

LA SVOLTA LINGUISTICA

di Salvatore Cesario

1. EST (Empirically Supported Treatments) e DTC (Dizionario delle Tecniche Conversazionali)¹

Questo, se non conto male, è il settimo testo che pubblichiamo sul tema della verifica dei risultati e dei processi della psicoterapia (un ottavo, probabilmente l'ultimo, è in cantiere).² Nel corso di questo mio intervento, quasi sicuramente, per un motivo o per l'altro, li citerò tutti; sicuramente anche per rimandare ad essi per tutto ciò che ci appare, ormai, accertato.

Prima di procedere, proprio a proposito di quanto ho appena detto – “ci appare, ormai, accertato” – penso ad un testo pubblicato nell'ultimo numero di *Psicoterapia e Scienze Umane: Gli interventi psicologici validati empiricamente: controversie e prove empiriche*, di Diane L. Chambless e Thomas H. Ollendick.³ Perché?

In verità, quando sosteniamo che qualcosa ci risulta ormai accertato, come meglio vedremo più avanti, pensiamo a poche linee portanti che, però, comportano l'assunzione di un punto di vista diverso su tutta la materia. Ebbene, il testo appena citato, almeno in apparenza, sebbene sostanzialmente diverga dal nostro punto di vista, mi è apparso notevole: sia perché, e in modo sofisticato,

¹ O, inglesizzando, CTD (Conversational Techniques' Dictionary).

² Si tratta della verifica di una terapia con approccio cognitivistico fatta utilizzando i due strumenti combinati di Lester Luborsky, il CCRT (Core Conflictual Relationship Theme), e di Wilma Bucci, l'AR (Attività Referenziale). In realtà, forse è utile ricordare un lavoro abbastanza, preceduto da altri preparatori, tutto dedicato ad esperienze fatte con “gravi” e verificate col ricorso al “macro-argomento” di Charles Peirce (abduzione–deduzione–induzione): *Nuove vie nella psicoterapia. Tmpi, luoghi e imprenditori della psicoterapia*, Roma, Arabe, voll. II. Importante, sempre sullo stesso tema, *Occhio clinico e guessing. Psicologia clinica e logica abduttiva* (Roma, Borla, 1999). Su un piano squisitamente teorico, vedi i capitoli 9 e 10 di *Lezioni di psicologia dinamica*, Roma Borla, 1999: *Ipotassi (script) → paratassi (finzionale) → ipotassi (scritpt) nuova* → (pp.100–122) e *La possibile verifica dei risultati* (pp. 123–141).

³ N. 3, 2001: 5–46 (la pubblicazione nell'*Annual Review of Psychology* è dello stesso anno – 52: 685–716 –).

consapevole della complessità della ‘materia’, sia perché aperto a una serie di approfondimenti in tutte o, quasi, le direzioni.

Come vedremo, in comune, mi pare che ci sia, oltre la condivisione della considerazione critica della materia – di tutti o quasi gli interventi finora realizzati e di tutti i capisaldi finora considerati conquistati –, anche la condivisione, sicuramente anch’essa critica, di un nuovo punto di vista.

Intanto, di che cosa si occupa questo articolo? Nel 1995, la “Task-Force per la promozione e la divulgazione delle procedure psicologiche” della Divisione 12 (“Psicologia Clinica”) dell’*American Psychological Association* (APA), ha pubblicato il primo di tre rapporti (Task Force, 1995;⁴ Chambless *et al.* 1996,⁵ 1998⁶) in cui viene identificata una serie di “interventi psicologici validati empiricamente”, poi chiamati “Trattamenti Supportati Empiricamente” o *Empirically Supported Treatments* (EST).

Di che si tratta? Di trattamenti psicologici di “riconosciuta efficacia” (ivi: 6). Ho avuto qualche piccola esitazione, ma mi è risultato subito chiaro che si trattava non di trattamenti risultati efficaci (dei quali si dava il rendiconto), ma di approcci psicoterapeutici – o di combinazione di approcci – risultati efficaci.

L’iniziativa americana si ispira a quella inglese originariamente conosciuta come *Evidence-Based Medicine* (EBM). Cito da p. 6: “Le premesse di questo movimento sono che: (a) la assistenza del paziente può essere migliorata dall’acquisizione e dall’utilizzo di conoscenze empiriche aggiornate; (b) è difficile per i clinici mantenersi al passo con le nuove informazioni che via via emergono riguardanti la pratica clinica; ma (c), se non lo fanno, la loro conoscenza e *performance* clinica peggiorerà negli anni a partire dalla fine del loro training; di conseguenza, (d) i clinici hanno bisogno di sintesi aggiornate delle evidenze tratte da revisioni della letteratura e di essere informati su come accedere a queste informazioni durante la pratica lavorativa di tutti i giorni”.

Mi sembra un programma egregio. Al quale, ci sembra di aver dato e di continuare a dare il nostro modesto contributo.

⁴*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations*, “The Clinical Psychologist”, 48, 1: 3–23.

⁵*An update on empirically validated therapies*, “The Clinical Psychologist”, 49, 2: 5–18.

⁶*Defining empirically supported therapies*, “Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 66: 7–18.

Forse la differenza sostanziale tra l'iniziativa illustrata nell'articolo e quella intrapresa da noi, sta nel fatto che,

- mentre la *Task Force* – forse una *Task Force* se lo può permettere; altri, come noi, che costituiscono solo una forza minuscola, non se lo possono permettere – produce gli EST come tentativi, come dire, **fatti “in grande”** – esattamente: di individuare e caratterizzare gli approcci terapeutici più validi, ma anche le combinazioni di approcci terapeutici (e non aprioristicamente, ma attraverso il supporto dalla verifica sperimentale) –
- noi – e mi riferisco soprattutto a Giampaolo Lai di cui, come tra breve risulterà, il nostro lavoro è debitore sia per l'ispirazione che vi ha infuso sia per il contributo che ancora vi porta –, più modestamente, **“in piccolo”**, produciamo il DTC (Dizionario delle Tecniche Conversazionali).

Che cos'è il DTC, di cui Carla Canestrari ha pubblicato, nel 2001, una sorta di primo “rapporto” – dico subito, per me insoddisfacente –? È la rubrica che chiude tutti i numeri della rivista *Tecniche Conversazionali* in cui, di volta di volta, sulla base dei risultati dei vari resoconti mimetici che la rivista ha pubblicato, sono segnalate e illustrate le varie “tecniche” psicoterapeutiche; **spesso di esse è indicato se e come incrociano tecniche già precedentemente segnalate e illustrate**. Il tutto a beneficio del clinico che opera nel servizio pubblico o in quello privato.

Quindi, definizione e verifica di approcci terapeutici (e di combinazione di approcci) *contra* definizione e verifica di tecniche psicoterapeutiche (e di combinazione di tecniche).

Qui, come ho detto, la differenza, sulla quale sicuramente ritorneremo.

Ma prima di procedere potremmo porci il quesito seguente: si tratta semplicemente di una differenza? Ad esempio, **il fatto che sia gli EST che il DTC si occupano anche delle “combinazioni” – l'abbiamo, non a caso, sistematicamente segnalato –, sia degli approcci che delle tecniche, non costituisce un punto in comune da cui potrebbero derivarne altri?**

Ma procediamo...

Prima voglio solo richiamare alcuni dei numerosi indizi del senso della complessità di cui ho già detto e, quindi, della cautela con cui le varie posizioni vengono presentate: quasi sempre bisognose di ulteriori approfondimenti. Dico subito che, segnalando

⁷ *Analisi del Dizionario delle tecniche conversazionali*, “Tecniche Conversazionali”, 25: 113–118.

alcuni di tali indizi, ci capiterà di rasentare e forse anche di colpire il cuore stesso dei problemi di cui ci occuperemo nel seguito di questo scritto (pensato, in ogni caso, prima della lettura di questo articolo pregevolissimo).

Un elenco parziale:

1. “Ciononostante” (segue: “Non è detto che non sia da considerarsi avventato il fatto che si possano identificare o divulgare informazioni sugli EST”) (ivi: 22); risulta evidente che, qui, è quasi messa in forse la validità di tutta la *Task Force!*
2. “Questa stessa decisione si è dimostrata controversa.” (preceduto da: “Quindi, molti gruppi di lavoro indipendenti hanno provato a fare il passo successivo per identificare più precisamente quali trattamenti psicologici *evidence-based* si possano prendere in considerazione per specifici pazienti”) (ivi: 23); la decisione che risulta controversa è, quindi, quella che sia possibile individuare trattamenti “specifici” per “specifici” pazienti; non è uno scherzo!
3. molte pagine sono dedicate all’uso dei manuali (ad esempio, ivi: 24 sgg.). Pur sostenendo la bontà dei manuali⁸ – anche se stesi nelle forme più varie⁹ –, gli autori fanno affermazioni come le seguenti: “Di fatto, in un sondaggio tra psicologi abilitati, Addis e Krasnow (2000)¹⁰ hanno trovato che era *egualmente* probabile che i professionisti vedessero i manuali di trattamento *sia positivamente che*

⁸ “La Task Force concluse che i manuali di trattamento, ***o i loro equivalenti nella forma di una chiara descrizione della tecnica psicoterapeutica***, sono necessari per fornire una definizione operativa dell’intervento studiato, in quanto psicoterapie molto diverse possono essere tutte rubricate all’interno di un’unica definizione, per esempio ‘psicoterapia psicodinamica’ o ‘terapia cognitivo-comportamentale’. Mancando una descrizione precisa della tecnica, i clinici non sono in grado di determinare la somiglianza delle loro pratiche agli EST, e i formatori non possono addestrare i loro studenti negli EST. In termini di conoscenza generale, ciò significa che non ha senso dire che un trattamento funziona se non si è in grado di dire che trattamento sia” (ivi: 25; corsivo nostro). D’accordo! Ma badate bene al senso delle parti messe in corsivo... e a tutto il passo citato: **di nuovo, il problema è se dobbiamo occuparci di approcci o di tecniche!** Vedi, comunque, più avanti.

⁹ “Un manuale di trattamento è un’esposizione dei principi e delle procedure dell’intervento psicologico, ed include sia gli interventi prescritti sia quelli vietati. I manuali possono essere nella forma dettagliata di linee guida, seduta per seduta, o possono fornire un’ampia flessibilità all’interno della struttura data dagli autori” (ivi: 24).

¹⁰ *A national survey of practicing psychologists’ attitudes toward psychotherapy treatments manuals*, “Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 68: 331–339.

negativamente. Seligman (1995)¹¹ e Garfield (1996),¹² tra gli altri, hanno mosso una diversa obiezione all'uso dei manuali, basata sul fatto che i clinici nella loro pratica quotidiana reale non seguono i manuali, e quindi il loro uso limita la generalizzazione dell'efficacia della ricerca. *In effetti*, in accordo con la ricerca di Addis e Krasnow (2000), il 47% degli psicologi abilitati non ha mai usato manuali durante il lavoro clinico. *Ad ogni buon conto*, il fatto che i terapeuti possano non usare i manuali non significa stabilire che sarebbe meglio che non li usassero. [...]. Alcuni autori (es. Elliott, 1998)¹³ si sono lamentati del fatto che i criteri della *Task Force* sono troppo poco restrittivi perché si riferiscono solo all'efficacia dei trattamenti in RCT [= Randomized Controlled Trials] e non alla loro 'efficienza', cioè al loro reale funzionamento in quella che viene definita pratica clinica reale [e ritorna il "reale"]. Questa questione, a nostro avviso, è ben più importante di quella che riguarda l'eventuale uso di manuali" (ivi: 25–26; corsivo nostro);

4. il tema dell'utilità o meno del manuale è ripreso più avanti (ivi: 27 sgg.); significative sono espressioni come: "Comunque" (ivi: 27); "non conosciamo ricerche su questo primo punto" (ibidem); "sarebbe quindi decisamente auspicabile una ricerca mirata a questo aspetto" (ibidem); "Quindi questo studio non dimostra la reale utilità dei manuali, ma rappresenta piuttosto un tentativo di andare verso un manuale meno flessibile. *Dovrebbero essere condotte altre ricerche di questo tipo* [...]" (ivi: 28; corsivo nostro);
5. un'altra critica, ma molto calibrata: "La *Task Force* ha stabilito che gli esperimenti dovessero essere condotti con una 'buona' metodologia, *ma cosa significa 'buona'?* [...]. Questi autori non hanno formulato regole decisionali precise e rapide, facendo pensare a potenziali *bias* da parte degli autori delle revisioni della letteratura. A nostro avviso, questa è una delle critiche più significative al lavoro della *Task Force*. Il gruppo non ha fornito prove sull'attendibilità

¹¹ *The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study*, "American Psychologist", 50: 965–974.

¹² *Some problems with "validated" forms of psychotherapy*, "Clinical Psychology: Science and Practice", 3: 218–229.

¹³ *The empirically supported treatments controversy*, "Psychotherapy Research", 8: 115–170.

delle sue decisioni e nessuna spiegazione dettagliata del modo con cui si è arrivati alle decisioni. *Tuttavia* [...]” (ivi: 26; corsivo nostro);

6. dalla critica appena accennata, anche se conclusa con un “tuttavia” quasi assolutorio, nasce la necessità di verifiche e approfondimenti maggiori: “Consapevole dell’importanza che le revisioni della letteratura fossero considerate ben ponderate ed imparziali, il Comitato di Scienza e Pratica della Divisione 12, che continuò il lavoro della *Task Force* dell’APA, aveva posticipato di vari anni il processo di revisione degli EST affinché fosse prima prodotto un complesso manuale da usare per la valutazione dei trattamenti. La dodicesima bozza di questo manuale è stata recentemente completata (Weisz e Hawley, 2000)¹⁴ ed è in fase di revisione da parte dei membri del Comitato” (ivi: 26). Non sembra una fatica di Sisifo?
7. Una serie di affermazioni combaciano con quanto sosterranno più avanti... ma l’interessante è la conclusione (cioè, di nuovo, il “tuttavia” finale!): “Ovviamente, se tutti i tipi di psicoterapia sono ugualmente efficaci per tutti i problemi, l’identificazione degli EST sarebbe un lavoro ben poco significativo. Molti sostengono che le revisioni della letteratura sulla ricerca in psicoterapia abbiano dimostrato che questo è il caso. Per esempio, Wampold *et al.* (1997)¹⁵ hanno condotto una meta-analisi in cui hanno testato l’ipotesi che l’*effect size* [= dimensione del risultato] nei raffronti tra differenti tipi di psicoterapia sia nulla. I loro risultati supportano questa ipotesi e sono rappresentativi dei risultati di simili meta-analisi. Una comune interpretazione di tali reperti è che i fattori non specifici (la qualità del rapporto paziente–terapeuta) siano responsabili di tutta la varianza del risultato del trattamento. I fattori non specifici chiaramente sono molto importanti in psicoterapia, per esempio all’interno della relazione terapeutica essi spiegano circa il 9 % della varianza del risultato (vedi la meta-analisi

¹⁴ *Procedural and coding manual for identification of beneficial treatments*, “Unpublished manuscript”, Department of Psychology, UCLA.

¹⁵ *A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “All must have prizes”*, “Psychological Bulletin”, 122: 203–215.

- di Horvarth e Symonds,1991).¹⁶ *Tuttavia* [...] (ivi: 28–29; corsivo nostro);
8. “Non è del tutto chiaro” (ivi: 32);
 9. di nuovo, ma più approfonditamente: “Uno degli argomenti più forti contro la divulgazione degli EST è la scarsità di prove che i trattamenti nei setting di ricerca siano efficaci quando applicati (a) in normali setting clinici come l’attività privata, i centri medici e i Centri di Salute Mentale, e (b) ai pazienti normali, cioè coloro che non sono selezionati secondo un’ampia lista di criteri di esclusione e coloro che non hanno accettato di essere assegnati in modo randomizzato ai trattamenti come parte di un progetto di ricerca. Nella letteratura psicoterapeutica, questa distinzione è conosciuta come la differenza tra ‘efficacia’ ed ‘efficienza’ [...]. È vero che, fino a poco tempo fa, le ricerche in psicoterapia riguardavano quasi esclusivamente le ricerche di efficacia, *ma* i dati di efficienza stanno per emergere (ivi: 32; corsivo nostro);
 10. “ciononostante” (ivi: 34);
 11. “tuttavia” (ivi: 35);
 12. “sia come sia” (ibidem);
 13. “Questa affermazione deve essere stemperata” (ivi: 37);
 14. “una ricerca [...] sarebbe molto utile” (ibidem);
 15. “però” (ivi: 38);
 16. “tuttavia” (ibidem);
 17. “Questi dati e quelli della meta–analisi sottolineano che il problema della specificità è complesso [...]” (ibidem);
 18. “tuttavia” (ibidem);
 19. consideriamo, infine, la conclusione che segue all’affermazione “che c’è molto da imparare sull’applicazione degli EST e sui loro benefici nella pratica clinica” (ivi: 39): **”Allo stesso tempo**, è importante sottolineare che la pratica effettiva della psicoterapia *evidence–based* implica molto di più che imparare specifiche procedure descritte nei manuali degli EST. Pressoché tutti gli EST danno per scontato il fatto che i terapeuti possiedano buone abilità terapeutiche non specifiche. Per esempio, all’interno del Progetto di Ricerca Collaborativo per la Terapia della Depressione (TDCRP)

¹⁶ *Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta–analysis*, “Journal of Counseling Psychology”, 38: 139–149.

dell’NIMH (Elkin *et al.*, 1989¹⁷), che riguarda due EST per la depressione (terapia cognitiva e terapia interpersonale [IPT]) in cui i terapeuti seguivano manuali di trattamento complessi, gli effetti del trattamento variavano in base alla competenza del terapeuta (Shaw *et al.*, 1999¹⁸). Le variabili del paziente, come la capacità di formare un’alleanza con il terapeuta (Krupnick *et al.*, 1996¹⁹) e il livello di funzionamento prima dell’inizio della terapia (es. Elkin *et al.*, 1995²⁰), si sono altresì dimostrate importanti nel prevedere il risultato del trattamento” (ivi: 39–40; corsivo e grassetto nostri).

Il problema del rapporto tra EST e DTC rimane, mi sembra, ancora aperto; in ogni caso, mi pare interessante che lo abbiamo potuto porre; e mi risulta autoevidente che la stessa possibilità di porlo sia stata data dall’atteggiamento profondamente aperto, oltre che critico, degli autori dell’articolo.

2. Il “genus” richiamato, nel titolo,²¹ dall’espressione “sui generis” è quello conversazionalistico (e conseguente specificazione dei due *focus* – dei *foci* – della ricerca).

Non vogliamo qui ripetere quanto abbiamo già più volte affermato e, forse, anche dimostrato in altri scritti... Per amore di brevità, ci riferiamo solo agli ultimi due (collettivi): *Il transfert da Freud a Luborsky. La verifica luborskiana di una terapia sistemico-relazionale della famiglia* (Roma, Borla, 2001) e *L’auto-aiuto psichiatrico. I processi aspecifici della terapia* (Milano, FrancoAngeli,

¹⁷ National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments, “Archives of General Psychiatry”, 46: 971–982.

¹⁸ Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression, “Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 67: 837–846.

¹⁹ The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program, “Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 64: 532–539.

²⁰ Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program, “Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 63: 841–847.

²¹ Verifica di una psicoterapia psicodinamica sui generis.

2001). Ma dobbiamo, per chiarezza verso il lettore, fare dei richiami, anche se il più possibile concisi e chiari.²²

Intanto, è utile – l’abbiamo già fatto – segnalare che molti dei lavori pubblicati e di quelli in corso, costituiscono parte di un insieme di ricerche svolte e in svolgimento in collaborazione con Giampaolo Lai,²³ collaborazione che, come ogni reale collaborazione, ha anche comportato e incluso, momenti di forte dialettica.

A proposito di tale dialettica, ricordiamo, tra l’altro, il dissenso che, da un certo momento in poi, ci ha separati sulla verificabilità o non delle psicoterapie nei tempi lunghi.

Come molti, forse, sanno, Giampaolo Lai ha deciso, ormai una quindicina di anni fa, che non erano verificabili i risultati nei tempi lunghi, ma anche in quelli brevi, perché non è possibile padroneggiare il numero eccessivamente ampio delle variabili in campo; tra tutte, quella rappresentata dallo stesso scorrere del tempo; ed è ripiegato su quella ch’egli ha definito la “micro-sequenza”, rappresentata da una sola seduta – ribattezzata “conversazione psicoterapeutica” – o, addirittura, da una sezione della medesima.²⁴

Prima con una ricerca pubblicata nel 1996,²⁵ quindi con un approfondimento della medesima, fatto nel 1998 attraverso l’applicazione dell’analisi grammaticale (vedi “Glossario”) sui materiali trattati inizialmente solo sul versante della semantica,²⁶ abbiamo dimostrato, almeno ci sembra, che quando una

²² Un aiuto ce lo offrirà il “Glossario” che conclude, insieme alla “Guida all’approfondimento bibliografico”, questo testo.

²³ Il luogo privilegiato in cui gli esiti delle ricerche vengono resi pubblici e dibattuti è la rivista, diretta da Giampaolo Lai, *Tecniche Conversazionali*.

²⁴ Chambless e Ollendike, nell’articolo di cui abbiamo fornito ampi stralci, definiscono le ragioni che hanno portato Giampaolo Lai alla scelta che abbiamo segnalato, *attrition*; ora, l’*attrition* si riferisce all’“attrito” dovuto ai fattori inquinanti di una ricerca, ad esempio alla progressiva perdita di pazienti mano a mano che una terapia si allunga. Interessante riportare il passo per intero: “Data la difficoltà a raccogliere dati di *follow-up* non confusi da trattamenti aggiuntivi e da un alto tasso di *attrition*, tipicamente l’efficacia fu valutata **subito** dopo il trattamento’...]” (ivi: 12; corsivo e grassetto nostro). Interessante: l’attrito porta qui i ricercatori (Chambless *et. al.*) alla stessa scelta di Giampaolo Lai: alla verifica fatta “subito” = alla microsequenza.

²⁵ *La potenza dell’immagine fascinatrice – appassionante, psicodemonica o simbolica – attraverso il tempo*, in *La verifica dei risultati nella psicoterapia*, *op. cit.:* 209-285. Possiamo considerare questa ricerca, come quella che pubblichiamo qui, la verifica di una terapia con approccio psicodinamico *sui generis*; la differenza è che qui il fatto viene messo al centro della ricerca, là è rimasto alla sua periferia.

²⁶ Ci riferiamo a *Psicologia Dinamica e conversazionalismo*, di Salvatore Cesario e Giacomo Gradoni, Bergamo, Moretti & Vitali, 1999.

conversazione psicoterapeutica è attraversata da un “motivo narrativo” ricorrente, si può, con buone ragioni, ipotizzare che lo stesso motivo narrativo attraversi anche la conversazione extraterapeutica. A compattare intra ed extra-terapia è l’ossessione.

Abbiamo generalizzato i risultati di questa ricerca a tutte le psicoterapie quando abbiamo avuto il coraggio di precisare che ogni psicoterapia è tallonata da un’ossessione, anche se il disturbo prevalente non è quello ossessivo;²⁷

La ricerca di Chiara Barni, che qui pubblichiamo,²⁸ e che, possiamo senz’altro anticiparlo, in qualche modo finisce col proporre una possibile conciliazione tra la verifica della microsequenza (alla Giampaolo Lai) e la verifica della macrosequenza, dimostra

1. la possibilità di verificare i risultati all’interno di tre sedute singolarmente prese, situate nel tempo a distanza di un anno la seconda dalla prima e di 4 mesi e mezzo la terza dalla seconda;
2. la possibilità di verificare i risultati tra la prima e la seconda, la seconda e la terza...
3. concludendo che la differenza tra il “salto” (tra il “prima” e il “dopo”) all’interno della “microsequenza” (seduta, conversazione psicoterapeutica...) avviene in relazione diretta con la problematica di partenza; mentre il “salto tra la prima “microsequenza” e le due successive avviene al livello della “complessità” di elaborazione della medesima problematica (vedi *infra*, pp. _____).²⁹

Ciò che, comunque, accomuna le nostre ricerche è un fatto ordinario capace di produrre effetti straordinari. Ci riferiamo al fatto che i ricercatori nell’ambito della verifica dei risultati e dei processi fanno sempre ricorso alle trascrizioni dei testi delle conversazioni psicoterapeutiche. Si tratta di un fatto ordinario; basta pensare che i sistemici hanno ereditato dal gruppo di Palo Alto, che era un gruppo di ricerca, insieme a ciò che ha loro permesso di costruire l’approccio

²⁷ Vedi, di Salvatore Cesario, *L’ossessione neutralizza le variabili*, in *Lezioni di psicologia dinamica*, op. cit.: 123-126.

²⁸ Si tratta della verifica di una psicoterapia a lungo termine – di tre sedute-conversazioni che coprono l’arco di un anno e mezzo – utilizzando il CCRT di Lester Luborsky e l’analisi grammaticale di Giampaolo Lai. Sul CCRT, vedi più avanti; sull’analisi grammaticale, vedi il “Glossario” e la “Guida all’approfondimento bibliografico” in fondo al testo. (Evidentemente, nel corso dell’esposizione della ricerca, Chiara Barni provvederà a fornire i chiarimenti di volta in volta necessari).

²⁹ Vedi la parte forse anche iconograficamente più elegante della ricerca (pp. _____):

sistemico–relazionale, anche il *setting* di ricerca: lo specchio unidirezionale e la videoregistrazione...

Ma tale fatto ordinario, a ben guardare, ha degli effetti straordinari... Ad esempio, quello di far virare la psicologia dinamica – quella che noi insegniamo... ma, a nostro parere, tutte le discipline che ruotano intorno alla psicoterapia – verso la semantica, la linguistica; verso quello che Giampaolo Lai ha definito “conversazionalismo”.³⁰

Ricordate che, secondo Freud, l’“interpretazione dei sogni è la via regia per la conoscenza dell’inconscio”,³¹ ebbene, più volte Giampaolo Lai ha segnalato che non possiamo mai lavorare sul sogno ma solo ed esclusivamente sul “racconto” del sogno.³² Questo

³⁰ Non a caso il suo ultimo trittico è tutto centrato sulla conversazione: *La conversazione felice*, Milano, Il Saggiatore, 1985; *Conversazionalismo*, Torino, Bollati–Boringhieri, 1993; *La conversazione immateriale*, Torino, Bollati–Boringhieri, 1995. Vedi, del 1996, *La nuova epistemologia in psicoanalisi dopo la svolta linguistica*, in *Conoscenze psicoanalitiche e pratiche sociali*, a cura di Giampaolo Lai e Olga Cellentani, Milano, FrancoAngeli: 11-13.

³¹ “Ma l’interpretazione dei sogni è la via regia che porta alla conoscenza dell’inconscio nella vita psichica” (*L’interpretazione dei sogni*, 1900, Torino, Boringhieri, 1996: 553). **A Jung capita di citare quasi letteralmente Freud; ad esempio in *Considerazioni sulla psicologia del sogno*: “L’analisi dei sogni è lo strumento per eccellenza del trattamento analitico” (1916–1948, in *Opere*, Torino, Boringhieri, vol. 8, 1976: 297). Qui l’analisi sta per l’interpretazione. Ma, molto spesso, capita che lo citi, come dire, proponendo una sorta di scorciatoia verso l’inconscio che salta sia lo strumento: l’“interpretazione” del sogno che l’approdo: la “conoscenza” dell’inconscio; come se il sogno fosse un trampolino di lancio da cui tuffarsi direttamente nel sogno; vedi, ancora, nel *Necrologio* in cui, proprio in sede di valutazione conclusiva – fatta *post mortem* –, attribuisce a Freud la sua propria scorciatoia: “Il sogno è la via regia alla conoscenza dell’inconscio” (1939, in *Opere*, Torino, Boringhieri, vol. 15, 1991: 220); nel *Saggio di esposizione della teoria psicoanalitica*: “Come giustamente dice Freud, il sogno è la ‘via regia per accedere all’inconscio’” (1912-55, in *Opere*, Torino, Boringhieri, vol. 4, 1976: 169). **Si tratta di un’oscillazione in cui c’è tutto Jung!****

³² *Un sogno di Freud*, Torino, Boringhieri, 1977: 15 sgg.; *La conversazione felice*, op. cit.: 119 segg.; *Un sogno e il racconto di un sogno*, “La Ginestra”, n. 3, 1993: 21–29; *Il labile sogno dell’interpretazione*, in *Il sogno dell’interpretazione*, a cura di Maco Conci e Francesco Marchioro, Bolzano, Media 2000 editrice, 1995: 43–55. Peraltro, come abbiamo avuto occasione di dimostrare, Freud stesso ha interpretato, almeno una volta, ma in modo clamoroso, non il sogno ma il racconto, un punto preciso del racconto del sogno: quello in cui tale racconto trattava della dimenticanza di una parte del sogno... (vedi *La verifica dei risultati in psicoterapia*, op. cit.: 1996. 147; il passo freudiano è nell’*Interpretazione dei sogni*, op. cit.: 306). Ancora, mentre fino a non molto tempo fa, secondo Giampaolo Lai il racconto di un sogno o di altro era sempre interpretabile, anzi: doveva essere sempre interpretato – potevano e dovevano esservi elaborati l’illocutorio e il perlocutorio –, più

fatto, ripetiamo, fa virare la psicologia dinamica, erede della psicoanalisi, verso la linguistica, la semiotica, il conversazionalismo; col risultato che viene, inevitabilmente, almeno nella psicologia dinamica applicata alla verifica dei risultati e dei processi, privilegiato lo studio dei processi; e lo studio di questi come processi linguistici, forme retoriche.³³

Concludendo questo sottocapitolo, possiamo icasticamente affermare che la terapia verificata da Chiara Barni è detto che è psicodinamica *sui generis*; ebbene, il suo genere, se lo esplicitiamo, è “conversazionalistico”.³⁴ Nei capitoli successivi spiegheremo come il conversazionalismo comporti, e in che misura, una traslazione di significato dei termini tecnici “specifico” e “aspecifico”; qui anticipiamo che “conversazionalistico” significa “aspecifico”.

Ad esempio, nel corso della terapia, che potremmo definire conversazionale, nel senso di non ancorata ad una costellazione fissa di processi specifici:

1. non viene operata, da parte dello psicologo, una scelta tra interpretazione e non interpretazione (sappiamo che l'interpretazione è lo strumento *princeps* della psicoanalisi; in particolare come interpretazione del *transfert*). Nella terza seduta esaminata lo psicologo si dilunga nell'interpretazione dei sogni presentati dalla paziente, interpretazione che, in apparenza, sembra proprio di tipo psicoanalitico (basti solo pensare all'equazione topo = membro maschile). Ma siamo ben lontani dall'interpretazione psicoanalitica classica: prima di tutto quello che lo psicologo interpreta non è il sogno (come prevede la psicoanalisi), ma il racconto del sogno (per Giampaolo Lai, abbiamo già visto, non abbiamo mai a che fare con un sogno, ma solo con il racconto di un sogno);

recentemente la netta impressione è ch'egli, a partire da alcuni risultati di una ricerca in corso sulle conversazioni con malati di Alzheimer (vedi in particolare *Conversazioni senza comunicazione*, insieme a Giovanni Gandolo, “Tecniche Conversazionali”, n. 23, 2000: 52–65), e sulla base di una parziale generalizzazione di essi, stia mettendo in discussione l'esistenza comunque e sempre della “competenza” del locutore a costruire un messaggio e dell'interlocutore a decifrarlo.

³³ Non a caso, un grande ispiratore di Giampaolo Lai, soprattutto nella costruzione del marchingegno che opera sulle possibili concordanze tra gli esiti dell'analisi semantica e quelli dell'analisi grammaticale (sintattica ecc.), è il *Trattato dell'argomentazione* di Chaïm Perelman e Lucie Olbrechts-Tyteca, 1958, Torino, Einaudi, 1966 e 1989.

³⁴ Un esempio di terapia sistemica *sui generis* è dato da *La terapia di un gruppo di uditori di voci*, di Salvatore Cesario, Donatella Miccinesi e Pino Pini, Milano, Franco Angeli (in corso di stampa)

inoltre, il tipo di interpretazione fornito rimanda soltanto apparentemente alla sfera sessuale: Alice, infatti, non è trattata come avente problemi sessuali, ma, difficoltà, e cospicue, nel vivere (e lasciar vivere) liberamente un rapporto;

2. non c'è una scelta tra "direttività" e "non direttività" (è a tutti nota la valenza dirimente della non direttività tra psicoanalisi e altre forme di terapia): nel primo incontro, infatti, lo psicologo appare molto direttivo, mentre non lo è negli incontri seguenti (nel terzo, peraltro, egli privilegia l'aspetto interpretativo);
3. non viene fatta, infine, una scelta tra "neutralità" – altra forma della non direttività (che sappiamo essere privilegiata dalla psicoanalisi, nonostante ci siano informazioni discutibili riguardo alla reale neutralità di Freud) – e "non neutralità": nel primo incontro, per esempio, vediamo lo psicologo partecipe fino all'eccesso: basti pensare al racconto, molto confidenziale, che egli fa riguardo ad un suo trascorso personale:

"PSICOLOGO: *Le dico questa cosa, molto personale, non si dovrebbe fare, comunque, io mi ricordo che io avevo i capelli ondulati, molto apprezzati a casa mia, «Oh come sono belli i capelli di [...], eccetera...».* Quando arrivai ad una certa età, diciotto, diciannove anni, diventarono crespi, ci fu una... intorno all'esame di maturità io cominciai a perdere i capelli... i capelli si ammalarono, diventarono crespi. E... io cominciai col pensare di avere dei brutti capelli. Quando una volta, una donna che si era innamorata di me, tra le varie cose, mi disse che amava molto i miei capelli, **perché** erano crespi. Rimasi sba... rimasi spiazzato". (Vedi il resoconto della prima seduta (p. _____)).

Lo psicologo, quindi, utilizza i vari strumenti senza porsi problemi di appartenenza ad una determinata scuola anziché ad un'altra ed opera scelte diverse in base alle circostanze. In questo caso lo strumento consisterebbe nell'uso di *exempla*, ma non di *exempla ficta*, sebbene costruiti con materiali della propria biografia.³⁵

³⁵ Giampaolo Lai, che ha appena letto questo capitolo, mi manda una nuova "voce" del Dizionario – di prossima pubblicazione – definita "Somministrazione di autobiografia". Partito dalla definizione: "*Parliamo di somministrazione di autobiografia quando il conversante – il terapeuta –, in luogo di restituire all'interlocutore – il paziente –, il motivo narrativo dei suoi turni verbali di partenza,*

In sintesi: il metodo luborskiano utilizzato per verificare la terapia in questione, funziona anche applicandolo ad un tipo di psicoterapia anomalo (in quanto libero da vincoli teorici), che sembra rassomigliare al genere di terapia proposto dal Conversazionalismo. Questo, infatti, aspira proprio al passaggio dalla scuola all'accademia, dalla teoria alla tecnica, definita "sganciata dalla teoria".³⁶ La "mossa" dello psicoterapeuta verso il paziente, pertanto, finisce col sostituire l'interpretazione; quest'ultima solitamente – se non: per definizione – è dettata da una teoria ed è, o tende ad essere, ortodossa. La mossa, invece, è innanzitutto tecnica, svincolata cioè da una teoria ed è mirata ad un risultato e non alla dimostrazione della coerenza con qualche *corpus* teorico.³⁷

3. Processi aspecifici e processi specifici

Nei prossimi capitoli cercheremo di descrivere il nuovo punto di vista sulla materia derivato dalle ricerche che stiamo facendo.

Per quel che riguarda

1. l'*outcome research* e la *process research*, la loro distinzione e la loro, più recente e fruttuosa, intersecazione;
2. il superamento del punto di vista di Hans Eysenk, secondo il quale il miglioramento dei pazienti, quando c'è, è dovuto alla "remissione spontanea",³⁸ superamento che ha portato

propone frammenti della propria storia biografica", snocciolata una ricca casistica, conclude così: "In tutti gli esempi riportati la somministrazione di autobiografia favorisce la condivisione di motivi narrativi e quindi aumenta la coerenza testuale; consente la ripresa tra i due interlocutori di elementi del lessico comune, e quindi aumenta la coesione testuale. Attenua la asimmetria tra il conversante che pone domande e l'interlocutore dal momento che il conversante medesimo fornisce argomenti relativi al campo della stessa domanda. Secondo Salvatore Cesario, l'uso del suo *exemplum* qui ripreso si situa nella prospettiva del terapeuta che sceglie di utilizzare i vari strumenti che ritiene adatti alle circostanze, senza sentirsi vincolato da precetti derivati da varie scuole di appartenenza, specificamente alla regola della neutralità psicoanalitica".

³⁶ Vedi, ad esempio, i titoli di alcuni articoli di Giampaolo Giampaolo Lai quali: *Tecnica senza teoria*, del 1980 ("Psicologia Italiana": 140–147); *L'apprendimento della tecnica senza teoria*, del 1981 ("Il ruolo terapeutico", 28: 4–51); *Schizzi di tecnica senza teoria*, del 1982 ("Psicoterapia e scienze umane", 3: 105–120) eccetera. (Per breve tempo Lai curò, ne *Il ruolo terapeutico*, uno spazio intitolato *lo ci provo senza*, sottinteso: teoria).

³⁷ Vedi, di Giampaolo Lai, *Conoscenza e convivenza*, del 1984, pubblicato in *Psicoterapia e Scienze Umane*, n. 2: 63-69.

³⁸ *The effect of psychotherapy: an evaluation*, "Journal of Consulting Psychology", 1952, n. 16: 319-324. Vedi anche, per ulteriori approfondimenti, in italiano, sempre

- a. alla dimostrazione dell'efficacia della psicoterapia;³⁹
- b. ma non alla dimostrazione che una psicoterapia è più efficace di un'altra;⁴⁰
- c. quindi, alla formulazione dell'ipotesi secondo la quale l'efficacia delle psicoterapie è da attribuirsi ad elementi comuni "non specifici",⁴¹

rimandiamo a quanto esposto approfonditamente nei due testi collettivi già segnalati. Qui, sempre concisamente, recuperiamo alcune considerazioni che ci consentano di capire

1. come i processi "aspecifici", quelli, cioè, che sono considerati comuni a tutte le psicoterapie, cioè a tutte le costellazioni di processi che si presentano come costellazioni "fisse" – infatti ciascuna di esse coincide con un approccio psicoterapeutico che si definisce diverso da tutti gli altri –, possano diventare specifici quando di essi viene individuato il *modus operandi*;
2. come i processi "specifici", quelli, cioè, che sono considerati peculiari di ciascuna psicoterapia – alcuni di essi, infatti, sono supposti essere capaci di differenziare un approccio psicoterapeutico da tutti gli altri –, quando

di Eysenk, *Usi ed abusi della psicologia*, 1953, Firenze, Editrice Universitaria, 1961.

³⁹ Ricordiamo, tra le molte ricerche, quella svolta da Mary Smith, Gene Glass e Thomas Miller, nel 1980, *The Benefits of Psychotherapy* (Baltimore, Maryland, John Hopkins Univ. Press), il cui risultato è stato che chi ha fatto una psicoterapia sta meglio di circa l'85 % di coloro che non l'hanno fatta. Vedi, qui, del primo sottocapitolo, i punti 7 e 8.

⁴⁰ Nel 1975, Lester Luborsky, Burton Singer e Lise Luborsky, dopo aver messo a confronto i risultati di terapie psicodinamiche e comportamentali, e una volta scoperto che non c'erano differenze significative nei risultati ottenuti da entrambe le psicoterapie, proclamano l'ormai noto "verdetto di Dodo": "Tutti hanno vinto e ognuno deve ricevere un premio" (*Comparative studies of psychotherapies: is it true that everyone has won and all must have prizes?*, "Arch. Gen. Psychiatry", **32, 1975: 995-1008**). Ancora: vedi, qui, del primo sottocapitolo, i punti 7 e 8.

⁴¹ Il commento di John Gunderson *et al.* alla conclusione di una famosa ricerca svolta a Boston (1972-1984) sui risultati ottenuti da diversi tipi di psicoterapia nel trattamento di pazienti schizofrenici, riafferma chiaramente l'importanza del rapporto in senso "aspecifico"; infatti, Gunderson *et al.* affermano: "non è vero che i risultati migliori vengono ottenuti dai terapeuti cosiddetti 'più dotati', ma solo da un buon accoppiamento (*match*) tra paziente e analista; in altre parole, anche terapeuti meno dotati riescono a produrre buoni risultati, se sono accoppiati bene coi loro pazienti (*Psicoterapia con pazienti schizofrenici*, in *New Trends in Schizophrenia*, a cura di Paolo Migone *et al.*, Caserta, Fondazione Centro Praxis, vol.1, 1988: 250–271). Ancora: vedi, qui, del primo sottocapitolo, i punti 7 e 8. Aggiungerei anche il punto 2.

siano sottoposti ad adeguato trattamento, possano diventare aspecifici, disponibili, cioè, all'uso di qualsiasi operatore, al di fuori di qualsiasi costellazione fissa (di processi).

4. Dall'aspecifico allo specifico (e in che senso)

Nell'ambito delle ricerche finalizzate alla ricerca sui processi e sui risultati si distinguono processi specifici e processi aspecifici. Jerome Frank, è uno degli studiosi che più si è occupato dei processi aspecifici.⁴² Morris Parloff, nel suo *Stato attuale della ricerca sui risultati della psicoterapia*, del 1975⁴³ fornisce ampi squarci (spesso riassunti) degli scritti di Jerome Frank e, a proposito della non specificità, dichiara: "La sfida della ricerca è *identificare questi elementi comuni e di utilizzarli più intenzionalmente* per potenziare ulteriormente l'efficacia della psicoterapia. Queste componenti non sarebbero 'artefatti' da svalutare, ma elementi che devono essere compresi" (ivi: 25; corsivo nostro).

Secondo Frank (ibidem), l'elemento fondamentale, che è condiviso da tutte le psicoterapie, è la relazione umana aspecifica che il terapeuta riesce a offrire al paziente per costruire un rapporto che lo faccia sentire sicuro, protetto e incoraggiato.

Ne *L'auto-aiuto psichiatrico. I processi aspecifici delle psicoterapie*, si rende conto di un fatto particolarmente significativo: un paziente può fare un intervento psicoterapeutico a favore di un altro paziente. Non si dovrebbe definire tale intervento "psicoterapeutico" perché chi lo eroga non è uno psicoterapeuta ma il classico utente dello psicoterapeuta: il paziente. Si dovrebbe definire "a valenza psicoterapeutica"; ma perché definirlo in questi termini e non accettare le conseguenze, eventualmente tutte le conseguenze, del fatto che un paziente può fare psicoterapia?

Nei resoconti mimetici di due incontri di auto-aiuto psichiatrico, il primo in assoluto avvenuto in Toscana, a Firenze, nel 1978, il secondo avvenuto vent'anni dopo, nel 1998, risulta chiaro che i

⁴² *Persuasion and Healing*, Baltimora, John Hopkins Univ. Press, 1961, 2a ed. 1973; *General psychotherapy: The restoration of morale*, "American Journal of Psychiatry", vol. 131, 3, 1974: 271-274; *The present status of outcome studies*, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", n. 47, 1979: 310-316; *Therapeutic components shared by all psychotherapies*, in *Psychotherapy Research and Behavior Change*, a cura di Harvey J.H. & Parks M.M., Washington, American Psychological Association, 1982.

⁴³ "Psicoterapia e scienze umane", 1988: 3-39.

numerosi interventi psicoterapeutici incontrati ci pongono di fronte all'aspecificità relativa, non tanto al singolo processo, quanto al promotore, all'esecutore del processo; il quale non è più lo psicoterapeuta, ma il paziente (che interviene a vantaggio di un altro paziente).

Ebbene, alcuni di tali processi, sembrano, e lo sono, aspecifici e diventano specifici strada facendo (come, ad esempio, l'"invito alla condivisione" che, essendosi modulato in sub-interventi e avendo prodotto, alla fine, un risultato validabile, passa inevitabilmente dall'ambito dell'aspecifico a quello dello specifico); altri, invece, sono specifici fin dall'inizio; la gran parte di questi sono costituiti da "inviti al finzionale": nel primo resoconto, tale processo specifico ("invito al finzionale") è attivato da una psicologa tirocinante; nel secondo, da una paziente.

Ne possiamo, quindi, concludere che:

1. un processo aspecifico può diventare specifico; e questo accade quando di esso viene individuato il modo di funzionamento e attivata la verifica del risultato;
2. un processo "specifico" può diventare "aspecifico"; in tanti modi, uno dei quali è il seguente: lo promuove, lo esegue, un non-psicoterapeuta (in questo caso, addirittura, un paziente).

5. Dallo specifico all'aspecifico (e in che senso)

Luborsky, con il suo metodo,⁴⁴ si prefigge di verificare le psicoanalisi e, in particolare, le sue; siccome, centrale (core), nella psicoanalisi, risulta il processo chiamato *transfert*, egli cerca di indagare proprio il *transfert* e i suoi effetti.

Ebbene, in più ricerche, la prima delle quali è pubblicata in *// transfert da Freud a Luborsky*,⁴⁵ abbiamo scoperto che il metodo di Luborsky – ripetiamolo: pensato per la verifica dei risultati delle psicoanalisi, e, in particolare, di quelle di Luborsky –, è in grado di verificare i risultati di una terapia sistemica; ora sappiamo che

⁴⁴ Fondamentale, di Lester Luborsky e Paul Crits-Christoph, è *Capire il transfert*, 1990, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1992. Ma anche, di Lester e di Ellen Luborsky, *Évaluation des phénomènes transférentiels par différentes méthodes dont celle du "thème relationnel conflictuel central"*, in *Recherches cliniques "planifiées" sur les psychothérapies* a cura di Paul Gerin e Alice Dazord, Paris, INSERM, 1992: 35-53.

⁴⁵ *Op. cit.*

l'approccio sistemico non contempla il *transfert* tra i suoi processi, né come centrale né come marginale.

Quali sono le conseguenze di questo fatto che non si può sottovalutare?

Ma torniamo a Luborsky

Come procede egli nella costruzione del suo metodo?

L'abbiamo già visto. Comunque, semplificando al massimo, egli individua in un testo (= una trascrizione) o più testi di conversazioni psicoterapeutiche (psicoanalitiche), degli Episodi Relazionali; si ha un ER quando si incrociano:

1. un **Desiderio** (del paziente);
2. un'**Aspettativa** dello stesso, del tipo: se faccio così e così, otterrò che il mio desiderio sia soddisfatto;
2. una **Risposta** (da parte degli altri);
4. una **Reazione** (da parte del sé).

Ebbene, se si esamina un certo numero di EERR, inevitabilmente si vede affiorare uno schema relazionale; schema che, per rievocare il *transfert*, Luborsky aggettiva, oltre che come centrale, anche come conflittuale. A noi basta l'aggettivazione "relazionale".

Ancora, se si prosegue leggendo altri testi, se tutto va bene, si scoprirà, in un testo distanziato dal precedente da un lasso di tempo più o meno lungo, che lo schema relazionale è cambiato. Ed è un fatto positivo; sì, perché quasi sempre, se non sempre, lo schema relazionale iniziale è quello responsabile di molti dei guai del paziente; e, forse, non tanto perché sbagliato di per sé, ma perché sempre e metodicamente "trasferito" a situazioni diverse da quelle in cui si è formato o è stato adottato. Usando un termine non psicoanalitico, si potrebbe dire che tale schema, da un certo momento in poi, non è più "generalizzato" ad altre situazioni o, addirittura, a tutte le situazioni relazionali.

Abbiamo detto "generalizzato"; perché? Perché la sostituzione di un termine "aspecifico" come questo, al posto di quello "specifico" di *transfert*, consente di proseguire nell'utilizzazione del CCRT nella verifica di terapie altre rispetto a quelle psicoanalitiche (in particolare, rispetto a quelle luborskiane).

Comunque, soppiantato dalla "generalizzazione", il *transfert* è scomparso?

No, esso non è scomparso affatto, ma è stato straordinariamente semplificato, tanto da non apparire – da non essere – più un processo specifico ma un processo aspecifico, cioè utilizzabile da qualsiasi operatore.

Si tratta di un fatto estremamente significativo: il *transfert*, infatti, è un processo specifico quanti altri mai; estremamente stratificato; vi si trova di tutto: dal “falso nesso” degli *Studi sull'isteria* del 1892-95, alla “coazione a ripetere” di *Al di là del principio di piacere*, del 1920, con alcuni squarci di interessantissima *Weltanschauung*; se si aggiunge che il *transfert*, nella psicoanalisi, a differenza che nella psicoterapia ad orientamento psicoanalitico, deve essere sempre interpretato (analizzato), il processo chiamato *transfert* risulta ulteriormente “specificato”.

Luborsky, questo *transfert* ultra-specifico, proprio allo scopo di renderlo oggetto – oltre che strumento – di indagine, lo ha semplificato. Tanto lo ha semplificato che quel che ne rimane è, sì, uno strumento preziosissimo – tra l'altro, un *test* utile ad individuare il grado di vischiosità o di flessibilità (del modello relazionale del paziente o di chiunque altro) –, ma non specificamente psicoanalitico. Rassomiglia, infatti, molto al “copione” di Eric Berne⁴⁶.

Attraverso gli Episodi Relazionali, infatti, che cosa ricaviamo?

Lo schema relazionale del paziente o di chiunque altro. La griglia Desiderio → Aspettativa → Risposta (da parte dell'interlocutore) → Reazione (del paziente) →, cattura questo schema relazionale; cattura anche il suo mutamento; cattura, cioè, l'affacciarsi ad un possibile mutamento di schema; eventualmente, anche l'approdo ad uno schema diverso.

Possiamo ipotizzare che, in ulteriori ricerche, la semplificazione ci porterà a trasformare altri processi specifici in aspecifici. Può darsi, però, che ci siano anche altre strade sulle quali si può procedere verso l'aspecificità.

6. Concludendo, ma solo provvisoriamente

A seguito di quanto esposto, proponiamo che:

⁴⁶ *A che gioco giochiamo*, 1964, Milano, Bompiani, 1967; *"Ciao!"... E poi?*, 1964, Milano, Bompiani, 1998; *Fare l'amore*, 1970, Milano, Bompiani, 1998. Interessante il fatto che il CCRT sia stato proposto da Luborsky, inizialmente, come misura di tematiche di relazione centrale... e solo dopo... “È stato solo in un secondo momento che le esperienze con il CCRT lo hanno indotto a rendersi conto che si era imbattuto in una definizione operativa del *transfert*”; è quanto afferma Luborsky a proposito di se stesso in Luborsky e Crist-Cristoph, *The assessment of transference by the CCRT method*. in *Psychoanalytic process research strategies*, a cura di H Dahl, H. Kächele, & H. Thomä (Eds.), New York, Springer-Verlag, 1988: 100:

1. non avendo ormai le ricerche, in questi ultimi 15-20 anni, dimostrato la superiorità di una costellazione di processi specifici su di un'altra – di una psicoterapia su di un'altra –, risulti, ormai, dimostrato che tale superiorità non esiste. Questo esito dovrebbe comportare l'interruzione di questo filone di ricerche, proprio perché un risultato, e molto significativo, anche se diverso da quello progettato – ma così procede la ricerca scientifica – queste ricerche l'hanno ormai avuto e l'hanno anche consolidato;
2. che le successive ricerche si concentrino:
 - a. sui processi aspecifici, allo scopo di capire meglio come essi funzionino; trasformandoli in specifici, ma non perché appartenenti ad una determinata costellazione di processi, bensì, perché di essi è stato finalmente reso noto il modo di funzionamento, il grado di efficacia e, quindi, sono diventati disponibili all'uso di ogni operatore;⁴⁷
 - b. sui processi specifici, allo scopo di ridurli a processi aspecifici, cioè, espunti da una costellazione determinata di processi, anch'essi resi disponibili all'uso di ogni operatore; e questo, sia percorrendo la via, che ci è sembrata maestra, della semplificazione, sia altre vie già percorse e altre che, mano mano, si dimostreranno utili.

Ebbene, una volta registrato

1. che processi aspecifici – come la “sintonia”, ma anche la “condivisione” – la quale è, comunque, un processo “specifico” dell'auto-aiuto –, quando se ne è individuato il *modus operandi* sono diventati “specifici”, processi, cioè, di cui è noto il modo di funzionamento ma che non fanno necessariamente capo ad un approccio psicoterapeutico

⁴⁷ A questo proposito, segnaliamo alcune ricerche recenti: quella di Chiara Fredianelli, *Processi specifici e aspecifici. Verifica di una terapia sistemico-relazionale della famiglia*. (Tesi di Laurea, relatore Salvatore Cesario, Biblioteca del Dipartimento di Psicologia di Firenze) che, indagando su quattro incontri di una terapia fatta presso un Centro di Terapia Familiare dove veniva, oltre che praticato, anche insegnato l'approccio sistemico, da uno psicoterapista formato all'approccio sistemico ma anche ad altri approcci, tra cui anche quello dinamico, ha scoperto l'utilizzazione e il *modus operandi* di alcune tecniche fondamentali, tutte aspecifiche in assoluto; cioè, non facenti capo a nessun *setting*, né sistemico né non sistemico. Quella di Alessandro Remorini, *Charlie telefono amico. Il processo della “sintonia”* (Tesi di Laurea, relatore Salvatore Cesario, Biblioteca del Dipartimento di Psicologia di Firenze), che ha dimostrato il *modus operandi* di una tecnica solitamente qualificata come aspecifica, quella, per l'appunto, della “sintonia”.

particolare e a quello soltanto; come abbiamo detto, sono a disposizione di tutti gli operatori che vogliono utilizzarli;

2. che un processo centrale nell'approccio psicoanalitico, quello del "transfert", semplificato a processo di "generalizzazione", è diventato aspecifico; quindi, anch'esso, oltre che sempre e ancora meglio noto nel suo modo di funzionamento, è diventato disponibile a tutti gli operatori... in quanto non facente necessariamente e solo capo all'approccio psicoanalitico,

nasce il seguente problema: esistono altri processi centrali in altri approcci psicoterapeutici che, attraverso la semplificazione o per altre strade, possono accedere al rango di processi aspecifici con le conseguenze ormai note? A questo problema-interrogativo abbiamo cominciato a rispondere in *Il dialogo interiore di una Paziente Designata. La verifica di una terapia sistemica*, di Salvatore Cesario e Caterina Silvestri, Milano, Guerrini (in corso di stampa), studiando due processi

- a. quello della "focalizzazione", centrale nell'ipnosi;
- b. quello del "sistema", centrale nell'approccio sistemico.

Inevitabilmente, rimandiamo al testo appena citato.⁴⁸

⁴⁸ Segnaliamo il sottocapitolo b) *Il fenomeno della globalizzazione rispetto a quello della manualistica* (il capitolo è il 7°) per il nostro punto di vista relativo all'uso del manuale di cui, qui, nel primo sotto-capitolo (punti 3 e 4).