

Giuseppe Lago

Premessa

Riprendo una tematica già espressa in un mio articolo pubblicato sulla rivista *Psiche*¹. In quella sede ho tenuto a evidenziare in che modo dal carisma magico si risalga al transfert e quindi a tutte le relazioni terapeutiche. In questo articolo, tendo invece a mettere a fuoco ciò che agisce dietro il carisma e come il transfert ne sia impregnato, fino al punto di condizionare la psicoterapia di qualsiasi indirizzo. D'altronde, le meta-analisi più recenti riconoscono come principale fattore comune degli interventi psicoterapici quello dell'*alleanza terapeutica*, ossia un certo legame che possiamo definire empatico ai fini di cura. Le stesse meta-analisi considerano come fattori secondari sia i presupposti teorici dell'intervento sia le caratteristiche personali del terapeuta.

L'intento di questo saggio non è certo quello di svalutare la psicoterapia, assimilandola alle pratiche magiche o suggestive in genere. Casomai, intendo indicare la necessità del superamento della componente carismatica nel setting, introducendo in esso un vero lavoro riflessivo all'interno di una relazione intersoggettiva e di un legame nel quale emotività, affettività e riflessione siano integrate per favorire la crescita e l'evoluzione della personalità del cosiddetto paziente.

In fondo, penso che sia giusto riconoscere a Sigmund Freud il primato di aver scelto con la psicoanalisi il percorso della riflessione nella cura mentale, lasciandosi per quanto possibile alle spalle l'ipnosi praticata all'inizio, e con essa il magnetismo di Mesmer e il mondo magico del quale il mesmerismo fa parte (Lago, 2014). Ciò non mi ha impedito in passato né lo farà in futuro di criticare la classica teoria freudiana e riconoscere le grandi novità della psicoterapia contemporanea, una delle quali è proprio l'alleanza terapeutica

Il guaritore nella cultura tribale

Il nesso tra suggestione e transfert va ricercato a mio avviso a partire dalla cultura tribale. Lo spiega in modo accurato ed essenziale Ellenberger², quando fa notare il nesso tra la «guarigione primitiva» e la «terapia dinamica».

[...] 1. Il guaritore è molto più di un semplice medico; egli è la persona più ragguardevole del suo gruppo sociale. 2. Il guaritore esercita la propria azione soprattutto attraverso la propria personalità. 3. Il guaritore è soprattutto un medico psicosomatico; egli tratta molte malattie organiche con tecniche psicologiche. 4. L'addestramento del guaritore è lungo e severo, e spesso include l'esperienza di un grave disturbo emotivo, che egli deve superare per poi poter essere capace di guarire altre persone. 5. Il guaritore appartiene a una scuola che ha i suoi insegnamenti e le sue tradizioni, diversi da quelli delle altre scuole. [...] (Ellenberger, vol. I 1970, p. 55).

Quanto sopra giustifica la validità del nesso evidenziato da Ellenberger ma mette in risalto l'importanza della figura dello stregone o sciamano e delle sue prerogative, a prescindere dalle tecniche o procedure applicate su coloro che si rivolgono a lui per "essere guariti".

Da un'altra prospettiva, Ernesto De Martino era arrivato alle stesse conclusioni, ossia a focalizzare l'attenzione sullo stregone come demiurgo delle "forze" impiegate nel recupero della presenza, all'interno di un «mondo magico» ovvero di una collettività minacciata da angosce di dissoluzione. L'accento posto sulla dinamica tra lo stregone e la collettività ci permette così di collocare la ricerca che mi sono proposto nella direzione giusta per comprenderne il fattore determinante, che spiegherò essere quello carismatico, ossia quell'alone magico che ancora oggi

¹ *Le radici del fattore carismatico in psicoterapia*, *Psiche*, 1/2022, Il Mulino, Bologna.

² Nel primo capitolo de *La scoperta dell'inconscio* (1970) (cfr. Le origini della psicoterapia dinamica)

circonda la persona che si occupa con intenti terapeutici della realtà mentale in generale e di quella disturbata in particolare.

[...] Eppure tutti questi temi del riscatto magico, e gli altri infiniti di cui consta la magia, sarebbero stati ancora poca cosa se non fosse sorto l'eroe della presenza, il Cristo magico, cioè lo stregone. Attraverso lo stregone il rischio della lability viene deliberatamente riassorbito nella demiurgia umana, diventa un momento del dramma culturale. E attraverso lo stregone tutta la comunità si apre con rinnovata intensità al dramma del rischio e del riscatto. Si scatena ora, elevato a istituto, l'agone delle presenze nella vicenda delle fatture e controfatture. Ed è possibile ora il grande esorcismo dello specialista, la evocazione delle forze nascoste e il loro padroneggiamento. Lo stregone è infatti colui che ha acquistato il potere di regolare la lability altrui. [...] (De Martino, 1948 p. 196).

In sintesi, dobbiamo considerare l'articolazione triadica tra *guaritore* (stregone, sciamano), reduce da un viaggio esperienziale nella malattia che lo ha reso «ragguardevole», il *gruppo tribale*, cui appartiene e che gli riconosce il «padroneggiamento» delle forze latenti e incombenti sulla collettività, e il *mondo magico*, ovvero il sistema di credenze che include anche l'habitat e il luogo depositario dell'*ἀρχή*, ossia della forza primigenia che domina il mondo.

La prima considerazione da fare è che nella cultura tribale il *guaritore* conquista la sua posizione di rilievo attraversando la malattia come iniziazione, il che lo rende aduso a gestire le forze nascoste che minacciano gli individui della stessa tribù. La caratteristica del *guaritore* è quella di far parte della tribù, pur godendo della stima procuratagli dall'esercizio di attività divinatorie ed esorcistiche. Insomma, il *guaritore* rimane inter pares e le sue funzioni gli vengono riconosciute finché le svolge a favore degli altri e non di se stesso. Il *guaritore* che pretendesse il potere sulla tribù, in virtù delle sue qualità magiche, verrebbe così emarginato e abbandonato alla sua "malattia originaria", ovvero alla psicosi iniziatica dalla quale si sarebbe affrancato diventando stregone. Il *guaritore*, quindi, detiene la credibilità e i poteri magici in quanto li riceve dalla comunità tribale in cui vive, la quale potrebbe anche revocarglieli. Ben altra cosa accade a partire dal mondo classico.

Genesi del fattore carismatico

Nella mitologia greca, Charis è una delle Grazie o Cariti, simbolo dell'armonia e della perfezione, alla sua figura si sovrappone quella di Afrodite. Infatti, nell'Iliade Charis è la sposa di Efesto, il fabbro degli dei, ma già nell'Odissea a fianco del dio zoppo e deforme c'è Afrodite, dea della bellezza. Della bellezza, poi, gli dei faranno "dono" agli umani, come Ulisse che viene cosperso di bellezza da Atena per conquistare Nausicaa (Rossi Monti, 2018). Altre volte, la bellezza carnale avvince gli dei, come accade a Zeus nel rapimento di Ganimede. Oppure la bellezza umana desta l'invidia degli dei, come accade ad Afrodite gelosa di Psiche e artefice delle prove, solo dopo il superamento delle quali quest'ultima verrà accolta in Olimpo. Ciò che si coglie in queste narrazioni è l'idea che armonia e perfezione, a partire dalla bellezza espressa dal corpo umano fino alla bellezza espressa dalle opere visibili dell'umana creatività, sono prerogative che avvicinano l'uomo alla divinità. La *charis* tradotta con la parola grazia o dono diventa quindi l'espressione di una bellezza ineffabile che si lascia ammirare estaticamente secondo il modello apollineo o sconvolge le passioni erotiche secondo il modello dionisiaco. Solo con il platonismo la bellezza esteriore, ovvero la capacità umana rappresentativa, è chiamata a fare i conti con la bellezza dell'anima, ossia la "vera" bellezza cui quella esteriore farebbe da anticamera o preludio, spesso ingannevole.

In sostanza, la grazia, concetto inizialmente estetico-formale esprime sempre di più qualità nascoste che trovano nelle profondità dell'essere le fonti espressive. La gravidanza del mito di Tiresia, che acquista le capacità divinatorie in seguito alla cecità si riflette nel mito di Edipo, anch'egli accecato e divenuto saggio sulla via di Colono. La privazione della vista esteriore favorisce quella interiore: la *charis* va cercata in profondità, il dono per Tiresia ed Edipo a Colono ne amplifica le qualità divinatorie e preveggenti, avvicinandoli alle divinità. Tuttavia, per

ambidue il carisma conquistato è anche il frutto di una espiazione, per essersi posti in competizione con la divinità. Siamo ancora al modello del «Cristo magico», che paga con i tormenti personali «il potere di regolare la labilità altrui». Nella cultura cristiana, la *charis* e il carisma che ne deriva sono l'irradiazione esterna del benessere dell'anima (Rossi Monti, ivi).

Il carisma cristiano dà la misura della vicinanza con Dio e illumina la persona fino a trasfigurarne i connotati. La bellezza dei santi, a cominciare da Maria *gratia plena*, è invisibile e introspettiva, per cui si caratterizza come splendore dell'anima e si pone in modo diametralmente opposto alla bellezza nella cultura classica, dove la grazia è un elemento sempre visibile, in quanto rappresentazione.

Per tutto il medioevo il carisma sta a significare il dono di una bellezza interiore che traluce ma deriva dal buon rapporto con Dio. Il taumaturgo, e quindi *guaritore*, del medioevo è un santo che opera trasmettendo agli altri la grazia derivatagli dal legame con Dio. I miracoli che produce il santo non sono il risultato del superamento di una malattia iniziatica, come per lo sciamano, ma sono il risultato del superamento del peccato. L'anima del santo “guarisce” dopo essersi purificata dai limiti della vita carnale e essersi convertita all'imitazione di Cristo, non quello magico della cultura tribale ma quello che espia i peccati di tutti ed aspira alla resurrezione.

L'impronta del medioevo rimane nel concetto di carisma, dando una connotazione mistico-religiosa alle doti taumaturgiche e guaritrici. Se il Rinascimento rivaluta la rappresentazione della bellezza e recupera la visibilità del carisma, il dualismo tra carisma sacro (concepito nel medioevo) e carisma profano (mediato dal mondo classico) fa da contraltare al dualismo cartesiano che di lì a poco separerà le scienze della natura da quelle dello spirito.

Nelle discipline terapeutiche si perde così l'integrazione iniziale che faceva del *guaritore* un «medico psicosomatico». Una linea di demarcazione ora separa nettamente il medico dell'anima e il medico del corpo. Le due linee parallele procederanno fino ai nostri giorni e la mancata loro integrazione produrrà una scissione tra i due ambiti: spirito/carne; anima/corpo; psichico/organico; mentale/fisico. Tutte le volte che uno dei due poli dialettici tenterà di prevalere sull'altro sarà possibile cogliere l'emergenza di quello che abbiamo definito *fattore carismatico*. Quest'ultimo diventa il rappresentante della quota di realtà negata che aleggia in modo latente e, in quanto rimossa, viene agita nella prassi esercitata dal guaritore, dal medico, dallo psicoterapeuta.

L'impostura carismatica di Mesmer

Il *fattore carismatico* in psicoterapia, in particolare, diventa la costante di una relazione terapeutica nella quale la personalità di colui che cura è fondamentale. La consapevolezza di questo fattore potrebbe fare la differenza tra ciò che è psicoterapia e ciò che è invece solo una relazione di aiuto (Lago, 2016). Nell'epoca dei Lumi, vediamo all'opera il *fattore carismatico* nella figura controversa di Franz Anton Mesmer, il quale gestisce il carisma guaritore, ricoprendo le pratiche magiche medievali con un manto pseudoscientifico, ispirato alle nozioni empiriche di fisica elementare dell'epoca.

Mesmer come *guaritore*, risponde ai tratti su esposti da Ellenberger, anche se quest'ultimo si sbilancerà scambiandolo per precursore della psicoterapia (Lago, 2014, cit.). Coprendo il polo mistico della sua metodologia e presentandola con un taglio pseudoscientifico, secondo la modalità su esposta (Lago, 2014, ivi), Mesmer gestisce le credenze dei suoi contemporanei e lo fa in sessioni collettive, nelle quali la valenza del suo carisma viene moltiplicata.

Egli è infatti l'uomo provvidenziale capace di convogliare un fantomatico fluido magnetico sul corpo degli infermi di tutti i mali. Gli effetti che produrrà avranno una valenza psicosomatica: ecco perché la sua procedura si svolgerà secondo una modalità olistica, rendendo inutile l'antinomia anima/corpo. L'evocazione che il mesmerismo farà del «mondo magico», pur se all'inizio si esprimerà in chiave illuministica, produrrà nel dopo Mesmer una deriva spiritualista che per tutto l'Ottocento si svilupperà fino a lambire i nostri giorni.

Il mesmerismo e poi l'ipnotismo sono i veicoli principali e più idonei per osservare l'azione del *fattore carismatico* nelle relazioni che s'instaurano ai fini di cura. Il terreno nel quale si

sviluppano però è ancora quello della cultura tribale, mai archiviata del tutto ed emergente nei cosiddetti fenomeni occulti e nello spiritismo, ossia nella manifestazione più eclatante della permanenza del «mondo magico» nella profondità della mente.

De Martino spiega che nel mondo magico gli spiriti sono “reali”, come nel momento dell’azione teatrale sono veri i personaggi che vediamo muoversi e agire sui nostri palcoscenici. Solo che il regista delle azioni sceniche magiche è lo stregone del villaggio, il quale è ben lungi da rivelare (come farebbe lo psicoanalista moderno) la natura proiettiva e allucinatoria di tali credenze. Per cui, non c’è confine tra immaginazione e realtà nella cultura tribale, sottolinea De Martino. E quindi, non ha senso chiedersi se gli spiriti esistono o meno in una civiltà magica.

[...] Alla domanda: «Gli spiriti ci sono?», la risposta sarà dunque la seguente: «Se per realtà si intende il dato deciso e garantito del nostro mondo culturale, gli spiriti non ci sono. Ma se riconosciamo una forma di realtà che nel corso del dramma esistenziale magico storicamente determinato emerge come riscatto di una presenza in rischio in un mondo in rischio, dobbiamo altresì accogliere la realtà degli spiriti per entro la civiltà magica. In questo senso, gli spiriti non ci sono, ma ci sono stati, e possono tornare nella misura in cui abdichiamo al carattere della nostra civiltà, e ridiscendiamo sul piano arcaico dell’esperienza magica» [...] (De Martino, 1948 p. 197).

Quanto sopra ci fa riflettere sulle buone intenzioni espresse dalle Commissioni Reali, incaricate da Luigi XVI di valutare il mesmerismo in Francia nel 1784. Gli scienziati che le componevano, tra cui Benjamin Franklin, Lavoiser e Bailly, non esitarono ad attribuire alla “immaginazione” dei partecipanti alle sue riunioni gli effetti determinati da Mesmer. Il verdetto finale, pur bocciando le ambizioni mesmeriane di sostituire o almeno affiancare la medicina ufficiale “spiega” ma non coglie l’essenza del mesmerismo che consiste nel *fattore carismatico*.

Infatti, quarant’anni dopo, le Accademie francesi dovranno riprendere in considerazione il mesmerismo diffuso e capillarmente applicato dagli epigoni di Mesmer. I mesmeriani evolveranno solo nella tecnica ma non nella gestione del carisma del cosiddetto magnetizzatore nei confronti del magnetizzato.

Una seconda bocciatura ufficiale degli epigoni di Mesmer³, tuttavia, non avrà come conseguenza l’eliminazione della loro prassi. A metà dell’Ottocento, il mesmerismo non scompare ma si biforca e da una parte fornisce materia prima allo spiritismo di nuovo conio ma di stessa matrice tribale, dall’altra parte si adatta alle conoscenze neurofisiologiche e diventa ipnotismo.

Lo spiritismo, sostenuto dalle credenze mistico-religiose invade lo spazio culturale e i vuoti lasciati dal riduzionismo positivista. L’ipnotismo si caratterizza come una relazione all’interno della quale avviene il passaggio di un’influenza interpersonale operata da chi gestisce un carisma da *guaritore*. L’ipnotizzatore esercita una posizione dominante su una persona che assume una posizione recettiva. Il «potere di regolare la labilità altrui» non è più dello stregone, come nel «mondo magico», ma di un medico che ha il potere di influenzare ergo *suggestionare* la mente dell’ipnotizzato per restituirlo al suo equilibrio.

Freud e il *fattore suggestivo*

Il giovane Freud, accostatosi all’ipnosi, studia a fondo il fenomeno della suggestione, all’interno del quale percepisce il fattore carismatico.

[...] Anche coloro che non hanno fede religiosa non devono per questo rinunciare a guarigioni miracolose. La reputazione e l’influenza di massa sostituiscono per loro pienamente la fede religiosa. Esistono in ogni tempo cure di moda e medici di moda, che dominano soprattutto l’alta società, nella quale le aspirazioni a superarsi a vicenda e a emulare i più eminenti membri rappresentano le più potenti forze motrici psichiche. Siffatte cure di moda dispiegano effetti terapeutici che non rientrano nel loro ambito di potere, e gli stessi mezzi rendono nelle mani del medico di moda, che per esempio è divenuto famoso

³ Nel 1842.

soccorrendo una personalità eminente, molto più di quanto non rendano nel caso di altri medici. Esistono così taumaturghi umani, al pari dei taumaturghi divini: solo che questi uomini, innalzati a fama dal favore della moda e dell'imitazione, si logorano rapidamente, come corrisponde alla natura delle forze che agiscono in loro aiuto. [...] (Freud, 1890 p. 100).

La consapevolezza di Freud del *fattore carismatico* rimane quindi implicita. Più evidente per lui il *fattore suggestivo*, per la opacità del quale egli dichiara una «oscura avversione» (Freud, 1921 p. 279).

«L'enigma della suggestione» lo spinge a “inventare” un metodo, la psicoanalisi, nel quale minore possa essere l'incidenza di questo elemento che la sua lucidità gli permette di riscontrare ben al di fuori della scontata cultura mistico-religiosa. Freud aderisce all'idea di Hyppolite Bernheim che la suggestione sia una risposta generica di tutti gli esseri umani all'interno di una relazione basata sulla parola, dove colui che suggestiona condiziona il pensiero del suggestionato, pur servendosi di una prassi che include le emozioni e gli affetti.

[...] Con sicuro acume Bernheim fondò la teoria dei fenomeni ipnotici sulla tesi che tutti gli uomini sono in qualche modo suscettibili di essere influenzati, “suggestionabili”. Ciò che egli chiama suggestionabilità non era altro che l'inclinazione al transfert⁴, intesa in senso un po' troppo ristretto, talché il transfert negativo non vi trovò posto. Ma Bernheim non poté mai dire che cosa sia propriamente la suggestione e come si instauri. Essa era per lui un dato di fatto fondamentale, della cui provenienza non poteva addurre alcuna prova. Non riconobbe la dipendenza della “*suggestibilité*” dalla sessualità, dall'attività della libido. Quanto a noi, dobbiamo renderci conto che nella nostra tecnica abbiamo abbandonato l'ipnosi solo per riscoprire la suggestione nella forma del transfert [...] (Freud, 1915-17 p. 401).

L'idea che Freud ricava studiando e applicando la metodologia suggestiva di Bernheim (1886) è quella che «l'ipnosi elargisce al medico un'autorità quale verosimilmente mai un sacerdote o un taumaturgo hanno posseduto, giacché concentra tutto l'interesse psichico dell'ipnotizzato sulla persona del medico» (Freud 1890, p.107).

Abbandonando l'ipnosi, Freud in sostanza rifiuta di essere un *guaritore*, come nella cultura tribale, e propone a suo modo una terapia etiologica e non sintomatica. Il transfert nasce come un concetto ambivalente, non solo per la polarità (positivo/negativo) ma anche per la quota suggestiva che contiene in sé, pur utilizzata per svolgere il lavoro processuale psicoanalitico.

[...] L'analisi non fa altro che rendere palese e isolare il transfert, il quale è un fenomeno universalmente umano, che decide delle sorti di qualsiasi influsso medico e addirittura stabilisce il suo dominio su tutte le relazioni che gli individui hanno con i loro simili. Non è difficile riconoscere nel transfert lo stesso fattore dinamico che gli ipnotizzatori hanno chiamato “suggestionabilità”; tale fattore mentre costituisce il fondamento del rapporto ipnotico, manifesta altresì quella labilità e imprevedibilità che era precisamente il difetto del metodo catartico. [...] È assolutamente vero che anche la psicoanalisi, al pari di tutti gli altri metodi psicoterapeutici, agisce per mezzo della suggestione⁵. Una differenza tuttavia esiste: nel nostro caso l'esito del trattamento terapeutico non è interamente affidato alla suggestione o transfert, il quale è invece usato per indurre il malato a svolgere un lavoro psichico - il superamento delle resistenze di transfert - destinato a modificare durevolmente la sua economia psichica. [...] (Freud, 1924 p. 109-110).

Freud non coglie solo il *fattore suggestivo* nel potere gestito dall'ipnotizzatore su una singola persona ma si occupa di come la suggestionabilità si estenda al gruppo sociale di appartenenza, fino a consentirgli l'affermazione che «la psicologia individuale è al tempo stesso, fin dall'inizio, psicologia sociale» (Freud, 1921 p. 261).

⁴ Sottolineatura a cura del traduttore.

⁵ Sottolineatura a cura del traduttore.

«L'ipnosi può ben essere definita una massa a due» (ivi p. 315), dice Freud, e così dicendo colloca il fenomeno ipnotico tra l'innamoramento, del quale mancano gli impulsi sessuali diretti, e la formazione collettiva, dalla quale l'ipnosi si distingue per il carattere diadico. In sostanza, Freud, pur senza nominarlo, si occupa del *fattore carismatico*, innanzitutto nella relazione amorosa, in cui deriva dalla fascinazione esercitata dall'oggetto d'amore; nelle relazioni di massa, dove il capo è investito dalle aspettative messianiche del gruppo; nell'ipnosi, in cui l'ipnotizzatore gestisce il carisma ricevendo un potere assoluto e indiscusso da parte dell'ipnotizzato. Sottostante a queste tre condizioni, Freud pone il processo dell'idealizzazione. Ossia l'innamorato, l'individuo nella massa, l'ipnotizzato collocherebbero l'oggetto d'amore, il capo, l'ipnotizzatore al posto dell'ideale dell'io, alienando una parte fondamentale della propria identità nella persona esterna che “splenderà” di luce non propria ma potrà gestirne il potere. Troppo interessato a spiegarsi il perché dell'adesione nevrotica al transfert, Freud dimentica di occuparsi della personalità dell'ipnotizzatore, lasciandola nello sfondo e assimilandola in modo affrettato al padre dell'orda primigenia, ossia a colui che esercita il potere in modo autoritario e violento nei confronti delle formazioni collettive, oppure in modo seduttivo e affascinante nelle relazioni diadiche.

Eppure, il padre della psicoanalisi non esclude che nell'ipnosi ci sia un «fattore ancora sconosciuto che in essa si realizza» e che si possano produrre spiegazioni più approfondite di quella un po' banale che egli propone, ossia che l'ipnosi sia una forma di innamoramento inibita alla meta e quindi sublimata e idealizzata.

[...] dobbiamo riconoscere che c'è nell'ipnosi ancora molto di inspiegato, di mistico. Essa contiene un elemento aggiuntivo: una paralisi derivante dal rapporto che si instaura tra chi è dotato di potere preponderante e chi è impotente, indifeso, più o meno quel che accade agli animali quando passano all'ipnosi da terrore. Il modo in cui l'ipnosi viene prodotta, la sua relazione con il sonno, non sono chiari; l'enigmatico assortimento di persone che risultano ad essa idonee, mentre altre la rifiutano totalmente, richiama l'attenzione su un fattore ancora sconosciuto che in essa si realizza⁶ e che forse è il solo a consentire la purezza degli atteggiamenti libidici che la contraddistingue [...] (Freud, ivi p. 303).

Lo stesso Freud, quindi, è consapevole che la valenza libidica non abbraccia tutta la complessità del fenomeno ipnotico, considerato da lui uno stato che si realizza anche in base a una tendenza ereditaria di natura filogenetica⁷.

Se Freud non usa il termine *carisma*, a farlo è Max Weber (1922), più interessato alle relazioni psico-sociali ed economiche in genere. Weber mette in risalto l'attribuzione di qualità straordinarie alla personalità carismatica da parte del contesto sociale di riferimento. Ossia, conferisce al concetto di carisma una considerazione soggettiva, non separando i fenomeni carismatici dalle relazioni sociali intercorrenti. In sostanza, per Weber sono i seguaci che riconoscono la personalità carismatica e gli attribuiscono i suoi poteri straordinari. Così, direbbe Freud, non è il fascino straordinario dello psicoanalista che determina il transfert, bensì la relazione transferale nella quale si crea l'idealizzazione che conferisce il carisma all'analista.

[...] Per carisma si deve intendere una qualità considerata straordinaria (e in origine condizionata in forma magica tanto nei profeti e negli individui forniti di sapienza terapeutica o giuridica, quanto nei duci della caccia e negli eroi di guerra), che viene attribuita ad una persona. Pertanto questa viene considerata come dotata di forze e proprietà soprannaturali o sovrumane, o almeno eccezionali in modo specifico, non accessibili agli altri, oppure come inviata da Dio o come rivestita di un valore esemplare e, di conseguenza, come duce. È ovvio che da un punto di vista concettuale è del tutto indifferente il modo in cui la qualità in questione dovrebbe essere valutata in base a criteri oggettivamente corretti, di carattere etico o estetico o di altro tipo; ciò che importa è soltanto come essa è

⁶ Sottolineatura a cura del traduttore.

⁷ A riprova dell'intuito eccezionale di Freud, c'è l'evidenza della terza reazione di stress, oltre l'attacco e la fuga, ossia il congelamento (freezing), una forma di blocco psicomotorio con bradicardia, rilevato in diverse specie e anche nell'uomo in situazioni di terrore. (Klaassen et al., 2021).

effettivamente valutata da coloro che sono dominati carismaticamente, dai seguaci [...] (Weber, 1922 p. 238).



Attualità del *fattore suggestivo* nel transfert

A questo punto, torniamo al «fattore ancora sconosciuto» cui Freud accennava e, dando ad esso la definizione di *fattore carismatico*, cerchiamo di chiarirne i connotati con l'aiuto di conoscenze di cui Freud non poteva usufruire. Per brevità elenchiamo gli ambiti di interesse e di ricerca relativi, sapendo che il loro studio e l'integrazione all'interno dei modelli psicoterapeutici è ancora in corso. La Teoria dell'Attaccamento (Bowlby) ha proposto un modello di sviluppo affettivo che, appoggiandosi alla ricerca etologica e all'*infant research*, propone come esigenza primaria la sicurezza. Ne scaturisce che il *fattore carismatico* potrebbe essere legato alla permanenza di una tendenza ad essere accuditi e assicurati da una figura materna. D'altro canto, lo stesso Freud cita Ferenczi (Freud 1921, p. 314) il quale distingue anche un rapporto ipnotico da transfert materno, oltre che paterno. Ferenczi (1909) mette in luce ciò che soltanto con l'opera di Bowlby diventa possibile comprendere. Cioè, che la tendenza ereditaria di natura filogenetica, altro non è che il Sistema Attaccamento, così come oggi le evidenze scientifiche dimostrano.

Se non è solo il potere fallico e coercitivo del padre, con le sue istanze introiettate dell'ideale dell'io che diventa Super-io, a dettare legge nel legame del capo con la massa o dell'ipnotizzatore con l'ipnotizzato, sarà il potere apparentemente carezzevole e distensivo della madre a consentire, diciamo noi, a tutti i guru e personaggi carismatici di ogni epoca, di radicarsi nella realtà emotiva più profonda della unità psicofisica umana.

La scoperta dei neuroni specchio spiega in termini psicobiologici in che modo la suggestione può essere assimilata, determinando una sorta di simulazione che nel soggetto suggestionato è diversa da quella immaginativa, richiamata fin dal 1784 dalle Commissioni Reali nel valutare il mesmerismo. La scoperta del meccanismo specchio consente di mettere in luce un tipo di conoscenza che avviene implicitamente e senza la necessaria mediazione del linguaggio. Il *fattore carismatico* unito al *fattore suggestivo* agirebbe anche mediante il meccanismo della «simulazione incarnata» (Gallese, 2003), che è un modello spontaneo di relazione intersoggettiva e si può definire come empatia. Alla base c'è l'attivazione di sistemi neurali di un soggetto a partire dall'osservazione del comportamento dell'altro. Ciò potrebbe spiegare la rapidità dell'influenzamento nella modalità suggestiva. Non c'è carisma, e tanto più in psicoterapia, che non si formi a partire da una relazione empatica, quindi immediata e irrazionale, costituita sul modello della relazione di attaccamento. Il processo psicoterapeutico, come il processo carismatico, si dipanano lungo un percorso che in parte è sovrapposto ma per fortuna a un certo punto diverge. Il terapeuta agisce il carisma per meglio costituire il legame di attaccamento sulla cui base consentire alla personalità del paziente di svilupparsi. In questo senso, la *fase empatica*, a premessa di ogni buona relazione terapeutica, funziona come l'impalcatura che sorregge l'edificio della personalità del paziente, impalcatura forte ma destinata a smantellarsi per rendere agibile l'edificio.

Potrei quindi affermare che man mano che la personalità del paziente emerge nella sua completezza, il carisma del terapeuta basato sul legame di attaccamento, ovvero su un transfert materno, si attenua progressivamente, fino a dare luogo a una relazione, non più di natura solo empatica, ma prevalentemente di tipo interpretativo (*fase interpretativa*), dove conta il confronto tra due attività di pensiero: quella ancora incerta del paziente e quella basata sull'esperienza da parte del terapeuta. Se proprio vogliamo collocare la comparsa del transfert paterno in psicoterapia, con la contrapposizione edipica tanto cara a Freud, lo possiamo fare nel contesto della *fase interpretativa* (Lago, 2016).

Parlando in termini di carisma in psicoterapia, assistiamo quindi al passaggio progressivo da una concezione in cui il terapeuta è considerato un essere speciale, luogo dell'idealità e delle aspettative miracolose di guarigione (transfert materno), con il quale si instaurano unicamente relazioni di amore o di odio, a una concezione in cui il terapeuta è considerato per le sue qualità

di esperienza e acume, qualità messe a disposizione nel setting per il lavoro di cura (transfert paterno).

Fase empatica e fase interpretativa, così come pure transfert materno e paterno, coesistono nel setting della psicoterapia, con una differenza percentuale che, come ho accennato, riguarda il decorso della psicoterapia stessa. Il ridimensionamento del transfert materno nella *fase interpretativa* intacca in modo sostanziale quella percezione di qualità speciali e taumaturgiche che sostiene l'alone carismatico della *fase empatica*. Anche il transfert paterno, però, con le sue caratteristiche di rassicurazione autorevole e ricerca accurata di senso, attraverso il metodo interpretativo, potrebbe alimentare una dipendenza, forse meno infantile di quella indotta dal transfert materno, ma altrettanto costante e capace di produrre relazioni terapeutiche interminabili.

Attualità del transfert in psicoterapia

Parto dalla necessità di differenziare la psicoterapia dalle altre professioni di aiuto (compresa la medicina), in quanto diventa fondamentale il punto nodale rappresentato da quel fenomeno che in medicina si chiama *effetto placebo* e in psicoterapia *suggestione*. Perché un farmaco sia definito efficace, infatti, è necessario dimostrare che esso funzioni meglio di una sostanza inerte definita *placebo*, somministrata in un sistema di doppio cieco (né il medico né il paziente sanno quale sia la sostanza da testare). In psicoterapia (come in tutte le relazioni di aiuto) ciò che determina la *suggestione*⁸ è la stessa relazione, basata sulle aspettative inconscie e coscienti del paziente, il quale si accosta al trattamento o alla situazione di aiuto con una ricettività e una disponibilità ad essere influenzato, che quasi sempre precedono la relazione stessa.

Molto si è detto e ancora si dirà su questa disposizione ad essere influenzato da parte del paziente. Basti pensare al grande capitolo del *transfert* in psicoanalisi e al successivo corollario del *controtransfert*. Tuttavia, non riusciremmo a dare una definizione di cosa è il transfert, se ci immergessimo subito nello studio della personalità del paziente, dimenticandoci delle aspettative inconscie e coscienti del terapeuta e della sua capacità di gestirle e integrarle con quelle del paziente. A mio avviso, uno psicoterapeuta dovrebbe essere consapevole della sua capacità di influenzare e indurre rappresentazioni nell'immaginario del paziente. In particolare, uno psicoterapeuta dovrebbe essere capace di gestire quello che in più occasioni (Lago 2005, 2006, 2009, 2014, 2016; Lago e Tropeano, 2010) abbiamo definito *fattore carismatico*. La conoscenza accurata dell'incidenza del *fattore carismatico* all'interno del processo psicoterapeutico, equivale al tener conto dell'*effetto placebo* in medicina. Questo mi porta a condividere (Migone, 2013) l'idea che si tratti di fenomeni che hanno in comune l'attivazione di aspettative inconscie, delle quali il medico farebbe bene a occuparsi ma che lo psicoterapeuta non dovrebbe mancare di conoscere e gestire come specificità del suo stesso lavoro.

Possiamo dire, a questo punto, che la psicoterapia ha inizio nel momento in cui il terapeuta si rende conto della presenza del *fattore carismatico* e tenta di venire a capo degli elementi suggestivi che lo contraddistinguono. Così facendo, rinuncia ad implementare la notevole predisposizione dei pazienti ad essere influenzati da una figura che, se ne fosse inconsapevole, potrebbe indurre cambiamenti positivi, peraltro non duraturi, ma costringerebbe gli stessi pazienti a una dipendenza materiale e psicologica, bloccando il *processo di mentalizzazione*, considerato il terzo fattore comune della psicoterapia, dopo l'*alleanza terapeutica* e l'*esperienza emozionale correttiva* (cfr. *Compendio di Psicoterapia*, pp. 43-69).

Freud era convinto che gli aspetti suggestivi del transfert portassero a una riattualizzazione nel setting di desideri, fantasie, ansie, modalità relazionali presenti nella relazione con le figure significative. Insomma il transfert come la ripetizione di un vecchio modo di rapportarsi. Ecco perché, secondo Freud, il setting (lettino, analista specchio bianco, anonimato e distacco emotivo) avrebbe il compito di facilitare la cosiddetta *nevrosi di transfert*, facendo affiorare dall'inconscio i conflitti irrisolti. In sostanza, per Freud il transfert è la forma primaria di resistenza che l'analista deve frustrare e interpretare in modo che non si ripeta.

⁸ Come suggerito dallo stesso Freud.

Nella psicoterapia contemporanea il transfert è diventato una componente della relazione terapeutica, e fa parte dei tre aspetti principali che la compongono: *transfert/controtransfert*; *alleanza terapeutica*; *relazione reale* (Gelso, 2014). Come si può notare, è totalmente inutile valutare il transfert (carisma o suggestione che sia) senza nel contempo valutare il controtransfert del terapeuta. Allo stesso modo, inutile risulta escludere gli elementi reali della relazione, ossia quelle caratteristiche che fanno di ciascuno dei due componenti della coppia terapeutica persone con una propria identità e dimensione sociale ma anche con peculiarità personali.

L'alleanza terapeutica concetto cardine della psicoterapia

Sono tutti concordi nel far risalire a Freud il concetto di *rapport*, e con esso la necessità di superare il conflitto tra il *transfert* come legame che facilita la relazione ma, nello stesso tempo, rallenta il processo terapeutico, costituendo una resistenza (Freud, 1912). L'aver posto un transfert positivo irreprensibile, però non è sufficiente a far superare a Freud la difficoltà di affrontare il transfert negativo, secondo lui collegato alle inevitabili conseguenze della dinamica pulsionale.

Il concetto di *rapport*, però, non è nato nel contesto del paradigma psicodinamico e della teoria delle pulsioni, come suole dirsi. Esso vede la sua matrice nel grande alveo del mesmerismo e del cosiddetto magnetismo (cfr. Lago, 2014). Se prendiamo una delle prime opere divulgative sul mesmerismo, scritta dal marchese de Puységur, abbiamo una traccia dell'originale significato attribuito alla parola *rapport*:

[...] voglio parlare del rapporto che si stabilisce tra un magnetizzatore e l'essere da lui portato allo stato completo di sonnambulismo; questo *rapport*⁹, come esponevo nelle mie prime memorie, paragonabile a quello che esiste tra una bacchetta di ferro e un ago magnetico inserito nel suo perno, è talmente impressionante, che si vedrà sempre il sonnambulo magnetico, più o meno in movimento, obbedire all'indicazione del suo magnetizzatore, come l'ago obbedisce alla bacchetta che lo fa muovere [...] (Puységur, 1807, p. 12).

Da quanto sopra, appare evidente che questa definizione non può in alcun modo rappresentare un concetto precursore di quello relativo all'*alleanza terapeutica*.

Se prendiamo in considerazione Deleuze¹⁰, allievo di Puységur e vero e proprio rifondatore del mesmerismo dopo il verdetto sfavorevole delle Commissioni Reali del 1784, il concetto di *rapport* rimane ancora limitato e non si discosta da un'idea meccanica e al più psicofisica della relazione.

[...] Devo spiegare qui qualche espressione di cui si servono i magnetizzatori, e che anch'io impiegherò. *Mettersi in rapport*, è toccare la prima volta, e col consenso di chi viene toccato; per stabilire il rapporto tra due persone, è sufficiente che si tocchino l'un l'altra. Diamo il nome di *passo* all'azione di passare la mano sui corpi o su una parte del corpo. Quando facciamo scorrere le mani dalla punta del capo lungo le braccia fino alla punta delle dita, o sul corpo fino all'estremità dei piedi, chiamiamo questa pratica *magnétiser à grands courans* [...] (Deleuze, 1813 vol. I, p. 98, 101-102).

Con molta probabilità, Freud trasse il termine *rapport* dalla sua esperienza con l'ipnosi, come pure la stessa parola *transfert*. In psicoanalisi, comunque, il termine si riferisce alla dinamica interpersonale e agli scambi che avvengono nella coppia terapeutica.

La parola *alleanza*, quindi, ha poco a che vedere con l'ipnosi e invece si adatta perfettamente al setting della psicoanalisi, dove l'accordo e la contrattualità fanno parte del metodo di lavoro fin dal primo momento.

Tra la fine degli anni Cinquanta e i primi anni Sessanta del secolo scorso, il tema dell'*alleanza terapeutica* viene proposto in modo definitivo. Il termine è coniato da Elisabeth Zetzel (1956, 1964), la quale riassume così tutti i precedenti tentativi di formulare il concetto all'interno del

⁹ Corsivo a cura del traduttore.

¹⁰ Joseph Philippe François Deleuze (1753-1835).

paradigma psicodinamico. Secondo la Zetzel, occorre prendere atto che durante una psicoterapia l'Io del paziente è sottoposto a un processo di *scissione*, ossia che la parte dell'Io non condizionata dagli elementi transferali tende ad *allearsi* con il terapeuta e inaugurare un significativo rapporto uno ad uno, in modo da riorganizzare la sua capacità di mantenere la relazione. Per spiegare cosa accade nella relazione terapeutica, Zetzel propone il modello relazionale madre-bambino, anticipando le considerazioni di Bowlby. Inoltre, tende a precisare che la relazione transferale non può nascondere quello che il terapeuta è nella realtà, ossia la sua presenza autentica, a prescindere dalle deformazioni indotte dalla nevrosi di transfert. Il lavoro prevalentemente clinico della Zetzel, quindi, si incunea nel protocollo ortodosso del setting psicoanalitico, facendo intravedere una lettura diversa del transfert, il quale perde così l'unico significato di essere il risultato delle proiezioni pre-edipiche ed edipiche del paziente.

Con Greenson (1965, 1967), il discorso sull'alleanza diviene più esplicito e si associa a quello di *alleanza di lavoro*. L'impostazione di Greenson rivela una novità rispetto alla visione della Zetzel, ossia l'inquadramento dell'alleanza come elemento in grado di valorizzare quello che l'autore definisce rapporto reale tra paziente e analista.

Successivamente, Brenner (1979), seguito da Curtis (1979) e da Adler e Bachant (1998), si esprimono in due modi:

- 1) Non differenziando l'alleanza dal transfert.
- 2) Considerando il rischio che la gratificazione, implicita nell'alleanza, possa impedire il lavoro interpretativo.

Nello stesso periodo, Bordin (1979) espone il primo punto di vista *panteorico* sull'*alleanza terapeutica*. L'alleanza viene definita come *fattore comune* delle psicoterapie, favorendo la distinzione dai *fattori specifici*, ossia dalle tecniche impiegate in ciascun paradigma.

Secondo Bordin, paziente e terapeuta si accordano, stabilendo un *legame affettivo*, riguardo a:

- Obiettivi del cambiamento
- Compiti necessari al raggiungimento degli obiettivi.

Nonostante l'impressione che i lavori di Bordin possono dare, di far coincidere l'alleanza con la relazione terapeutica *tout court*, la sua posizione è a favore di un'integrazione tra il concetto di transfert e quello di alleanza.

L'importanza dell'impostazione di Bordin, che ne ha fatto l'autore di riferimento fondamentale nel campo della ricerca sull'*alleanza terapeutica*, sta nell'aver sottolineato la necessità di una *negoziiazione* tra terapeuta e paziente circa obiettivi e compiti della psicoterapia.

La *negoziiazione*, all'interno dell'alleanza, implica una dinamica intersoggettiva continua, non a sé stante come per l'empatia, la quale costituisce un presupposto e un contesto teso a facilitare il trattamento. L'empatia, infatti, richiede una spontaneità spesso a finalizzata, laddove l'*alleanza terapeutica* diventa una costruzione indotta dal terapeuta e condivisa dal paziente. Il lavoro di Bordin, pur mettendo in primo piano l'azione del terapeuta, darà inizio a un percorso di ricerca che giunge fino ai giorni nostri.

A cominciare dagli anni Novanta, il concetto di *negoziiazione* all'interno dell'*alleanza terapeutica* viene sviluppato e affrontato in modo trasversale nel campo della psicoterapia. Ciò significa che ogni indirizzo, mettendo tra parentesi teoria e tecnica (fattori specifici), tenderà ad osservare il processo psicoterapeutico a partire dall'alleanza (fattore comune) intesa come una dinamica intersoggettiva, da osservare e valutare con strumenti uniformi e applicati ai vari paradigmi.

Collegandosi al lavoro di Bordin, Safran e Muran (1990, 1996, 2000, 2006, 2011) hanno messo a punto un sistema di valutazione che studia le vicissitudini dell'alleanza, a prescindere dall'indirizzo teorico.

In contrasto con la consolidata interpretazione delle rotture dell'*alleanza terapeutica* come difese o resistenze al trattamento da parte del paziente, Safran e Muran, propongono che il terapeuta si interroghi in ogni caso sulle proprie responsabilità in questa evenienza. La relazione reale, all'interno della coppia terapeutica, evidenziata da Greenson, prende il posto, nel qui ed ora, di tutte le vecchie impostazioni che prevedevano neutralità e distacco da parte del terapeuta e adesione incondizionata alle regole del setting da parte del paziente. I partners negoziano per meglio lavorare e ottenere i cambiamenti opportuni per il paziente.

Le rotture e in genere i blocchi dell'*alleanza* appaiono ai nostri occhi come le occasioni per impostare un lavoro più efficace, valorizzando sia gli aspetti emozionali sia gli aspetti cognitivi (opportunamente corretti mediante il lavoro di *mentalizzazione*).

A questo punto, l'attenzione terapeutica sul qui e ora non è più solo un altro punto di vista rispetto alla ricerca archeologica delle dimensioni infantili, come vuole la tradizione psicodinamica. Il qui e ora è tutt'uno con lo spazio intersoggettivo della relazione psicoterapeutica e l'*alleanza* ne è il filo conduttore, o se vogliamo la spia per individuare e superare le difficoltà che scaturiscono dalle interferenze legate al *transfert* e al *controtransfert*.

Con l'affermarsi del punto di vista intersoggettivo e relazionale, in psicoanalisi è diventata importante la sintonizzazione (*attunement*) empatica con il paziente, al fine di garantire l'accoglienza da parte del paziente del lavoro più riflessivo (interpretazione, *insight*). In tal senso, la precedente contrapposizione tra interventi supportivi e interventi espressivi è andata man mano a risolversi in una integrazione che vede ambedue gli interventi alternarsi e rinforzarsi a vicenda nelle varie fasi del trattamento.

In campo cognitivista, si è visto un ritardo nell'affrontare le tematiche della relazione, dovuto alla difficoltà di concepire un'adeguata teoria della relazione interpersonale. A queste carenze, ha provveduto la mediazione dei modelli etologici e la prospettiva evoluzionista (Liotti 1994, 2001).

In anticipo, rispetto alla tardiva rivalutazione del pensiero di John Bowlby avvenuta nell'area psicodinamica, la teoria motivazionale cognitivo-evoluzionista assume la teoria dell'attaccamento come paradigma dello sviluppo psico-affettivo e affida all'espressione dei *Sistemi Motivazionali* la spiegazione delle dinamiche comportamentali presenti nelle specie animali. Laddove le dinamiche transferali risultano attivarsi per la presenza dei MOI (modelli operativi interni) del *Sistema Attaccamento*, le dinamiche collaborative insite nell'*alleanza terapeutica* sono sollecitate dal *Sistema Cooperazione*, indipendente dai MOI.

Il fattore comune dell'*alleanza terapeutica*

L'*alleanza terapeutica*, considerata il fattore comune più determinante delle psicoterapie di qualsiasi indirizzo, si distingue come fattore aspecifico rispetto a tutti gli altri fattori evidenziati dalle ricerche meta-analitiche svolte negli ultimi anni.

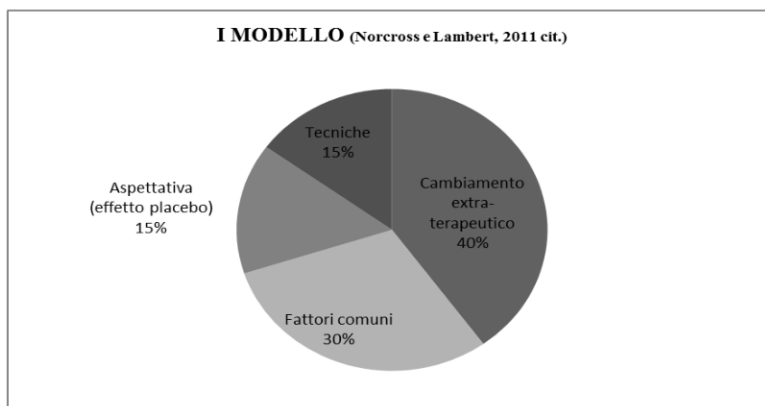
Nel *Compendio di Psicoterapia* (pp. 43-46) sono riportati due modelli di varianza che sono stati prodotti con una meticolosa meta-analisi dalla *American Psychological Association* (APA) a partire dal 1999. Le ricerche di meta-analisi sono andate avanti per opera di una *Task Force*, ovvero di una Commissione diretta da John C. Norcross, professore di Psicologia presso l'Università di Scranton (USA) e hanno prodotto tre importanti resoconti, il primo nel 2002, il secondo nel 2011, il terzo nel 2019.

Avvalendosi della metodologia EBPP (*Evidence-based Practice in Psychology*), la *Task Force* ha cercato di mettere d'accordo i risultati degli RCT con la valenza empirica della relazione terapeutica. Nel secondo resoconto del 2011, la *Task Force* APA ha prodotto due modelli di varianza in grado di rendere conto delle migliaia di studi sugli esiti e delle centinaia di meta-analisi portate a termine. La terza *Task Force* del 2019 (Norcross e Lambert, 2018; 2019) ha pressoché confermato i dati della precedente, per cui i due modelli di varianza del 2011 esprimono ancora lo stesso significato attuale complessivo.

Il primo modello (tab.1) rispecchia la percentuale della varianza in funzione dei fattori terapeutici evidenziati nella ricerca sugli esiti. In particolare, si nota la sottolineatura del

cambiamento extra-terapeutico al 40%, dovuto ad auto-cambiamento, remissione spontanea, sostegno sociale, eventi fortuiti. Ciò indica quanto sia aleatoria qualsiasi ideologia che invochi “guarigioni” o cambiamenti direttamente proporzionali all’azione del terapeuta o della sua tecnica.

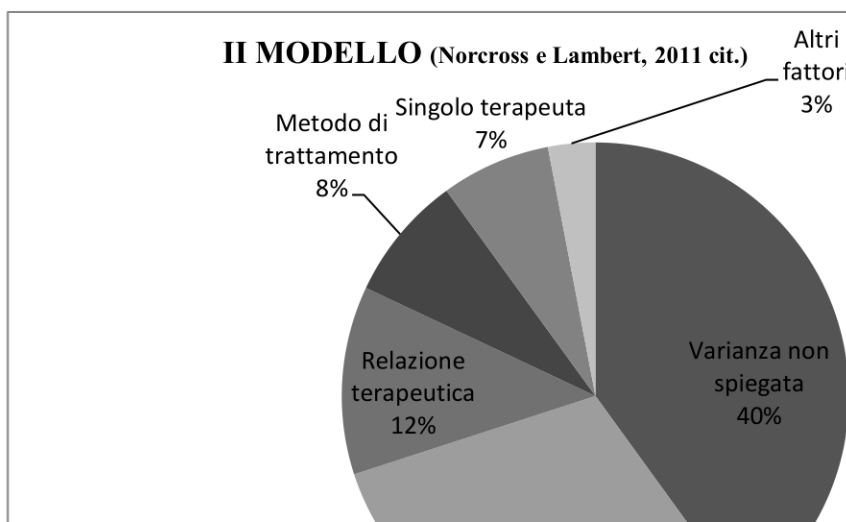
Tabella 1



I fattori comuni aspecifici (come l’*alleanza terapeutica*) sono al 30% e si trovano nella cornice più ampia della *relazione terapeutica*, includendo i fattori riguardanti il terapeuta e il paziente. I cosiddetti *fattori tecnici o specifici*, legati al metodo e all’indirizzo teorico del terapeuta, rappresentano il 15%. Un altro 15% viene assegnato alle aspettative del paziente, ossia a quello che ho definito *fattore carismatico*, e che corrisponde in tutto e per tutto all’effetto placebo delle terapie mediche. (tab.1). Faccio notare che tra cambiamenti extra-terapeutici e effetto placebo si arriva al 55% di fattori indipendenti dalla psicoterapia propriamente detta, cioè basata su un metodo e un intervento mirato al cambiamento terapeutico¹¹.

Il secondo modello (tab. 2) non spiega tutta la varianza dell’esito della psicoterapia e lascia un 40% degli effetti a fattori imprecisati e ancora da approfondire, in quanto la ricerca deve tener conto di una quantità di variabili connesse con la complessità della mente ed è giusto che si lasci un margine di errore o di incompletezza.

Tabella 2



D’altra parte, in questo modello, i *fattori comuni* sono distribuiti tra tutti i fattori terapeutici, includendo sia le caratteristiche del paziente e del terapeuta, ma anche quelle del metodo o tecnica. Nell’ultimo lavoro di meta-analisi condotto dalla terza *Task Force* dell’APA, ecco come

¹¹ In tal senso, le psicoterapie che includono la valutazione e l’elaborazione di transfert e controtransfert potrebbero aumentare la propria efficacia, attingendo al 15% di varianza attribuita al *fattore carismatico* o effetto placebo.

emergono i dati precedenti, sia riguardo alle conclusioni circa l'efficacia (tab. 3), sia riguardo al numero di studi dedicati a valutare l'outcome della psicoterapia riferito ai fattori comuni (tab. 4).

Tabella 3 (Norcross e Lambert, 2018)

Table 2
Task Force Conclusions Regarding the Evidentiary Strength of Elements of the Therapy Relationship and Methods of Adapting Psychotherapy

Evidentiary strength	Elements of the relationship	Methods of adapting
Demonstrably effective	Alliance in individual psychotherapy	Culture (race/ethnicity) Religion/spirituality Patient preferences
	Alliance in child and adolescent psychotherapy	
	Alliances in couple and family therapy	
	Collaboration	
	Goal consensus	
	Cohesion in group therapy	
	Empathy	
	Positive regard and affirmation	
	Collecting and delivering client feedback	
	Reactance level	
Probably effective	Congruence/genuineness	Stages of change
	Real relationship	Coping style
	Emotional expression	
	Cultivating positive expectations	
	Promoting treatment credibility	
	Managing countertransference	
	Repairing alliance ruptures	
Promising but insufficient research Important but not yet investigated	Self-disclosure and immediacy	Attachment style
		Sexual orientation Gender identity

Tabella 4 (Norcross e Lambert, 2018)

PSYCHOTHERAPY RELATIONSHIPS THAT WORK III 311

Table 3
Summary of Meta-Analytic Associations Between Relationship Components and Psychotherapy Outcomes

Relationship element	Number of studies (k)	Number of patients (N)	Effect size		Consensus on evidentiary strength
			r	d or g	
Alliance in individual psychotherapy	306	30,000+	.28	.57	Demonstrably effective
Alliance in child and adolescent therapy	43	3,447	.20	.40	Demonstrably effective
Alliances in couple and family therapy	40	4,113	.30	.62	Demonstrably effective
Collaboration	53	5,286	.29	.61	Demonstrably effective
Goal consensus	54	7,278	.24	.49	Demonstrably effective
Cohesion in group therapy	55	6,055	.26	.56	Demonstrably effective
Empathy	82	6,138	.28	.58	Demonstrably effective
Positive regard and affirmation	64	3,528	.28	.28	Demonstrably effective
Congruence/genuineness	21	1,192	.23	.46	Probably effective
The real relationship	17	1,502	.37	.80	Probably effective
Self-disclosure and immediacy	21	~140	NA	NA	Promising but insufficient research
Emotional expression	42	925	.40	.85	Probably effective
Cultivating positive expectation	81	12,722	.18	.36	Probably effective
Promoting treatment credibility	24	1,504	.12	.24	Probably effective
Managing countertransference	9	392 therapists	.39	.84	Probably effective
Repairing alliance ruptures	11	1,318	.30	.62	Probably effective
Collecting and delivering client feedback	24	10,921		.14-.49 ^a	Demonstrably effective

Note. NA = not applicable; the chapter used qualitative meta-analysis, which does not produce effect sizes.
^a The effect sizes depended on the comparison group and the feedback method; feedback proved more effective with patients at risk for deterioration and less effective for all patients.

Come si può notare, l'alleanza terapeutica rimane al centro dell'attenzione e costituisce ormai un dato inequivocabile per la dimostrazione di efficacia dei cosiddetti fattori comuni aspecifici (cioè non tecnici o teorici), ai quali il I modello (tab 1) assegna il 30% di varianza, ossia la rilevanza assoluta tra i fattori terapeutici.

Riferimenti

- Adler E., Bachant J.L. (1998) *Working in depth: A clinician's guide to frame work and flexibility in the analytic relationship*. Jason Aronson, Northvale, NJ – London.
- Bordin E.S. (1979) *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. In: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-26.
- Bordin E.S. (1994) *Theory and research on the therapeutic working alliance: new direction*. In: Horvath A.O., Greenberg L.S. a cura di, *The Working Alliance: Theory Research and Practice*. John Wiley & Sons, New York.
- Brenner C. (1979) *Working Alliance, Therapeutic Alliance, And Transference*. In *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 27S: 137-15.
- Curtis H.C. (1979) *The concept of therapeutic alliance: implications for the "widening of scope"*. In *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 27: 159-19.
- De Martino E. (1948) *Il mondo magico*. Boringhieri, Torino.
- Deleuze, J. P. F. (1813) *Histoire critique du magnétisme animal*. 2 vols. Paris: Mame.
- Ellenberger H.F. (1970) *La scoperta dell'inconscio*. 2 voll. Boringhieri, Torino 1976.
- Ferenczi S. (1909) *Introiezione e transfert*. Opere, vol. 1. Milano, Cortina 1990.
- Freud S. (1890) *Trattamento psichico*. OSF vol.1.
- Freud S. (1912) *La dinamica del transfert*. OSF vol. 6.
- Freud S. (1921) *Psicologia delle masse e analisi dell'io*. OSF vol.9
- Freud S. (1924) *Autobiografia*. OSF vol.10
- Freud S. (1932) *Introduzione alla psicoanalisi. Nuove serie di lezioni*. OSF vol.11.
- Freud S. (1938) *Compendio di psicoanalisi*. OSF vol. 11.
- Gallese V. (2003) *The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity*. *Psychopathology*; 36: 171-180.
- Gelso C. (2014) *A tripartite model of the therapeutic relationship: theory, research, and practice*. *Psychotherapy Research*, 24(2): 117-131. doi: 10.1080/10503307.2013.845920.
- Greenson R.R., (1965) *The working alliance and the transference neurosis*, *Psychoanalytic Quarterly*, 34: 155-18.
- Greenson R.R. (1967) *Tecnica e Pratica Psicoanalitica*. Feltrinelli, Milano 1974.
- Klaassen F.H., Held L., Figner H., O'Reilly J.X., Klumpers F., deVoogd E.D., Roelofs K. (2021) *Defensive freezing and its relation to approach-avoidance decision-making under threat*. *Nature portfolio*; Scientific Reports.
- Lago G. et al. (2005) *La personalità carismatica e il suo gruppo*. Idee in *Psichiatria* 5(1): 22-27.
- Lago G. (2006) *La psicoterapia psicodinamica integrata: le basi e il metodo*. Alpes Italia, Roma.
- Lago G. (2009) *Il carisma in psicoterapia*. *Psicologia Contemporanea* n. 211. Gen.-Feb.
- Lago G. Tropeano G. (2010) *Psicoterapia e carisma*. *Mente e Cura*, n. 1-2.
- Lago G. (2014) *L'illusione di Mesmer*. Castelvecchi, Roma.
- Lago G. a cura di (2016) *Compendio di Psicoterapia*. Franco Angeli, Milano.
- Liotti G. (1994) *La dimensione interpersonale della coscienza*. NIS, Roma.
- Liotti G. (2001) *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Cortina, Milano.
- Migone P. (2013) *Panorama storico della psicoterapia internazionale*. In: Alberto Zucconi, a cura di, *La formazione in psicoterapia. Quale scuola scegliere dopo la laurea?* Roma, Alpes Italia 2013.
- Norcross J.C., Lambert M.J. (2011) *Relazioni terapeutiche a prova di evidenza*. In: Norcross J.C., (2011) *Quando la relazione terapeutica funziona*. Sovera, Roma 2012.
- Norcross J.C., Lambert M.J. (2018). *Psychotherapy relationships that work III*. *Psychotherapy*, 55(4): 303-315. doi: 10.1037/pst0000193.

- Norcross J.C., Lambert M.J. (eds.) (2019). *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol. 1). New York: Oxford University Press.
- Chastenet de Puységur A.M.J. (1807), *Du Magnétisme Animal*, Desenne, Paris.
- Rossi Monti Martino (2018) *The Mask of Grace. On Body and Beauty of Soul between Late Antiquity and the Middle Ages*. In Bedos-Rezak & Rust, *Faces of Charisma*, Brill Ed.
- Safran J.C. et al. (1990) *The therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation*. In: *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*. 27: 154-16.
- Safran J.C., Muran J.C. (1996) *The resolution of ruptures in the therapeutic alliance*. In: *J. Cons.Clin.Psychol.* 64: 447_45.
- Safran J.C., Muran J.C. (2003) *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. Guilford Press, New York.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Wallner Samstag, L., & Stevens, C. (2001). *Repairing therapeutic alliance ruptures*. *Psychotherapy*, 38, 406–412.
- Safran J.C., Muran J.C. (2010) *L'alleanza terapeutica*. Sovera, Roma 2012.
- Safran J.C., Muran J.C., Eubanks-Carter C. (2011) *Riparare le rotture dell'alleanza*. In: Norcross J.C., (2011) *Quando la relazione terapeutica funziona*. Sovera, Roma 2012.
- Safran J., Muran J.C. (2012) *The corrective emotional experience: A relational perspective and critique*. In: Louis G. Castonguay, Clara E. Hill, *Transformation in psychotherapy: corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. Edited by Louis G. Castonguay, Clara E. Hill.
- Weber M. (1922) *Economia e società*. 2 voll. Ed. La Comunità, Torino 1961.
- Zeztel E. (1956) *Current concepts of transference*. In: *Int. J. Psycho-Anal.*, 37: 369-376.
- Zeztel E. (1964) *The analytic situation*. In: Litman R.E. a cura di, *Psychoanalysis in the Americas*. Int. Univ. Press, New York 1996.