati associativamente. In secondo luogo i cambiamenti strutturali nelle reti associative implicano la creazione di *nuovi* collegamenti associativi o il rafforzamento dei collegamenti che prima erano troppo deboli.

Una terapia che porta un cambiamento strutturale non annulla o sostituisce completamente le vecchie reti, cosa neurologicamente impossibile da conseguire nella maggior parte dei casi. Piuttosto, un cambiamento duraturo richiede una relativa disattivazione dei collegamenti problematici nelle reti attivate e l'attivazione di connessioni nuove, più adattative, in modo che il paziente tenderà a trovare nuove, - 58 - più adattative soluzioni di compromesso. Se le circostanze sono molto potenti — ossia se producono attivazione delle reti "in via di disattivazione" — si possono osservare dinamiche "regressive" anche in pazienti ben analizzati. Si può sperare, tuttavia, che un paziente che ha raggiunto ciò che noi consideriamo un cambiamento strutturale abbia imparato a riconoscere consciamente queste dinamiche, a capire il significato del loro riemergere e ad utilizzare questa conoscenza conscia e la capacità di auto-analisi per riportarle sotto controllo o per chiedere un ulteriore aiuto.

Pertanto, dal punto di vista che integra i concetti psicoanalitici di affetto, motivazione e conflitto con un modello connettivista di rappresentazione, il cambiamento strutturale è una questione di grado e dipende da molti fattori. Il primo è la durata dei cambiamenti nelle reti associative di fronte a quelle circostanze della vita

che possono esercitare una forte pressione verso vecchie soluzioni. Ciò dipende dalla forza di tali circostanze, che possono essere più o meno sotto il controllo del paziente. Il secondo fattore è il grado in cui i cambiamenti delle reti associative risultano incisivi e clinicamente significativi nel loro impatto sui precedenti modelli disfunzionali. Il terzo è la capacità del paziente di riflettere consciamente su di sé, che gli consente di superare le dinamiche inconsce, una volta riconosciute. In questo senso, il paziente non riesce a produrre un cambiamento strutturale poiché non c'è una singola struttura. Ciò che noi chiamiamo cambiamento strutturale è sempre relativo ad un modello o ad una dinamica persistente che interferisce con la capacità di amare e lavorare del paziente. Il grado in cui consideriamo strutturale un cambiamento dipende da quanto è duraturo, da quanto è importante per la vita delle persone e da quanto è passibile di controllo cosciente quando le circostanze attivano "spinte" regressive verso vecchie reti.

Modificare modelli consci di pensiero, sentimento, motivazione e regolazione degli affetti

Una questione cruciale che sta iniziando ad emergere nella letteratura sperimentale su pensiero, sentimento e motivazione impliciti è che né i processi consci né quelli inconsci possono essere dati per scontati da un punto di vista terapeutico (Westen 1999, 2000). Molte difese, ad esempio, diventano automatiche, così come gran parte della conoscenza procedurale (conoscenza relativa al "come fare qualcosa" oppure abilità — in questo caso, procedure per regolare gli affetti inconsciamente) a livello dei gangli basali (strutture sub-corticali sempre più implicate nella conoscenza procedurale) così come nei circuiti inibitori della corteccia prefrontale ventromediale. Al contrario, le strategie cosce di regolazione degli affetti (spesso definite strategie di coping), come il non concentrarsi su di sé, implicano funzioni esecutive associate con la memoria (memoria momentanea disponibile per la manipolazione conscia), che è anch'essa sotto il controllo dei circuiti della corteccia prefrontale dorsolaterale. Le procedure tecniche più adatte a produrre cambiamenti nelle strategie cosce ed inconsce di regolazione degli affetti possono di volta in volta essere diverse, in quanto dirette a cambiare strutture che non sono distinte soltanto dal punto di vista funzionale ma anche neuroanatomicamente. Si può affermare la stessa cosa per il cambiamento dei processi consci del pensiero, che possono differire qualitativamente dai pensieri e dalle fantasie inconsce. Oltre al - 59 - cambiamento delle reti associative inconsce, un altro obiettivo dell'azione terapeutica sono i modelli consci di pensiero, degli affetti, della regolazione degli affetti e della motivazione.

Per anni abbiamo ritenuto che gli interventi più importanti mirassero ai processi "più profondi", vale a dire l'inconscio più profondo (vedere Wachtel, 1997). In parte questo assunto ha molto senso dal punto di vista clinico. L'esperienza clinica suggerisce che il centrare l'attenzione principalmente su pensieri o sentimenti consci (come nella terapia cognitiva per la depressione) tenda a produrre solo cambiamenti di breve durata ed un attento esame dei dati della ricerca su questi trattamenti conferma questa opinione (Westen e Morrison, 2001). Studi recenti di neuroscienze cognitive suggeriscono la ragione per cui ciò accade: i processi impliciti sono psicologicamente e neurologicamente differenti da quelli espliciti, così che considerare solo quei processi di cui si ha consapevolezza conscia significa lasciare intatte molte importanti reti associative.

Per certi aspetti, tuttavia, la relativa mancanza di attenzione ai processi consci negli scritti psicoanalitici - sia sull'azione sia sulla tecnica terapeutica- è paradossale, data "l'implicita" importanza data da Freud alla coscienza, riscontrabile nella sua affermazione riguardo al rendere conscio l'inconscio. La coscienza senza dubbio si è evoluta perché serviva una o più funzioni. Una funzione primaria della coscienza è di fornire all'organismo la capacità di ignorare le "procedure operative standard" codificate nelle reti associative implicite e di "reimpostare" alcuni dei parametri di tali reti (la forza delle connessioni tra le unità collegate) mediante una riflessione conscia ed azioni che modificano le esperienze successive (vedere Horowitz, 1999). In effetti, i dati della ricerca sperimentale mostrano che quando non si pensa consciamente alle proprie motivazioni, si è guidati da motivazioni implicite, ma quando si presta un'attenzione conscia alle proprie motivazioni, le mete cosce — che hanno origini e correlati evolutivi molto differenti — tendono a regolare le azioni (McClelland ed altri, 1989). Dal momento che i pensieri consci ed inconsci, i sentimenti, le motivazioni e le strategie di regolazione degli affetti possono differire, è ragionevole ritenere che un approccio terapeutico completo — e una teoria esauriente dell'azione terapeutica — dovrebbe essere indirizzato ai processi sia consci sia inconsci. Una maggiore attenzione ai processi consci è uno dei criteri che spesso utilizziamo per distinguere la psicoanalisi dalla psicoterapia psicoanalitica. Tuttavia, la misura in cui si possa, o si debba, prendere in considerazione anche i processi consci nella psicoanalisi è un argomento che merita un'attenta considerazione.

Molti processi consci sono meritevoli di attenzione terapeutica. In primo luogo, la terapia può vertere sui processi consci del pensiero. Una paziente, ad esempio, si struggeva con il pensiero di un uomo che lei aveva sperato si dichiarasse e che invece l'aveva respinta. L'anno successivo trascorrevla la maggior parte

dei suoi momenti consci a rimuginare su cosa avrebbe potuto dire, su cosa lui aveva voluto dire quando aveva affermato certe cose e così via. Con il trascorrere del tempo la paziente giunse a capire che la sua tendenza a rimuginare era una strategia difensiva che un tempo le aveva consentito di sostenere l'incertezza causata dalla relazione con un genitore a tratti violento. Questo lavoro orientato verso l'insight mirava ad esaminare la funzione inconscia del rimuginare, legato alla sua eziologia. Contemporaneamente, tuttavia, il terapeuta la aiutava a distinguere le modalità della riflessione su di sé conscia: l'*introspezione* - 60 - volta ad esaminare le esperienze del passato o del presente con un atteggiamento di curiosità, di esplorazione e la possibilità di cambiamento nel futuro e la *rimuginazione*, che indugia sul passato con tendenza al rimpianto. La prima con ogni probabilità conduce ad un senso di liberazione da precedenti costrizioni emozionali, mentre la seconda è destinata ad intrappolare ulteriormente il paziente in queste costrizioni ed a perpetuare l'ansia e la depressione. Infatti, questa distinzione si mostrò molto utile per la paziente nella regolazione delle spirali dell'affetto negativo, quando sorprendendosi a rimuginare, ha cominciato a cambiare atteggiamento chiedendosi a cosa servisse in quel momento (ad esempio, "Che cosa sto evitando?", "Come mi sentirei se non stessi rimuginando?" e "A cosa è *preferibile* questa rimuginazione?"). In effetti, l'esplorazione di questa dinamica conscia portò ad una migliore comprensione della modalità in cui inizialmente aveva usato la terapia analitica al servizio del suo rimuginare (e quindi dell'auto-flagellazione) piuttosto che del cambiamento.

Come suggerisce questo esempio e come la ricerca empirica documenta ampiamente (Power e Dagleish, 1997), i pensieri consci possono amplificare i sentimenti, il che può portare ad intraprendere o ad evitare azioni che influiscono profondamente sulla propria vita. Ciò accade frequentemente nei pazienti con dinamiche autodistruttive, le cui attitudini cosce e inconse contro sé stessi contribuiscono al loro fallimento nell'ottenere o mantenere lavori, relazioni e così via. Nonostante la mancanza di una logica teorica esplicita, pensiamo che la maggior parte degli analisti e dei terapeuti ad indirizzo analitico richiama l'attenzione dei pazienti depressi sulla modalità con cui si rimproverano coscientemente, si attendono il peggio, disconoscono le proprie capacità e così via. Sebbene questa pratica difficilmente porti al cambiamento delle reti inconse, può essere utile per interrompere le spirali di autodistruzione e consente ai pazienti di prendere decisioni per una vita migliore, il che può influire sul raggiungimento di una futura felicità.

Un secondo obiettivo dell'azione terapeutica è rappresentato dagli stati consci degli affetti. Centrare l'attenzione sugli stati consci degli affetti può produrre degli sforzi per modificare la frequenza o l'intensità di particolari sentimenti, aiutando il paziente a riconoscere e tollerare sentimenti contraddittori (ad esempio, odio e amore verso la stessa persona (Kernberg, 1975), oppure aiutarlo a tollerare sentimenti sgradevoli. (Krystal, 1977). Il più delle volte, infatti, i pazienti arrivano con lo scopo esplicito di ridurre gli stati emozionali negativi, come angoscia e depressione. Altre volte, comunque, uno scopo terapeutico può essere quello di aumentare, piuttosto che ridurre, la consapevolezza di particolari emozioni, come, nel caso di una persona passiva e che non sa farsi valere, aiutarla a diventare consapevole della sua rabbia.

A tale proposito, uno scopo importante di molti trattamenti consiste nell'aiutare i pazienti ad imparare a tollerare emozioni quali l'angoscia in modo da poterle usare come segnali (Siegel e Rosen, 1962). Da un punto di vista evolutivo, la funzione degli affetti è quella di dirigere il pensiero e il comportamento in direzioni che incoraggino l'adattamento, e la tendenza cronica ad evitare affetti specifici o emozioni in generale (come in molti pazienti ossessivi) lascia l'individuo privo del timone essenziale per navigare nella vita ed in particolare nella vita sociale (Westen, 1985, 1997). Bechara ed altri (1994) hanno descritto le difficoltà che spesso i pazienti con danni all'amigdala o alla corteccia prefrontale ventromediale hanno nel fare scelte di vita. Sebbene la loro - 61 -

capacità di pensare sia intatta, l'incapacità ad immaginare o a fare uso delle conseguenze affettive delle proprie azioni li rende, come molti psicopatici, incapaci di prendere decisioni che proteggano gli interessi loro e degli altri.

Un terzo obiettivo dell'azione terapeutica sono le strategie cosce che si usano per regolare le proprie emozioni, solitamente riportate nella letteratura psicologica come strategie di coping. Sebbene noi non sempre possiamo occuparci esplicitamente di questi processi, i cambiamenti nelle strategie cosce di coping spesso forniscono un indice del cambiamento, come quando un paziente inizia a mostrare una maggiore capacità ad usare l'umorismo per far fronte a realtà spiacevoli, in particolare riguardanti sé stesso. Altre volte, specialmente in pazienti con gravi disturbi della personalità, privi di capacità di base di regolazione degli affetti, le strategie di coping cosce possono rappresentare un obiettivo esplicito dell'azione terapeutica (vedere Westen, 1991; Linehan, 1993). In verità, questo era ritenuto un fondamento centrale nella psicologia dell'io della metà del ventesimo secolo (ad esempio, Redl e Wineman, 1951).

Un obiettivo finale dell'azione terapeutica sono le motivazioni cosce che guidano i comportamenti delle persone quando la loro coscienza è impegnata in attività dirette verso uno scopo. Nella misura in cui queste motivazioni sono scarsamente adattative o riflettono formazioni di compromesso inconse, o nella misura in cui possono indurre le persone a comportamenti decisamente dannosi per il loro benessere, dovrebbero

diventare obiettivi della terapia allo stesso modo in cui lo sono le motivazioni inconse. Più spesso, naturalmente, il nostro fine è di portare alla coscienza motivazioni che sono inconse in modo che il paziente possa fare scelte più consapevoli su cosa intende fare, quali messaggi vuole trasmettere e così via.

Tecnica: strategie per favorire il cambiamento terapeutico

Avendo fornito un primo approssimativo abbozzo degli obiettivi principali del cambiamento terapeutico, passiamo ora ad un'analisi delle strategie tecniche che possono risultare utili per promuovere cambiamenti. Come speriamo di mostrare, descrivere dettagliatamente la molteplicità di obiettivi dell'azione terapeutica può essere utile nel richiamare l'attenzione sui molti modi in cui è possibile procedere dal punto di vista terapeutico. Focalizziamo la nostra attenzione su tre classi di intervento: quelli mirati a favorire l'insight, quelli che derivano da aspetti della relazione terapeutica e alcune "strategie secondarie" quali l'esposizione e la *self-disclosure*. I primi due sono fondamentali nella psicoanalisi vera e propria, mentre le strategie secondarie sono più strettamente collegate alla psicoterapia, ma nessuno dovrebbe essere considerato di pertinenza dell'una o dell'altra in maniera esclusiva.

Favorire l'insight

Le due principali tecniche per favorire l'insight, naturalmente, sono l'interpretazione e la libera associazione. La libera associazione è utile per due - 62 - ragioni principali.² La prima ragione, come sottolineò Freud, è che essa offre la possibilità di vedere le difese in azione, gettando di tanto in tanto uno sguardo su cosa ci sta dietro (quando il paziente sta associando liberamente) e osservando le circostanze nelle quali emerge la resistenza (quando il paziente non è in grado di associare liberamente). La seconda, correlata, è che le associazioni libere consentono al paziente e all'analista di tracciare una mappa delle reti associative inconse del paziente e di esplorarle — lavorare insieme come cartografi della mente per creare un modello delle reti che portano il paziente a pensare, sentire ed agire in determinati modi, in diverse circostanze. Il discorso conscio, orientato verso un obiettivo, può interferire con questo processo poiché la cognizione conscia opera con principi diversi rispetto al pensiero associativo inconscio. Uno degli effetti salutari dei recenti sviluppi nelle neuroscienze è il supporto empirico che esse "implicitamente" forniscono a questa fondamentale tecnica psicoanalitica.

L'interpretazione, la seconda tecnica, può essere diretta ad un gran numero di eventi mentali quali desideri, paure, fantasie ed aspettative; difese e formazioni di compromesso; conflitti; modelli di transfert; modelli relazionali dedotti dalle descrizioni narrative di eventi interpersonali dei pazienti che non hanno analogie dirette nella relazione terapeutica; sentimenti indotti nell'analista dalla pressione interpersonale del paziente; e collegamenti tra pensieri e sentimenti o tra elementi di reti associative che il paziente non ha riconosciuto o non ha voluto riconoscere.

L'interpretazione focalizzata in modo specifico e sistematico sui temi del transfert è, naturalmente, una delle caratteristiche tipiche della psicoanalisi che la contraddistingue dalla psicoterapia psicoanalitica. Gli approcci psicoterapeutici possono implicare l'interpretazione dei fenomeni di transfert, ma in modo spesso più attenuato, meno approfondito e sistematico. La psicoanalisi si basa maggiormente su un tipo di approccio che spinge al limite la comprensione del transfert (Gabbard, 2001; Greenberg, 2001). Mediante l'interpretazione del transfert gli analisti aiutano i propri pazienti a reintegrare quegli aspetti che sono stati negati in modo difensivo attraverso l'identificazione proiettiva (Steiner, 1989). A tale proposito, parte dell'azione terapeutica del lavoro analitico è di aiutare i pazienti a vivere nella loro pelle (Gabbard, 1996) attraverso l'interpretazione sistematica dei fenomeni di transfert.

L'esplorazione e l'interpretazione di procedure implicite, come i processi difensivi, può a volte portare alla scoperta di ricordi inconsci (rimossi), che Freud considerava lo scopo principale dell'esplorazione del passato. Tuttavia questa non può essere la modalità centrale dell'azione terapeutica nella maggior parte dei trattamenti. - 63 -

² La libera associazione è una tecnica priva di base teorica in molte scuole di psicoanalisi. Da un punto di vista relazionale, ad esempio, non sono chiari i motivi che portano ad utilizzare la libera associazione, dato che può essere una sorta di impresa solipsistica e certamente una forma socialmente peculiare di interazione con una persona con cui si spera di instaurare una relazione significativa.

"La relazione" quale veicolo dell'azione terapeutica

Nella nostra rassegna sulle tendenze attuali nella comprensione dell'azione terapeutica, abbiamo notato un vasto consenso sull'importanza del ruolo della relazione terapeutica stessa nell'azione terapeutica. È importante specificare, tuttavia, quali aspetti della relazione influenzano quali obiettivi del cambiamento terapeutico.

In primo luogo è centrale, dal punto di vista relazionale attuale, la nozione che rimanda al concetto di esperienza emozionale correttiva, secondo la quale sperimentare un differente tipo di relazione può essere un percorso importante per il cambiamento terapeutico. Dal punto di vista attuale, ciò comporta la modificazione delle reti associative, inclusi i desideri, le paure, le motivazioni e le strategie difensive che possono essere associativamente collegate alle rappresentazioni di oggetti, situazioni o azioni.

Un secondo modo in cui la relazione può contribuire al cambiamento è mediante l'interiorizzazione della funzione, grazie alla quale il paziente sviluppa la capacità di eseguire una funzione sino ad allora esterna, come quando un paziente impara a consolarsi interiorizzando le ripetute esperienze di azioni consolatorie effettuate dal terapeuta. (Adler e Buie, 1979). In alcuni casi questo processo può iniziare con la formazione di una rappresentazione del terapeuta che il paziente usa consciamente quando è inquieto e che poi, gradualmente, utilizzerà automaticamente ed inconsciamente. Tuttavia, l'interiorizzazione della funzione spesso non richiede l'uso di una rappresentazione conscia del genere. I modi che i pazienti usano per interiorizzare gli aiuti terapeutici e creare ricordi procedurali che possono essere attivati consciamente ed in seguito inconsciamente sono meritevoli di un'attenta riflessione e ricerca.

Una terza modalità per cui la relazione può essere terapeutica si ha quando il paziente interiorizza gli atteggiamenti affettivi del terapeuta. Per molti pazienti questo comporta l'attenuazione di un superlo ipercritico, come quando per esempio il paziente inizia ad interiorizzare l'atteggiamento di interesse e di esplorazione verso materiale precedentemente vissuto con vergogna o considerato "cattivo", o quando il paziente interiorizza un atteggiamento esplicitamente più moderato verso i propri impulsi o azioni. Ciò può accadere grazie ad espliciti commenti del terapeuta o mediante gesti, intonazioni ed altre forme di comunicazione che possono essere registrate in maniera implicita o esplicita. Non è chiaro e necessita di essere studiato fino a che punto i percorsi impliciti ed espliciti del cambiamento terapeutico contribuiscono a modificare le reti associative durevoli e i modelli consci dell'attività mentale. 3

Una quarta modalità che può rendere la relazione uno strumento attivo di cambiamento è rappresentata dall'interiorizzazione della strategie cosce di riflessione su di sé — vale a dire, quando il paziente gradualmente diventa l'analista di sé stesso. Ciò può accadere in parte mediate semplici processi di apprendimento tramite l'osservazione, sebbene, come ha osservato Fonagy, una strada cruciale per il cambiamento terapeutico può essere la crescente capacità del paziente di "trovare sé stesso nella mente del terapeuta" (1999, p. 51). Tutti questi aspetti dell'interiorizzazione sono basati sullo sviluppo di una relazione - 64 - terapeutica nella quale il paziente si senta abbastanza sicuro da esplorare la propria mente in presenza di un altro.

3 Una larga parte della ricerca socio-psicologica sui percorsi centrali (diretto, razionale) e periferici (implicito, affettivo) verso il cambiamento dell'attitudine può essere di una certa rilevanza per questo argomento (vedere Eagly e Chaiken, 1998).

Infine, nei modelli psicoanalitici di trattamento, un uso fondamentale della relazione consiste nell'identificazione degli importanti paradigmi del transfert e del controtransfert. Poiché molti modelli relazionali riflettono associazioni e procedure implicite, se ne è solitamente poco consapevoli. In altri casi si è inconsapevoli di questi modelli a causa di conflitti e di difese rispetto al conoscerli. Questo è un esempio in cui è utile distinguere le spiegazioni cognitive, riguardanti in questo caso la mancanza di accesso cosciente alle procedure implicite, dalle spiegazioni dinamiche, che implicano la motivazione. In questo caso si può parlare di spiegazioni complementari più che concorrenziali.

Dovrebbe essere chiaro da questa discussione che non stiamo affermando che l'analista può cambiare il mondo interno del paziente semplicemente essendo *diverso*. La nozione secondo la quale essere diversi possa essere trasformativo ha una storia lunga e controversa nella letteratura psicoanalitica e ci riporta almeno al lavoro classico di Strachey (1934) sull'azione terapeutica. Strachey affermò che l'analista dovrebbe evitare qualsiasi comportamento che possa far ricordare il "cattivo" arcaico introiettato, poiché egli sarebbe allora meno distinguibile da quell'oggetto e l'interpretazione diverrebbe meno mutativa.

Da un punto di vista più attuale, il punto cruciale è che l'analista (o la situazione analitica) sia non solo diverso da un oggetto del passato, ma per certi aspetti *simile* ad esso.

Da un punto di vista connettivista, le caratteristiche dell'analista o della situazione analitica devono

essere abbastanza simili ai prototipi del passato per riattivare le reti essenziali e poterle rielaborare. A volte, le reti riattivate del paziente spingono l'analista ad enactment che possono risultare cruciali per entrambi, paziente e analista, per capire e trasformare. Ad esempio, in un caso l'analista inconsapevolmente si trovò a compiere un agito sentendosi provocato dall'attitudine della paziente a spendere, in modo da mettere in rischio la possibilità di continuare a pagare l'analisi, ed iniziò a criticarla per l'irresponsabilità, in una maniera che ricordava alla paziente le critiche ripetute della madre. Interrompendo questo complesso "copione", in cui si era calato nel ruolo della madre, l'analista aiutò la paziente a riconoscerlo, a fare nuove associazioni in un dialogo aperto con un altro intimo (essendo capita piuttosto che criticata o attaccata) e a sviluppare nuovi compromessi per regolare importanti affetti.

Strategie secondarie

I principali veicoli di cambiamento in psicoanalisi sono la relazione terapeutica e l'acquisizione di insight o comprensione. Nella psicoterapia psicoanalitica sono comuni una serie di altre modalità di azione terapeutica. Molte strategie secondarie sono in grado, se usate in maniera attenta, di contribuire in misura sostanziale ad importanti cambiamenti, anche quelli che noi consideriamo cambiamenti strutturali, e quindi dovrebbero essere incluse in qualsiasi discussione sull'azione - 65 - terapeutica. Alcune di queste strategie possono (o potrebbero) funzionare anche in psicoanalisi, almeno in certi momenti con determinati pazienti mentre a volte vengono scartate in maniera inappropriata con l'accusa di essere marginali rispetto al "vero" lavoro dell'analisi.

La prima classe di interventi coinvolge varie forme di confronto che implicano impliciti o espliciti suggestioni al cambiamento. Freud rifiutò sin dall'inizio l'idea che la psicoanalisi potesse contenere elementi di suggestione, sia perché voleva distinguere la psicoanalisi dall'ipnosi, sia perché era consapevole dei limiti delle cure ipnotiche. Tuttavia la suggestione è ancora una parte importante della tecnica analitica ed un inevitabile sottoprodotto dell'autorità dell'analista (Levy e Inderbitzin, 1997). Ad esempio, molti commenti interpretativi che includono elementi di confronto richiamano l'attenzione del paziente sui modelli di comportamento, in particolare sui modelli relazionali non adattativi, con un suggerimento implicito o esplicito al fatto che questi modelli sono problematici e può essere necessario cambiarli (Raphling, 1995). In effetti, il semplice atto di esplorare un insieme di associazioni o di problemi piuttosto che un altro fornisce al paziente informazioni sugli aspetti della sua vita mentale o del suo comportamento che noi consideriamo degni di attenzione e, di conseguenza, sugli aspetti che noi riteniamo essere causa di problemi e sui quali egli potrebbe voler lavorare (vedere Wachtel, 1993). Persino un commento neutro come "Mi chiedo cosa significa..." implica la presenza di qualcosa da capire che è degno di attenzione terapeutica e che può richiedere un cambiamento.

Non è chiaro quali siano le condizioni nelle quali bisognerebbe essere impliciti o espliciti sui modelli che consideriamo problematici per i nostri pazienti (e che quindi speriamo possano cambiare nel tempo). Tuttavia gli analisti si sbaglierebbero se fossero convinti di stare semplicemente esplorando libere associazioni, e di lasciare che il paziente scelga autonomamente, mentre in realtà strutturano la situazione in modo tale da renderla problematica se il paziente non cambia. Il pericolo di rendere espliciti i nostri punti di vista sta nel fatto che il paziente può iniziare a scaricare sull'analista un lato del conflitto e a percepire l'analista (a ragione, in alcuni casi) come controllante o critico. Il pericolo opposto, che può verificarsi quando le nostre convinzioni sono chiare ma inconse e ce ne difendiamo perché in conflitto con i nostri canoni teorici, è che nella stanza d'analisi stia di fatto accadendo qualcosa che implica la suggestione e la persuasione ma di cui non è possibile discutere a causa delle convinzioni (e delle difese) dell'analista nei confronti dell'essere direttivi — questo evento confluisce quindi in quella quota di esperienza della diade analitica che resta sconosciuta.

Una seconda forma di intervento non molto considerata dalla maggior parte delle teorie di azione terapeutica in psicoanalisi è il confronto rispetto ai convincimenti disfunzionali, che può a volte essere tanto importante quanto il confronto rispetto ai comportamenti problematici, alle difese e alle formazioni di compromesso (Weiss, 1990). Sebbene questa sia una parte esplicita della terapia cognitiva, l'analista la usa regolarmente in maniera implicita o esplicita. La semplice esplorazione di un convincimento o di un modo di vedere sé stesso che l'analista considera meritevole di attenzione è un indizio per il paziente che l'analista possa non essere d'accordo con un suo punto di vista. L'esame e il confronto sui convincimenti disfunzionali o irrazionali è un'inevitabile componente di qualsiasi buona psicoterapia per la depressione - 66 - e l'angoscia, a prescindere dalle basi teoretiche della terapia, poiché gli stati depressioni e ansiosi inducono pensieri che perpetuano la disforia, e quindi necessitano di essere presi in considerazione in modo diretto.

Una terza classe di strategie secondarie ha a che fare con l'aiuto al paziente rispetto alle strategie per la soluzione dei problemi consci (*problem solving*) o la capacità di prendere decisioni (*decision making*).

Solitamente associamo interventi “direttivi” di questo tipo con il trattamento di gravi disturbi della personalità che presentano serie difficoltà a mentalizzare. Tuttavia, anche pazienti che funzionano bene possono beneficiare della collaborazione esplicita dell'analista. Interventi di questo genere, benché non tipicamente “analitici”, possono avere un doppio effetto benefico. Primo, possono aiutare una persona a fare scelte di vita più adeguate, che influenzeranno le scelte successive. Ad esempio, una paziente che lavorava in un ambito accademico, infuriata con il direttore del dipartimento per motivi sia reali sia transferali, era intenzionata ad andare nel suo ufficio, subito dopo la seduta, per confrontarsi con lui in un modo che sarebbe risultato disastroso per la sua carriera. L'analista interruppe il suo piano analizzando sia i motivi della sua rabbia sia la sua risposta auto-distruttiva (che era in parte una riparazione per la rabbia), e grazie alle strategie di *problem solving* riuscì a rivolgersi al direttore e a esporre i suoi problemi in modo da raggiungere le proprie mete cosce, senza mettere in atto quelle inconsce, meno adattative. La paziente continuò ad interagire con il direttore con una modalità che non solo le consentì di vedere accolte le sue richieste e di evitare la fine della sua carriera, ma smentì anche la sua previsione, profondamente radicata, sui disastri che avrebbero accompagnato l'affermazione di sé, facendole vivere un'esperienza di competenza in un genere di confronto che sarebbe stato inimmaginabile senza un esplicito “addestramento”. Come suggerisce questo esempio, aiutare i pazienti a risolvere un problema può essere utile per imparare a risolvere meglio altri problemi in futuro, in particolare quando gli affetti coinvolti sono forti ed il ragionamento può essere compromesso. Va sottolineato il fatto che questa paziente non soffriva di gravi disturbi della personalità e che malgrado ciò un intervento “direttivo” di quel genere si è rivelato estremamente utile per lei.

Una quarta strategia, l'*esposizione*, è il più potente meccanismo di cambiamento nelle terapie comportamentali, in particolare negli stati di ansia. Con esposizione si intende mettere il paziente a contatto con lo stimolo o la situazione che provoca in lui paura e indurlo ad affrontarli fino a non provare più ansia — e quindi a rompere, diminuendone la forza oppure modificandoli, i nessi associativi. Nel caso del panico, ad esempio, i ricercatori cognitivo-comportamentali hanno ottenuto notevoli successi affrontando la *paura della paura* che sviluppano i pazienti che soffrono di panico, e che li rende estremamente vigili verso qualsiasi segnale di nervosismo. Questa attenzione esasperata li porta ad amplificare la loro ansia e spesso a successivi attacchi di panico (vedere Barlow, 2002). Studi sperimentali suggeriscono che l'associazione tra stati interni (come il respiro affannoso) e l'ansia per un potenziale attacco di panico può, nel tempo, connettersi a livello sub-corticale (interessando il talamo e l'amigdala) e che questi collegamenti associativi possono essere difficilmente soggetti a trattamenti verbali, o “cerebrali” come la psicoanalisi, a meno che l'insight del paziente riguardo al suo problema lo conduca ad affrontar - 67 - la causa della sua paura. Gli analisti, da Freud in poi, hanno notato che nei pazienti fobici si registrano progressi minimi, se non affrontano la situazione temuta. (Gabbard e Bartlett, 1998).

L'efficacia della ricerca comportamentale che utilizza l'esposizione per i casi di panico, di semplici fobie e di disturbi ossessivo-compulsivi (Dutra ed altri, 2001; Westen e Morrison, 2001) presenta delle sfide che la psicoanalisi dovrà affrontare negli anni a venire. I pazienti in analisi presentano spesso situazioni di evitamento riguardo a molte aree della loro vita (incluse le reti che evitano nel fare libere associazioni sul lettino), e l'evitamento si autorinforza (ad esempio, tiene a bada l'ansia, il che a sua volta rinforza l'evitamento di pensieri, ricordi o situazioni associate all'ansia o ad altre forme di emozioni negative). Il modello dell'esposizione può essere utile se pensiamo in termini di relazioni d'oggetto sugli affetti associati a rappresentazioni negate, come nel caso di un paziente depresso che attivamente tiene lontane le rappresentazioni di sé positive. Molti pazienti depressi temono sentimenti di orgoglio e di realizzazione, e respingono attivamente il riconoscimento sia degli altri che di se stessi. Fino a che punto sia meglio indagare sul significato della difesa o indurre il paziente a prendere in considerazione e a recuperare le rappresentazioni positive di sé negate, oppure una combinazione delle due è una questione ancora aperta. Per alcuni pazienti può accadere che, a meno che il terapeuta non intervenga più attivamente, abbia la meglio la naturale tendenza ad evitare ciò che fa paura, per quanto si cerchi di analizzare le difese (o che ci si riesca solamente dopo un periodo assai lungo nel quale il paziente rimarrà ancorato ai sintomi o ad azioni con conseguenze irrimediabili — come nel caso di un assistente universitario con un contratto a tempo che si presenta per chiedere un aiuto per un blocco alla scrittura che minaccia il felice proseguimento della sua carriera).

Molti interventi psicoanalitici di fatto si basano sull'esposizione (Wachtel, 1997). In effetti la psicoanalisi all'origine è stata in larga misura una forma di terapia di esposizione, sul presupposto che mettere i pazienti in contatto con ricordi rimossi (e più tardi, nel pensiero di Freud, con fantasie proibite) fosse essenziale per liberarli dalle catene della loro infanzia. La diminuzione nel tempo delle angosce da transfert è in parte correlata all'esposizione che consente ai pazienti di riconoscere come non realistiche le loro paure di essere criticati o umiliati. Come hanno sottolineato Fonagy e Target (2000), aiutare i pazienti a distinguere le convinzioni dai fatti e i fatti dalle fantasie è una forma di esposizione, in cui l'analista prende atto della realtà psichica di paura del paziente e allo stesso tempo gli fornisce una prospettiva alternativa che trasmette

sicurezza.

Una quinta classe di interventi “secondari” implica forme di ‘*self-disclosure*’. Questa tipologia di interventi può essere particolarmente importante per quei pazienti le cui relazioni di attaccamento hanno condotto a schemi incoerenti di relazione — vale a dire, le cui figure di attaccamento erano così imprevedibili che il bambino non poteva capire o prevedere il loro comportamento. In casi del genere, una parziale ‘*self-disclosure*’ può essere fondamentale per aiutarli a imparare a capire meglio gli altri, a mantenere la fiducia, e a mostrare loro un diverso modello di espressione emozionale e di intimità. Una moderata *self-disclosure* può anche promuovere la mentalizzazione (Gabbard, 2001b), migliorando la funzione riflessiva del paziente. Ad esempio, condividendo un sentimento con il paziente, l'analista può aiutarlo a vedere che la sua percezione di cosa prova l'analista è solo una *rappresentazione* con la quale si può interagire e che può essere compresa - 68 - La discussione sulla *self-disclosure* ci porta alla sesta modalità di azione terapeutica, *il bisogno di conferma*. Come ha affermato Killingmo (1989), i pazienti che hanno vissuto gravi traumi infantili possono vivere le osservazioni del terapeuta come invalidanti la loro esperienza soggettiva, nello stesso modo in cui accadeva con i genitori (vedere anche Linehan, 1993). I concetti di accettazione e di conferma sono stati per molto tempo al centro delle teorie dell'azione terapeutica fuori dall'area psicoanalitica (Rogers, 1959) ed hanno iniziato ad essere “accettate” nella letteratura psicoanalitica dalla loro introduzione da parte di Kohut (1971). La conferma empatica del punto di vista del paziente, tuttavia, deve essere integrata alla fine da una prospettiva “esterna” da parte dell'analista che presenti un diverso punto di vista (Gabbard, 1997b; Goldberg, 1999).

Un'ultima classe di strategie secondarie interessa quelle che possiamo chiamare strategie *facilitative* — interventi che aiutano il paziente a collaborare maggiormente con l'analista o il terapeuta in modo da rendere più facile la comprensione del proprio mondo interno. Queste strategie vanno dall'introduzione di forme normali di cortesia sociali che rendono gradevole una conversazione all'uso dell'umorismo, dai commenti di tipo pedagogico (ad esempio, spiegare al paziente perché può essere utile concentrarsi su ciò che accade nella stanza d'analisi) a varie forme di commenti tranquillizzanti che si rivelano utili quando il paziente si confronta con materiale che gli causa sofferenza, ansia o vergogna, materiale che può aver tenuto fuori dalla consapevolezza, e che potrebbe tenere nascosto all'analista o terapeuta per molti anni.

Alcuni pensieri conclusivi

Questa discussione, per quanto molto sintetica, porta a molte conclusioni, alcune delle quali suggeriscono dei cambiamenti nel modo di praticare o nel modo di concettualizzare, o di non concettualizzare, ciò che realmente facciamo con i nostri pazienti.

Primo, non esiste un unico percorso, o obiettivo, del cambiamento terapeutico. Faremmo bene a smettere di scrivere su l'azione terapeutica della psicoanalisi come se un unico principio di base spiegasse tutto il cambiamento e riconoscere invece che il cambiamento terapeutico probabilmente avviene attraverso molteplici meccanismi, ciascuno dei quali può essere favorito in modi che non abbiamo ancora iniziato a capire, mediante varie tecniche.

Secondo, alcuni principi di cambiamento e le tecniche per stimolarlo sono probabilmente utili per tutti i pazienti, mentre altri lo sono per alcuni soltanto. Ogniquale volta siamo tentati di proporre un'unica formula per il cambiamento, dovremmo avere il sospetto che stiamo tentando di contenere l'ansia per l'incertezza, riducendo qualcosa di molto complesso a qualcosa di molto semplice. Se vogliamo progredire nella teoria dell'azione terapeutica e nelle tecniche per promuovere il cambiamento, avremo bisogno di sviluppare modelli con fondamenti più sistematici, clinici e empirici che riguardano le aree funzionali che costituiscono la personalità (ad esempio, la motivazione, la cognizione, l'affetto, la regolazione degli affetti, le relazioni d'oggetto) e i modi in cui i processi, in ciascuno di questi ambiti possono essere distorti. (Westen, 1998).

Terzo, la varietà di scopi della terapia e delle strategie di intervento, qui brevemente presentate, interagiscono in modi complessi che possono diventare più chiari - 69 - se noi li distinguiamo con maggiore attenzione e evitiamo le teorie che sostengono un'unica causa dell'azione terapeutica. Ad esempio, quando l'insight porta un paziente ad essere meno emotivamente impacciato nelle relazioni intime e a diventare più aperto e vulnerabile, è probabile che gli altri reagiscano diversamente nei suoi confronti. Ciò cambierà l'esperienza del paziente rispetto alle relazioni intime e porterà a sua volta a ulteriori cambiamenti del comportamento (Wachtel, 1997). Il cambiamento del comportamento conduce anche a cambiamenti nella attività associativa, che possono essere utili per un successivo lavoro analitico.

Quarto, niente garantisce che i vari scopi della terapia e le tecniche che facilitano il cambiamento terapeutico presentate qui siano prive di elementi in conflitto o in antitesi con i propositi prefissati, più di quanto ci aspetteremmo che le motivazioni delle persone siano libere da conflitti. Tecniche di esplorazione meno attive possono, in alcuni casi, inibire alcune modificazioni nelle reti associative che potrebbero

verificarsi se il paziente venisse incoraggiato a confrontarsi in maniera diretta con una situazione che provoca paura: ciò potrebbe a sua volta aprire all'analisi altre importanti associazioni. D'altra parte, tecniche più attive che incoraggiano i cambiamenti nelle reti associative possono a volte interferire con l'esplorazione, ostacolare il senso di autonomia del paziente, attivare dinamiche di opposizione, causare acting controtransferali e così via.

Un ultimo problema è di natura metodologica e epistemologica. In psicoanalisi scriviamo sull'azione terapeutica come se fosse possibile decidere cosa sia terapeutico e quale sia il modo migliore per aiutare i nostri pazienti mediante argomentazioni logiche e dissertazioni. In realtà, si tratta di una questione empirica, a cui non è possibile rispondere con la logica o con la dissertazione, tanto quanto non si può rispondere alla domanda se per un disturbo cardiaco sia più efficace un trattamento o un altro. Non sappiamo se una determinata tecnica funziona meglio di un'altra, perché disponiamo solamente di affermazioni contraddittorie, basate su dati provenienti dal chiuso della stanza dell'analista. Con le nuove tecnologie di misurazione di quanto accade nelle ore di terapia (Jones e Pulos, 1993; Ablon e Jones, 1998) e di valutazione della struttura della personalità (Westen e Shedler, 1999a, 1999b), abbiamo ora la possibilità di scoprire e misurare cosa fanno i clinici, quali cambiamenti e quali metodi di lavoro sono associati ai risultati migliori. L'utilizzo di queste nuove tecnologie per migliorare le nostre teorie su cosa funziona e per chi — grazie a una vasta rete di specialisti disposti a mettere in comune non solo le proprie idee ma anche i dati della pratica — sarà una delle maggiori sfide che la psicoanalisi dovrà affrontare nel suo secondo secolo, tentando di passare dall'argomentare sull'azione terapeutica della psicoanalisi al dimostrarla e perfezionarla.

Bibliografia

- Ablon JS, Jones E.E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychother Res* 8: 71-83.
- Adler G, Buie D (1979). Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevance of child developmental issues. *Int. J. Psycho-Anal.* 60: 83-94. - 70 -
- Arlow JA (1987). The dynamics of interpretation. *Psychoanal. Q.* 56: 68-87.
- Barlow DH (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*, 2nd edn. New York: Guilford Press.
- Bechara A, Damasio AR, Damasio H, Anderson SW (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition* 50: 7-15.
- Benjamin J (1995). *Like subjects, love objects: Essays on recognition and sexual difference*. New Haven, CT: Yale Univ. Press.
- Blatt SJ (1992). The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 40: 691-724.
- Brenner C (1982). *The mind in conflict*. New York: Int. Univ. Press.
- Bruschweiler-Stern N, Harrison AM, Lyons-Ruth K, Morgan AC, Nahum JP, Sander LW et al. (2003). Explicating the implicit: The local level and the microprocess of change in the analytic situation. *Int. J. Psycho-Anal.* 83: 1051-62.
- Busch F (1995). *The ego at the center of clinical technique*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Cooper AM (1989). Concepts of therapeutic effectiveness in psychoanalysis: A historical review. *Psychoanal. Inq.* 9: 4-25.
- Dutra L, Eddy K, Westen D (2001). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for obsessive-compulsive disorder. Unpublished manuscript, Boston Univ.
- Eagly A, Chaiken S (1998). Attitude structure and function. In *The handbook of social psychology*, Vol. 2, 4th edn, ed. D Gilbert, S Fiske, G Lindzey, Boston: McGraw-Hill, pp. 269-322.
- Fonagy P (1999b). The process of change and the change of processes: What can change in a 'good' analysis? Keynote address to the spring meeting of the Division 39 of the American Psychological Association, New York, 16 April.
- Fonagy P, Target M (1996). Playing with reality, I: Theory of mind and the normal development of psychic reality. *J Psychoanal* 77: 217-33.
- Fonagy P, Target M (2000). Playing with reality, III: The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *Int. J. Psycho-Anal.* 81: 853-73
- Gabbard GO (1995). Countertransference: The emerging common ground. *Int. J. Psycho-Anal.* 76: 475-85. Gabbard GO (2000). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*, 3rd edn. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard GO (1996). *Love and hate in the analytic setting*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Gabbard GO (1997a). Challenges in the analysis of adult patients with histories of childhood sexual abuse. *Can. J. Psychoanal.* 5: 1-25.
- Gabbard GO (1997b). A reconsideration of objectivity in the analyst. *Int. J. Psycho-Anal.* 78: 15-26.
- Gabbard GO (2001a). Overview and commentary. *Psychoanal. Q.* 70: 287-96.
- Gabbard GO (2001b). Psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder: A contemporary approach. *Bull. Mennin. Clinic.* 65: 41-57.
- Gabbard GO, Bartlett AB (1998). Selective serotonin reuptake inhibitors in the context of an ongoing analysis. *Psychoanal. Inq.* 18: 657-72.
- Gabbard GO, Lester EP (1995). *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis*. New York: Basic Books.

- Goldberg A (1999). Between empathy and judgment. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 47: 351-65.
- Gray P (1990). The nature of therapeutic action in psychoanalysis. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 8: 1083-98.
- Greenberg J (2001). Thinking, talking, playing: The peculiar goals of psychoanalysis. *Psychoanal. Q.* 70: 131-47.
- 71 -
- Greenberg JR (1995). Psychoanalytic technique and the interactive matrix. *Psychoanal. Q.* 64: 1-22.
- Horowitz M (1999). Modes of conscious representation and their exploration through psychotherapy. In *At play in the fields of consciousness: Essays in honor of Jerome L. Singer*, ed. JA Singer, P Salovey, Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Hoffman IZ (1994). Dialectic thinking and therapeutic action in the psychoanalytic process. *Psychoanal. Q.* 63: 187-218.
- Jacobs TJ (1990). The corrective emotional experience—its place in current technique. *Psychoanal. Inq.* 10: 433-54.
- Jones EE (1997). Modes of therapeutic interaction. *Int. J. Psycho-Anal.* 78: 1135-50.
- Jones EE (2000). *Therapeutic action*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Jones EE, Pulos S (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *J Consult Clin Psychol* 61: 306-16.
- Kernberg O (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Killingmo B (1989). Conflict and deficits: Implications for technique. *Int. J. Psycho-Anal.* 70: 65-79.
- Kohut H (1971) *The analysis of the self*. New York: Int. Univ. Press.
- Krystal H (1977). Aspects of affect theory. *Bull. Mennin. Clinic.* 41: 1-26.
- Levy S, Inderbitzin L (1997). Safety, danger and the analyst's authority. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 45: 377-94.
- Linehan M (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Loewald HW (1960). *On the therapeutic action of psychoanalysis*. In *Papers on psychoanalysis*. New Haven, CT: Yale Univ. Press, 1980, pp. 221-56.
- Lyons-Ruth K, Members of the Change Process Study Group. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health J* 19: 282-9.
- McClelland DC, Koestner R, Weinberger J (1989). How do self-attributed and implicit motives differ? *Psychoanal. Rev.* 96: 690-702.
- Mitchell SA (1997). *Influence and autonomy in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Pine F (1998). *Diversity and direction in psychoanalytic technique*. New Haven, CT: Yale Univ. Press.
- Power M, Dalgleish T (1997). *Cognition and emotion: From order to disorder*. East Sussex: Psychology Press.
- Pulver SE (1992). Psychic change: Insight or relationship? *Int. J. Psycho-Anal.* 73: 199-208. Raphling DL (1995). Interpretation and expectations: The anxiety of influence. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 43: 95-111.
- Redl F, Wineman D (1951). *Children who hate*. New York: Collier.
- Roediger HL (1990). Implicit memory: Retention without remembering. *Am Psychol* 45 (9): 1043-56.
- Rogers C (1959). *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework*. In *Psychology: A study of a science*, Vol. 3, Formulations of the personal and the social context, ed. S Koch, New York: McGraw-Hill, pp. 184-255.
- Sandler J, Sandler A-M (1983). The 'second censorship', the 'three box model', and some technical implications. *Int. J. Psycho-Anal.* 64: 413-25.
- Sandler J, Dreher AU (1996). *What do psychoanalysts want? The problem of aims in psychoanalytic therapy*. London: Routledge. - 72 -
- Schacter DL (1992). Understanding implicit memory: A cognitive neuroscience approach. *Am Psychol* 47 (4): 559-69.
- Schacter DL (1995). *Implicit memory: A new frontier for cognitive neuroscience*. In *The cognitive neurosciences*, ed. MS Gazzaniga, Cambridge, MA: MIT Press.
- Schacter DL (1998). Memory and awareness. *Science* 280: 59-60.
- Siegel RS, Rosen IC (1962). Character style and anxiety tolerance: A study of intrapsychic change. In *Research in psychotherapy* Vol. II, ed. H Strupp, L Luborsky, Baltimore, MD: French-Bray Printing Co., pp. 206-17.
- Steiner J (1989). The aim of psychoanalysis. *Psychoanal Psychother* 4: 109-20.
- Stern DB (1994). Conceptions of structure in interpersonal psychoanalysis: A reading of the literature. *Contemp. Psychoanal.* 30: 255-300.
- Stern DN, Sander LW, Nahum JP, Harrison AM, Lyons-Ruth, K, Tronick EZ et al. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The 'something more' than interpretation. *Int. J. Psycho-Anal.* 79: 903-21.
- Strachey J (1934). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *Int. J. Psycho-Anal.* 15: 127-59.
- Wachtel P (1993). *Therapeutic communication*. New York: Guilford.
- Wachtel P (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy, and the relational world*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Wallerstein R (1986). *Forty-two lives in treatment*. New York: Guilford.
- Weiss J (1990). The nature of the patient's problems and how in psychoanalysis the individual works to solve them. *Psychoanal. Psychol.* 7: 105-13.
- Westen D (1985). *Self and society: Narcissism, collectivism, and the development of morals*. New York: Cambridge Univ. Press.
- Westen D (1991). Cognitive-behavioral interventions in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality disorder. *Clin Psychol Rev* 11: 211-30.
- Westen D (1997). Toward an empirically and clinically sound theory of motivation. *Int. J. Psycho-Anal.* 78: 521-48.
- Westen D (1998). Case formulation and personality diagnosis: Two processes or one? In *Making diagnosis meaningful*, ed. J Barron, Washington, DC: American Psychological Association Press, pp. 111-38.
- Westen D (1999). The scientific status of unconscious processes: Is Freud really dead? *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 47: 1061-106.

- Westen D (2000). Integrative psychotherapy: Integrating psychodynamic and cognitive-behavioral theory and technique. In *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practices for the 21st century*, ed. CR Snyder, R Ingram, New York: Wiley, pp. 217-42.
- Westen D, Gabbard GO (2002a). Developments in cognitive neuroscience, 1: Conflict, compromise, and connectionism. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 50: 54-98.
- Westen D, Gabbard GO (2002b). Developments in cognitive neuroscience, 2: Implications for the concept of transference. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 50: 99-113.
- Westen D, Morrison K (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult and Clin Psychol* 69 (6): 875-99.
- Westen D, Shedler J (1999a). Revising and assessing Axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *Am. J. Psychiatry* 156: 258-72.
- Westen D, Shedler J (1999b). Revising and assessing Axis II, Part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *Am. J. Psychiatry* 156: 273-85. - 73 -