

**La verifica di una psicoterapia cognitivo-
costruttivista *sui generis***

**Salvatore Cesario
e
Lorenzo Cionini (a cura di)**

di

**Chiara Barni
e
Giulia Galli**

INDICE

Prefazione (prima), di Salvatore Cesario, p.

Prefazione (seconda), di Lorenzo Cionini, p.

Introduzione, di Chiara Barni e Giulia Galli, p.

PARTE PRIMA: GLI STRUMENTI

CAP. I

Dagli EERR al CCRT (Episodi Referenziali al Core Conflictual Relationship Theme) di Lester Luborsky, di Chiara Barni, p.

CAP. II

L'AR. (Attività Referenziale) di Wilma Bucci di Giulia Galli, p.

PARTE SECONDA: LA RICERCA, di Chiara Barni e Giulia Galli

CAP. I, di Chiara Barni

- a. Analisi del contenuto e individuazione del CCRT della prima conversazione (11/10/1991)
- b. Costruzione del pacchetto di tecniche
- c. Conclusioni della prima conversazione psicoterapeutica

CAP. II, di Chiara Barni

- a. Analisi del contenuto e individuazione del CCRT della prima conversazione (04/10/01), p.
- b. Costruzione del pacchetto di tecniche, p.
- c. Conclusioni della prima conversazione psicoterapeutica, p.

CAP. III, di Chiara Barni

- a. Analisi del contenuto e individuazione del CCRT della prima conversazione (21/02/02), p.
- b. Costruzione del pacchetto di tecniche, p.
- c. Conclusioni della prima conversazione psicoterapeutica, p.

Conclusioni, p.

CAP. IV

Lettura, tramite l'A.R., dei picchi emotivi, di Giulia Galli, p.

Conclusioni generali, di Chiara Barni e Giulia, p.

Glossario e Indicazioni bibliografiche

Prefazione (prima)

di

Salvatore Cesario

Il 17 maggio del 2003, nel Salone dei 500 di Palazzo Vecchio, evidentemente a Firenze, si è svolto un congresso ambizioso quanto ai risultati che si prefiggeva di raggiungere e che, comunque, almeno sul piano della partecipazione, è stato un vero e proprio successo (il Salone era strapieno); il suo titolo era *Una svolta nella verifica dei risultati e dei processi delle psicoterapie*.

A suggerire ai noi, promotori del convegno, che una “svolta ci fosse stata erano alcuni elementi tra i quali soprattutto i seguenti:

- in primo luogo il risultato della meta-meta-analisi di Lester Luborsky che aveva, da poco, confermato il risultato della meta-analisi di più di trenta anni prima; che, cioè, non c’era nessuna differenza, dal punto di vista dei risultati, tra il ricorso ai vari “approcci” psicoterapeutici;
- in secondo luogo, l’ingresso sulla scena internazionale e nazionale del “movimento EST (Empirically Supported Treatments)”; tali trattamenti (treatments) vengono anche definiti *evidence-based* (tradotto in italiano: “basati sull’evidenza”; torneremo sull’“evidenza”).

Non è il caso che qui riportiamo i vari modi di affrontare la questione “svolta”-sì-o-“svolta”-no; gli *Atti* del congresso sono reperibili all’indirizzo web www.disfinzione.com (o it).

Quanto al risultato della meta-meta-analisi di Luborsky, personalmente ho contestato che fosse da interpretarsi come Luborsky e i luborskiani ritengono; come, cioè, un segno che i fattori (tecniche, processi) decisivi siano quelli “comuni” a tutte le psicoterapie, quelli cosiddetti “aspecifici” rispetto a quelli “specifici”.

Quando si dice “specifici”, si pensa ai processi che caratterizzano un determinato approccio; come, ad esempio, la focalizzazione nell’ipnosi, l’interpretazione del *transfert* nella psicoanalisi, la designazione nella sistemica, l’esposizione nel cognitivismo.¹

¹ Sulla possibilità che i primi tre processi – che sono poi i processi per antonomasia, oltre che specifici, dell’ipnosi, della psicoanalisi e della sistemica – possano trasformarsi in aspecifici, vedi il nostro *I processi, le tecniche: dallo specifico all’aspecifico e viceversa*, in *Il colloquio interiore di una paziente*

Ho proposto l'opportunità di occuparsi, per approfondirli, di tutti i processi, sia di quelli specifici che di quelli aspecifici.²

Per quel che riguarda il movimento EST, la psicoterapia *evidence-based* o basata sull'evidenza, ne abbiamo segnalato alcuni aspetti positivi; sicuramente uno, il seguente: ne *Gli interventi psicologici validati empiricamente: controversie e prove empiriche*,³ Diane Chambless e Thomas Ollendick, quando propongono i trattamenti validati empiricamente più adeguati relativamente ai vari *desorders* o malattie, suggeriscono – spesso, addirittura nella misura del 25 % – delle “combinazioni” di trattamenti.

Questo ci è apparso un fatto notevole; perché, insieme all'invito quasi a doppio legame ma esplicito, in alcuni testi esemplari dell'area, da una parte a seguire, come dire, pedissequamente, le indicazioni di ciascun approccio, dall'altra a muoversi “creativamente”,⁴ abbiamo concluso circa la fecondità di questo “movimento” proprio perché esso finisce

- col disancorare, *de facto*, anche se non *de iure*, la ricerca sulla verifica e la pratica psicoterapeutica da un punto di riferimento, come quello della “manualizzazione”, fino ad ora basilare ma anche sostanzialmente sterilizzante;⁵
- e propone, *de facto*, anche se non *de iure*, un significativo passaggio dall'“approccio” al “pacchetto (package) di tecniche”; il che fa gioco a chi, come noi, in questi ultimi anni ha trovato che le proprie numerose ricerche portavano tutte ad un risultato, come dire, anti-approccio.⁶

designata. Verifica di una psicoterapia sistemica, Guerini Scientifica, Milano, 2002, pp. 112-142. Per quel che riguarda l'“esposizione”, tecnica per antonomasia del cognitivismo, più avanti.

² Cosa che abbiamo già cominciato a fare anche per quelli aspecifici; quanto al processo “condivisione”, vedi *L'auto-aiuto psichiatrico. I fattori aspecifici nella psicoterapia*, di Salvatore Cesario, Flavia Mariotti e Dimitri Sani, FrancoAngeli, Milano, 2002; quanto al processo “sintonia”, vedi *Come un paziente si costruisce lo psicoterapeuta di cui ha bisogno (in questo caso: sintonico)*, in *Un pacchetto evidence-based di tecniche cognitivo-comportamentali sui generis*, di Salvatore Cesario, Chiara Fredianelli e Alessandro Remorini, Firenze University Press, 2002.

³ 2001, tr. it. in *Psicoterapia e Scienze umane*, n. 3, 2001, pp. 5-46.

⁴ Vedi *Un pacchetto... op, cit*, pp. 6-7.

⁵ I manuali, ad esempio, di psicoterapia analitica e psicoterapia sistemica, erano – forse sono ancora – strumenti fondamentali per poter ricercare la differenza tra le due psicoterapie sunnominate. Spesso si è sorriso di questa pratica sostenendo che chi lavora nelle ricerche di verifica, più che fare psicoterapia, applica un manuale.

⁶ Vedi, ad esempio, a livello di *pamphlet*, *Stelle fisse e costellazioni mobili. Il rapporto tra gli Empirically Supported Treatments e il Dizionario delle Tecniche*

In attesa di leggere, nel numero 31 di *Tecniche Conversazionali*, il commento di Giampaolo Lai⁷ al nostro *L'unica evidenza è che non c'è nessuna evidenza. La verifica di una psicoterapia di un Disturbo Ossessivo Compulsivo*,⁸ ricordiamo in sintesi l'esperienza che in questo libro – nella sua prima parte – riportiamo e il perché del suo titolo abbastanza provocatorio.

Il DOC in questione – in fondo si tratta di una definizione diagnostica che abbiamo ritrovato già fatta da illustri psichiatri ma che non abbiamo mai condiviso fino in fondo – aveva il seguente sintomo *par excellence*: avuti un “flash”, una “visione”, immediatamente il DOC ne dimenticava il contenuto; affannosamente cercava di riappropriarsene; falliva e si disperava.

Alla fine abbiamo suggerito che questo “sintomo” potesse essere interpretato come una sorta di “gioco a nascondino” del ritorno del rimosso; il rimosso ritornava, sì, ma immediatamente riscompareva e così di seguito...

Fino a quando è esploso quello che abbiamo definito il “Festival dei ricordi”.⁹

Ebbene, nell'ipotesi che quella della *Wiederholung*, cioè la ripetizione freudiana con annessi e connessi: rimozione + ritorno del rimosso e accessori, sia un'ipotesi attendibile, quella che incrociamo in questa fattispecie è sicuramente una *Wiederholung* atipica; come spesso diciamo, anche nel titolo di questo lavoro: *sui generis*. Infatti, né io né i miei colleghi abbiamo mai incontrato, nella nostra pratica psicoterapeutica, una fattispecie di questo tipo.

Da cui il titolo *L'unica evidenza...*; anche perché, se “evidence” in inglese significa “prova”, in italiano “evidenza” significa qualcosa che non ha bisogno di prova; per l'appunto, tutto il contrario.

Prima di introdurre finalmente, cioè in termini più diretti, il lavoro che pubblichiamo, vorrei richiamare alcune reazioni al convegno suindicato; guarda il caso, da parte dei nostri amici, più che amici, dell'*Accademia delle Tecniche Conversazionali di Milano*.

Abbiamo messo nel sito suindicato tre interventi tratti dal n. 30 di *Tecniche Conversazionali*. I primi due – l'“Editoriale” di Giampaolo Lai, “La cortesia conversazionale e la verifica dei risultati”¹⁰ e

Conversazionali, a cura di Salvatore Cesario e Laura Filastò, Guerini Scientifica, Milano, 2002.

⁷ L'abbiamo letto. Purtroppo si tratta di una presentazione frettolosa quasi solo di alcune “voci” del “Glossario”.

⁸ Di Daniela Benemei, Salvatore Cesario e Angela Turchi, Guerini Scientifica, Milano, 2003.

⁹ Si tratta del titolo di un capitolo del libro (*op. cit.*, pp. 65-91).

¹⁰ 2003, pp. 4-7.

“Empiria alla riveschia” di Pierrette Lavanchy¹¹ – lavorano sui risultati del convegno fiorentino del 17 maggio 2003 formulando proposte interessanti (ci torniamo tra poco). Il terzo, col suo titolo quanto mai perentorio *L'assoluta evidenza dell'effetto delle conversazioni* – di Giampaolo Lai e di Pierrette Lavanchy¹² –, immediatamente richiama il titolo del nostro recente lavoro, anch'esso abbastanza perentorio: *L'unica evidenza è che non c'è nessuna evidenza*.

Per gradi, ma velocemente.

Osservano Giampaolo Lai e Pierrette Lavanchy ne *La cortesia...* “Allora, se i medesimi interventi si trovano trasversalmente in diversi approcci di scuole differenti, vuol dire che in ogni scuola la tecnica è una procedura eclettica, e che quindi si perde la specificità degli interventi tecnici? Probabilmente le cose non stanno così. Basta introdurre i due criteri della frequenza e della gerarchizzazione. **Rispetto al conversazionalismo**, dove appaiono di tanto in tanto, nell'EMDR gli interventi di focalizzazione sono da considerare interventi specifici perché sono molto più frequenti. Inoltre, se in psicoanalisi si può utilizzare tutta una serie di interventi che si trovano anche in altri approcci (basti pensare al *confronto*, *confrontation*, così simile alla *focalizzazione attentionale*) tuttavia questi interventi sono gerarchicamente subordinati alla interpretazione che preparano. Possiamo allora pensare che, con l'introduzione delle due clausole della frequenza e della gerarchizzazione, la specificità degli interventi è salvata: gli interventi specifici, caratterizzanti, della psicoanalisi sono le interpretazioni; dell'EMDR è la focalizzazione sensoriale; **del conversazionalismo**, la restituzione del motivo narrativo; della terapia sistemica sono le ingiunzioni paradossali”.¹³

Mi sembra un passaggio molto interessante da cui, a mio parere, discendono le conseguenze che indichiamo:

- ragguardevole è che, più o meno esplicitamente, i Nostri riconoscano che il *Conversazionalismo* è un “approccio” (se di “approcci” possiamo continuare a parlare);
- ma... un approccio, una costellazione, mobile;
- anche se dotato/a dei suoi “specifici” ingredienti.

Per parte mia mi riconosco in questo “approccio”-costellazione; forse i miei ingredienti sono un po' diversi? Basta dichiararli (= specificarli): i fondamenti della psicoanalisi – *strictu senso*: le vicissitudini della ripetizione, della *Wiederholung* + una spruzzata

¹¹ *Ibidem*, pp. 29-31.

¹² *Ibidem*, pp. 32-46.

¹³ P. 6; il corsivo e il grassetto sono miei.

delle varie altre tecniche + qualche trovata tecnica *sui generis* che non guasta mai, senza disdegnare l'uso di un intervento direttivo quand'è utile.

In più, cerco di verificare in che modo – nel corso del trattamento, intenzionalmente o preterintenzionalmente – si è formato un “pacchetto” di tecniche e come questo ha “funzionato”; in ispecie, come una tecnica ha interagito con l'altra (nel linguaggio di Giampaolo Lai, come si è “insecata” con l'altra).

A proposito della finalizzazione di un singolo pacchetto al debellamento di una sindrome o di un *disorder*, in qualche modo faccio fronte comune con Giampaolo Lai in nome della disidentità.

Quanto, invece al titolo dell'articolo dei Nostri, *L'assoluta evidenza dei risultati...*

- sull'assoluta evidenza della verifica di una singola tecnica, non ci sono dubbi al mondo; soprattutto, poi, se fatta dai Nostri valorosissimi e servendosi, oltre che dell'analisi grammaticale, arricchita del “quoziente nomi/verbi”, anche dell'analisi logica (della micro-sequenza);
- il problema è se sia possibile – come pensano i colleghi appassionati agli EST – raggiungere un'eguale evidenza nella verifica di “pacchetti” di tecniche equivalenti agli “approcci” (non so come mai, ultimamente risulterà il solo a occuparmi di “approcci”, anche se in direzione anti-approccio!);
- Comunque qui voglio rivolgere ai Nostri, in particolare a Giampaolo, l'onore delle armi: in un articolo, ormai e giustamente famoso, *Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazioni delle ricerche*,¹⁴ Drew Westen, coadiuvato da Kate Morrison e Heather Thompson-Brenner, utilizzando le stesse armi – cioè, gli stessi strumenti (per intenderci, egli non contesta assolutamente l'RCT = *Randomized Clinical Trials*) – dei promotori degli EST, arriva a delle conclusioni molto critiche rispetto a tutto il lavoro EST.
- In particolare, cito da Westen: “Come suggeriamo in un'altra parte dell'articolo (vedi anche Bleuter, 2000),¹⁵ che sarebbe

¹⁴ L'originale è stato pubblicato nel 2004; nel 2005 in italiano, un'ottantina e più di pagine, su *Psicoterapia e Scienze Umane*, rivista co-diretta da Paolo Migone che è sicuramente l'ispiratore di questa traduzione, di cui lo ringrazio. Consiglio la lettura, in certi momenti impegnativa, in genere spassosissima, del testo integrale; a chi avesse voglia di arrivare subito al “nocciolo”, propongo una sorta di bignami fatto da Paolo Migone stesso ne *Il ruolo terapeutico*, n. 98, pp.103-114.

¹⁵ *David and Goliath: When empirical and clinical standards of practice meet*, “American Psychologist”, 55, pp. 997-1007.

forse meglio focalizzare la metodologia degli RCT sulla verifica sperimentale di interventi, di strategie di intervento e di processi di cambiamento anziché di trattamenti completi, e lavorare per verificare delle idee guida che promuovano la pratica di psicoterapie *orientate*, più che *validate, empiricamente* (*ibidem*, pp. 30-31; il corsivo è dell'autore). L'"altra" parte dell'articolo la troviamo a pagina trentaquattro (in nota): "Occorre però che la ricerca si dia altre finalità, e cioè che gli RCT non siano utilizzati solo per validare pacchetti di trattamenti per la depressione ma anche per valutare strategie di intervento che possono risultare utili ai clinici, *in particolari frangenti*, con pazienti che presentano sintomi depressivi clinicamente significativi" (qui il corsivo è mio). Infine, questo per dare l'idea della centralità, nell'articolo, di questa proposta,¹⁶ la ritroviamo tale e quale nel *Riassunto*: "Infine [...], invece di validare ed esportare pacchetti di trattamenti, suggerisce [l'articolo] di testare empiricamente

¹⁶ L'insistenza sul "motivo narrativo" è notevole; vedi "Possiamo utilizzare e fare migliore uso dei disegni sperimentali degli RCT *focalizzando la nostra attenzione sulle strategie di intervento e su i processi di cambiamento piuttosto che sulla validazione di interi pacchetti di trattamenti*, e concentrando gli interventi sui quei sintomi bersaglio suscettibili di venire modificati in un arco di tempo relativamente breve. ***Là dove i disegni sperimentali degli RCT forniscono solo un'informazione limitata, dovremmo trarre vantaggio da una delle più grandi risorse a nostra disposizione, la pratica clinica, che può e dovrebbe servire da laboratorio naturale sia per generare che per verificare le nostre ipotesi***" (*ibidem*, p. 77; il corsivo e il grassetto sono miei); "Anziché concentrare gli sforzi su pacchetti di trattamenti costruiti in laboratorio e destinati a essere 'esportati nella pratica clinica', basandoci sull'assunto che qualsiasi singolo RCT è in grado di rispondere a tutte le questioni clinicamente significative, faremmo meglio a riallineare i nostri obiettivi, passando dal voler dotare i clinici di minuziose istruzioni per il trattamento di sintomi o sindromi decontestualizzate, all'offrire loro *interventi testati empiricamente e teorie del cambiamento terapeutico empiricamente validate* che essi possano integrare in *trattamenti empiricamente orientati* ('empirically informed rather than empirically validated'). Tale riallineamento richiederebbe certo un concetto assai differente della natura del lavoro clinico – nonché della relazione tra scienza e pratica clinica – di quello oggi diffuso nella nostra disciplina, dove ricercatori e clinici guardano spesso gli uni agli altri con sospetto e poca stima [...]. Richiederebbe anche come presupposto – ed è forse la cosa più importante – la presenza di specialisti capaci di decidere istruiti in modo clinicamente competente (anziché operatori paraprofessionali istruiti a seguire fedelmente un manuale validato): competenti cioè sia nel leggere e interpretare ciò che di saliente sulla ricerca di base e applicata offre la letteratura, sia nel leggere le persone – competenze, temiamo, non altamente correlate. Così come, allo stesso modo, temiamo che la formazione di clinici di questo tipo sia una prova non meno impegnativa del discutere e progettare i trattamenti da affidare alla loro guida (*ibidem*, p. 79; il corsivo è dell'autore).

strategie terapeutiche e teorie del cambiamento che i clinici possano integrare in terapie *informate* empiricamente” (*ibidem*, p. 80; il corsivo è dell’autore).

- Ebbene, non è questo che Giampaolo Lai fa da almeno una ventina d’anni?



Venendo al nostro testo più direttamente.

Intanto, fin dai primi cenni, voglio riconoscere a ciascuno il suo contributo:

- a Chiara Barni la descrizione della proposta teorica e metodologica di Lester Luborsky (Parte prima, cap. I);
- a Lucia Galli la descrizione della proposta teorica e metodologica di Wilma Bucci (Parte prima, cap. II);
- a Chiara Barni e a Lucia Galli, l’“analisi del contenuto” delle tre conversazioni (Parte seconda, capp. I, II e III);
- a Chiara Barni, l’analisi delle medesime conversazioni col metodo di Luborsky (EERR = Episodi Relazionali → CCRT = *Core Conflictual Relationship Theme*) (*ibidem*);
- a Chiara Barni e a Lucia Galli le *Conclusioni*, con particolare riguardo allo strumento di Luborsky e a quello di Bucci; di fatto è nella parte dedicata a Wilma Bucci nelle “Conclusioni” che si concentra l’intervento, come dire, clinico di Lucia Galli;
- alle due colleghe già citate e a me medesimo il ruolo di “giudici” quanto all’applicazione del metodo di Wilma Bucci.¹⁷

Qui ringraziamo Lorenzo Cionini, docente di *Psicologia Clinica* presso la facoltà di Psicologia di Firenze ma anche direttore della *Scuola di psicoterapia cognitivo-costruttivista* di Firenze, perché ci ha dato le tre conversazioni su cui lavorare e, sugli esiti della nostra fatica, ci ha fornito una seconda “prefazione”.

¹⁷ Siamo ricorsi ad una valutazione di giudici, come dire, “semplificata”. Infatti, non abbiamo utilizzato nessun marchingegno predisposto per ottenere dei dati relativi al grado di concordanza e su quali settori... Semplicemente: 1. Cesario ha impostato l’analisi di contenuto, 2. Barni l’ha fatta sua, eventualmente approfondendola, e su di essa ha innestato l’analisi luborskiana; 3. Cesario ha esaminato gli esiti di quest’ultima e li ha approvati; 4. il tutto è stato trasmesso a Galli che l’ha approvato; 5. Cesario, Barni e Galli si sono incontrati allo scopo di individuare le microsequenze da esaminare, quelle contenenti presumibilmente i “picchi” emotivi; tutti e tre hanno fatto le medesime proposte (cioè, hanno concordato); così come hanno concordato sul resto; 6. infine, Cionini ha letto il tutto e il suo parere (complessivamente concordante) è contenuto nella seconda *Prefazione*.

Quanto al senso di questa ricerca, anche nell'ambito – stavo per dire: quasi a coronamento – delle ricerche fatte finora,¹⁸ dirò solo alcune cose (il resto nel testo)

Ho letto in uno dei numerosi testi *sull'evidence-based*, penso a *L'approccio evidence-based in psicoterapia* di William J. Lyddon e John V. Jones, Jr.,¹⁹ un'esperienza particolare di esposizione – e l'"esposizione", come abbiamo detto all'inizio, è la tecnica *princeps* della psicoterapia cognitiva – che, in realtà, può, anzi deve, essere letta come un'esperienza di "co-esposizione".²⁰

Nel caso specifico si tratta di un paziente i cui "pensieri più frequenti avevano a che fare con idee o immagini di se stesso impazzito o in ospedale psichiatrico, o colpito da un infarto durante un attacco di panico. [...]. Il terapeuta contattò il medico di R.L. per sapere se c'erano controindicazioni di carattere medico dopo avergli spiegato il procedimento dell'esposizione. Questi attestò che R.L. godeva di ottima salute, non aveva problemi di carattere medico e poteva affrontare la psicoterapia. In effetti il paziente si era sempre preoccupato per la propria salute a causa di sintomi DP (per esempio, temeva una patologia cardiaca) e per questo motivo aveva adottato uno stile di vita estremamente salutista (mangiava cibi a basso contenuto di grassi, si manteneva nel peso forma, praticava regolarmente sport). Quindi le sedute successive furono dedicate all'esposizione a situazioni temute (per esempio, prendere la metropolitana, l'autobus o l'ascensore, viaggiare verso mete di difficoltà e distanza crescente: Atlantic City, Philadelphia, Boston e, come ultimo obiettivo, Miami). *Nella maggior parte delle situazioni il paziente si esponeva da solo, tuttavia in alcune occasioni, soprattutto all'inizio della fase di esposizione, il terapeuta lo accompagnava in ascensore per facilitare le risposte di coping del paziente in vivo (For the most part, exposure was patient generated. However, on a few occasions, especially early on the exposure phase, the therapist accompanied RL into an elevator with his agreement, to facilitate his coping responses 'in vivo')*"²¹

¹⁸ Detto chiaro chiaro: a causa del coinvolgimento professionale, continuo e continuerò a fare ricerche sulla verifica dei risultati e delle tecniche, ma poiché per me una vera e propria "svolta" c'è stata – vedi i titoli del convegno summenzionato – altri sono diventati i miei interessi più forti.

¹⁹ *Empirically Supported Cognitive Theory*, Springer Publishing Company, New York, 2001; tr. it. *L'approccio evidence-based in psicoterapia*, McGraw-Hill, Milano, 2003.

²⁰ L'"esposizione", ad esempio, nel caso della fobia, è l'esposizione all'oggetto o agli oggetti fobici al posto della fuga da essi...

²¹ 2001, pp. 114-115; tr. it. 2002, pp. 120-121; il corsivo è mio.

Qualcosa che ci ricorda la mossa laiana dell'iniezione (= esposizione-a) di un frammento di caos; mossa dalle molte implicazioni, caratterizzata comunque da un elemento fondamentale: la partecipazione all'esperienza di caos da parte del terapeuta.²²

Ebbene, sia la tecnica appena citata di Lai, sia quella dell'esposizione, possono essere considerate come tecniche anche specifiche, ma in larga misura aspecifiche, nel senso di comuni a tutte le psicoterapie.

Non è vero, infatti, che ogni paziente, per il fatto stesso di raccontare (= esporre) le proprie vicissitudini relazionali e intrapsichiche, si "espone"

- alle reazioni dell'interlocutore, lo psicoterapeuta, che sono sempre imprevedibili; potremmo dire, anzi, che ad esse si espone nella speranza che qualche cosa di imprevedibile, quindi di nuovo, esse reazioni comportino?
- Inoltre, non si "espone" a tutto quel che di imprevedibile, di nuovo, l'esporre (= raccontare) le proprie vicissitudini provocherà immediatamente, oltre che *après-coup*, in lui medesimo?

È molto interessante che, molto spesso, o nelle fasi iniziali, l'esposizione sia una co-esposizione; è, cioè, molto interessante che questa tecnica metta in risalto l'importanza delle relazione (di quello che viene chiamato *rapport*).

Questo fatto, forse, ci spiega come nel "pacchetto" che è stato costruito esaminando una conversazione dopo l'altra, il *transfert* sia risultato una tecnica dominante. Si potrebbe sostenere che la concezione e la prassi dell'esposizione come co-esposizione ha portato lo psicoterapeuta cognitivo a intercettare, volente o nolente, consapevole o inconsapevole, il *transfert* psicoanalitico.

²² Gli interventi di "somministrazione di frammenti di caos" sono finalizzati ad evitare sia il Caos che la sua normalizzazione; infatti, quest'ultima porta ad un rafforzamento dell'identità la quale produce "medesimezza ed espulsione purificatrice". Con gli interventi suddetti, invece, lo psicoterapeuta "in risposta a un racconto del paziente che porta le marche dell'irruzione del Caos, del terrore, del panico, dell'inintelligibilità, restituisce costruzioni verbali che ugualmente portano le marche del Caos del paziente. In altri termini, somministra microframmenti di caos — certo, nella situazione protetta in cui la sola presenza del Conversazionalista accenna a un Verso [in contrasto col Senzaverso], — in modo però che il paziente più tranquillamente, se così può dirsi, accetti di convivere con il proprio Caos del momento, senza sentire urgente il bisogno di precipitarsi nella normalizzazione basata sull'identità che troppo spesso è così simile alla normalizzazione operata dalla guerra da fare con questa un tutt'uno drammatico" (*La normalizzazione del Caos*, in *Il sogno dell'interpretazione*, a cura di Marco Conci e Francesco Marchioro, Media 2000, Lecce, 1996, pp. 12-3; il corsivo è mio).

Rimane, comunque, notevole il fatto che il *transfert*, in questa psicoterapia cognitivista, la faccia da padrone! E ciò fa, di questa psicoterapia cognitivista, una splendida psicoterapia cognitivista *sui generis*.²³

Altri elementi del pacchetto:

ricorso all'“Hum” = silenzio o neutralità analitica (tecnica non conforme all'approccio in questione) + ricorso al ventriloquismo: lo psicoterapeuta, invece di porre direttamente una domanda alla paziente, simula di porla a se stesso allo scopo di evitare l'impatto diretto della domanda sulla paziente; si tratta evidentemente, di una tecnica *sui generis*). Lo psicoterapeuta ha definito questa tecnica *Linguaggio dell'io*; avrà sicuramente modo di illustrarcela meglio dal suo punto di vista; in ogni caso è chiaro come il sole che si tratta di una tecnica *sui generis* + ricorso all'approfondimento delle emozioni (tecnica conforme all'approccio; ma abbiamo anche notato come il ricorso alle emozioni finisca con lo scivolare nel ricorso al *transfert*).²⁴



P.S. 1

²³ Vedi *La verifica di una terapia dinamica sui generis*, di Chiara Barni e Salvatore Cesario, Borla, Roma, 2002. Il ricorso a tecniche *sui generis* nel quale siamo spesso incappati – ma nel quale abbiamo visto incappare anche altri (non citiamo qui nostre pubblicazioni a documentazione di quanto appena affermato) –, non è il segno di un impulso quasi ribellistico, anticonformistico. Si veda, ad esempio, il pacchetto usato nella conduzione della psicoterapia del DOC di cui ne *L'unica evidenza...* Si tratta della classica ricostruzione-costruzione della “storia” della vita e della malattia del DOC; di una vera e propria anamnesi e di una vera e propria “correzione”, nelle relazioni attuali, dei nodi cruciali o rimasti insoluti o trovati risolti ma in modo catastrofico, incrociati nel corso dell'attività anamnestiche; questo lavoro ha consentito l'approdo al già citato “festival dei ricordi”. Niente di più anonimamente, conformisticamente psicoanalitico.

²⁴ Se vogliamo esaminare la natura del *desorder* per trattare il quale il pacchetto è stato usato e, in parte, inventato, possiamo fare il seguente elenco: *borderline* + problematiche alimentari + esperienze di violenza sessuale + rapporto di totale invischiamento con la figura materna + una neoplasia trattata con successo.

Sentiamo l'obbligo di comunicare al lettore un fatto ch'egli, se è, come sicuramente è, un po' avvertito – ma capita anche di distrarsi – rileverà senz'altro; tanto più perché tale “fatto” è stato, forse, nascosto dall'aver svolto l'analisi del contenuto, altrimenti detta analisi semantica, contemporaneamente a quella luborskiana e a quella bucciana...

Il fatto è il seguente: l'analisi luborskiana e quella bucciana non hanno fatto altro che confermare gli approdi a cui l'analisi semantica era arrivata per conto suo.

Possiamo anche sostenere che, a questo punto, abbiamo la possibilità di fregiarci di qualche percentuale; di quel minimo di “statistica”, chiamiamola così, che la psicologia dinamica si può consentire di raggiungere utilizzando i suoi strumenti, quelli di cui essa si è dotata soprattutto, e forse soltanto, nell'ambito delle ricerche relative alla verifica dei risultati e dei processi delle psicoterapie.

Ma non possiamo esimerci dal dichiarare, anche con una certa sorpresa oltre che con un certo orgoglio (a nome della psicologia dinamica, non nostro personale), che l'analisi semantica, molto spesso, può fare da sé.

Tanto è vero che in alcune ricerche, in cui ci è sembrato che le argomentazioni fossero talmente stringenti da costituire delle *evidences* = prove – niente a che fare con l'“evidenza” di cui sopra –, ci siamo limitati all'analisi semantica.²⁵

E ci pare, addirittura, che l'analisi semantica abbia avuto il potere di “verificare” l'utilità dei vari test (di Luborsky ecc)...

Pensiamo, ad esempio, al lavoro con Giacomo Gradoni²⁶ in cui ci capitò, addirittura, di proporre due modifiche – forse non definitive ma sicuramente funzionali alla ricerca in cui eravamo impegnati – dell'analisi grammaticale laiana; perlomeno, la reinterpretazioni di due dei “costrutti” che, in qualche modo, costituiscono l'approdo – si tratta solo di un apparente circolo vizioso – dalla statistica, che si è dipartita dalla semantica, di nuovo alla semantica; le due reinterpretazioni riguardavano il significato della percentuale del 13% dei predicati finzionali che, secondo le regole, bisognava che fosse raggiunta, se non superata, perché si potesse affermare che la

²⁵ Ci riferiamo, ad esempio, a *La verifica della psicoterapia di un gruppo di uditori di voci*, di Salvatore Cesario, Donatella Miccinesi e Pino Pini, FrancoAngeli, Milano, 2002... per non parlare del già citato *L'unica evidenza è che non c'è nessuna evidenza. La verifica della psicoterapia di un Disturbo Ossessivo Compulsivo*, di Daniela Benemei, Salvatore Cesario e Angela Turchi, FrancoAngeli, Milano, 2003.

²⁶ *Psicologia dinamica e conversazionalismo*, Moretti & Vitali, Milano, 1999.

“finestra al possibile” si era aperta e il locutore ad essa si era affacciato (vedi la proposta del funzionale “inaugurale”) e il significato della percentuale dei predicati al tempo passato... considerato “copionale”... (vedi, nel caso particolare, il passato visto, sì, come una prigione da cui il locutore – in questo caso il paziente – si trova ma anche cerca disperatamente di evadere).

È chiaro che la verità sta nel mezzo; gli strumenti si verificano sempre reciprocamente.

Ma, forse, quello appena scelto è un modo, anche se un po' audace, di dire questo fatto, come dire, autoevidente.

Punto e basta.

Il lettore trarrà le sue conseguenze.



PS. n. 2

Lorenzo Cionini mi ha invitato a fare il *Chairman* in una tavola rotonda di un convegno molto interessante – tanto interessante che ho partecipato ai lavori di tutte e due le giornate – dal titolo *L'ottica costruttivista come matrice nell'incontro terapeutico* (Firenze 4-5 dicembre, La Torretta [sede della Facoltà di Psicologia di Firenze]).

Si è trattato di un'esperienza molto interessante della quale voglio riferire molto sinteticamente.

Il convegno è stato aperto da due tavole rotonde che hanno impegnato alcuni relatori sia sulla teoria generale che sulla teoria della tecnica;

- il titolo della prima tavola: *Colloqui dottrinali: l'interpretazione dell'ottica costruttivista nei modelli cognitivista, relazionale, gestaltico*; il titolo della seconda: *L'apporto costruttivista al processo terapeutico: teorie della tecnica a confronto*;
- il lavoro di un'intera giornata – il titolo era: *Esperienze. Sedute e/o simulazioni di psicoterapia* – è stato dedicato alla simulazione di tre tipi di terapia: relazionale-consenziente, che fa capo alla Scuola sistemica di Corrado Bogliolo; cognitivo costruttivista, che fa capo alla Scuola cognitivo costruttivista diretta da Lorenzo Cionini; gestaltica, che fa capo alla Scuola gestaltica diretta da Paolo Quattrini.

Faccio seguire alcune osservazioni tentativamente brevi.

L'impressione netta è che, anche se con un ritardo – peraltro comprensibile – di più di quindici anni, è stata realizzata una

proposta fatta da Giampaolo Lai, quella della “intersezione”;²⁷ Lai proponeva che “persone con matrici formative, tecniche, ideologiche differenti” ci provassero “a escludere, a azzerare le zone di incompatibilità, e a ragionare sulle zone di intersezione”;²⁸ queste erano, per eccellenza, quelle tecnologiche: le “tecniche” (o i “processi”).

Nel *Glossario de L'auto-aiuto psichiatrico*,²⁹ molto più tardi, sostenevo: “sono maturati i tempi, almeno sul piano concettuale e operativo – non su quello giuridico che, come si sa, va in tutt'altra direzione – per superare le Scuole e, quindi, anche l'*Accademia*,³⁰ l'“intersezione”, il luogo tecnologico per antonomasia, è ormai abitabile più o meno laicamente (anche se il nicodemismo ha i suoi vantaggi!)”.³¹

Se, in questo modo, trainato dai risultati delle mie ricerche, risultati definibili “anti-approccio”³² – cioè, favorevoli alle “costellazioni mobili” ed, eventualmente, ai “pacchetti di tecniche”³³ –, forse facevo un passo più lungo di quello che consentisse la gamba, è anche vero che il convegno di cui sto parlando mi fornisce alcune conferme.

Quali?

Intanto, tre Scuole si sono incontrate per discutere non solo le loro tecniche, ma anche le loro teorie generali e le loro teorie della tecnica.

E, anche se l'adesione al costruttivismo non mi è sembrata identica in tutti, tutti hanno aderito ad un fondamento teorico abbastanza interessante (e, con i tempi che corrono, abbastanza, come dire, avanguardistico; o meglio, contro-corrente).

Inoltre, mi è parso che le simulazioni – che Lai chiama “giochi finzionali” – abbiano dimostrato delle differenze, anche grandi, tra i vari “simulatori”-“giocatori” = terapisti, ma solo delle differenze di

²⁷ La disomogeneità dei linguaggi nei servizi socio-sanitari: problema o soluzione?, in *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 8-9, pp.5-8.

²⁸ *Ibidem*, p. 7.

²⁹ di Salvatore Cesario, Flavia Mariotti, e Dimitri Sani, FrancoAngeli, Milano, 2001

³⁰ L'*Accademia delle Tecniche Conversazionale* fondata da Giampaolo Lai in contrapposizione alle Scuole; di essa è stato ed è organo la rivista *Tecniche Conversazionali*.

³¹ *Ibidem*, p. 171.

³² Anche se l'“anti” (nell'espressione “anti-approccio”) sembra alludere ad un'ostilità verso gli approcci che non nutro; e dovrebbe, quindi, essere sostituita da espressioni come “a prescindere dagli” (approcci) e simili che, però, sono meno efficaci anche perché un po' troppo diluite.

³³ Interessante lo slittamento – appunto: da approccio a pacchetto di tecniche – che i vari testi sull'*evidence-based Therapy* hanno prodotto abbandonando, quasi senza parere, il termine – e il concetto – di “approccio”

“stile”. Ad esempio, sfido a trovare, tra i gestaltisti, un terapeuta capace della *performance* teatrale di cui è stato capace Paolo Quattrini. Si è trattato di una sua, peraltro invidiabile, capacità di fare teatro; o, più rigorosamente, di sapere immedesimarsi in un “gioco finzionale”, in una “simulazione”.³⁴

Infine, quando Lorenzo Cionini ha presentato la sua teoria della tecnica, ha individuato tre obiettivi e tre procedure e, tra queste tre, procedure ha segnalato l’uso del *transfert*, ho capito a che punto eravamo arrivati!

Eravamo arrivati al punto in cui avrei eventualmente dovuto cambiare il titolo di questo lavoro; avrei dovuto, cioè, togliere il “sui generis”; perché nelle terapie cognitivo-costruzionistiche – almeno in quelle fatte da Lorenzo Cionini – il *transfert* è di casa!

Allora il risultato è enorme:

- abbiamo tre scuole che quasi si federano;
- per lo meno lo fanno sul piano della teoria generale e di quella delle tecnica;
- poi si confrontano sull’“intersezione” tecnologica ricorrendo a simulazioni = giochi finzionali;
- infine, una di queste psicoterapie, la cognitivo-costruttivista, addirittura annovera esplicitamente il *transfert* tra i suoi strumenti.

Non vi sembra che siamo arrivati ad un punto che definirei di difficile “ritorno” (stavo per dire: di “non ritorno”)?

Personalmente ne sono molto lieto. Perché il ritardo rispetto alla proposta laiana sembra compensato con l’aggiunta di elementi nuovi, alcuni dei quali addirittura strepitosi.

Le righe che seguono – e che potrebbero costituire un breve terzo P.S. – le ho scritte dopo qualche settimana.

Discutendo con delle collaboratrici, sono arrivato alle conseguenze che vi elenco:

1. ho proprio l’idea che al giorno d’oggi tutti siano tornati alla psicoanalisi;³⁵

³⁴ Peraltro, la mia esperienza dei giochi finzionali sia come strumento di supervisione che come strumento di intervizione, mi porta a condividere la tesi, ad esempio, di Leiris, secondo il quale le psicoterapie sono anche un “teatro” (vedi, per l’apoppunto di Leiris, *La possessione e i suoi aspetti teatrali tra gli etiopi di Gondar*, Ubulibri, Milano, 1988).

³⁵ Vedi il testo di Matteo Selvini che, in fondo, presenta il percorso della madre, una delle psicologhe e psicoterapeute più illustri che abbiamo avute: partita dalla psicoanalisi, passata alla sistemica, tornata alla psicoanalisi (*Reinventare la psicoterapia. La scuola di Mara Selvini Palazzoli*, Cortina, Milano, 2004). Anche se, a mio avviso, il “ritorno” alla psicoanalisi di cui è questione non è, come pensa

2. e quando parlo di “ritorno” alla psicoanalisi parlo di un fenomeno che riguarda anche la psicoanalisi!
3. E mi riferisco al fatto che il “dispositivo narrativo” (repressione + ritorno del rimosso ecc. = quella che ho definito la saga della *Wiederholung*)
 - a. è stato ereditato da Freud³⁶ da autori che risalgono fino a Rousseau... Agostino... fino ai sacri testi dell'Iliade e dell'Odissea, della Bibbia (S. Paolo + Giona ecc.); quindi agli albori della civiltà occidentale;³⁷
 - b. quindi è stata da Freud sistematizzata e rilanciata con metafore potenti;
 - c. queste tutt'ora operano nella letteratura, nella para-letteratura e ovunque (nel testo citato in nota ho cercato di elencare il massimo di “anticipazioni” e di “lasciti”), anche se chi le usa forse è inconsapevole della loro complessa “derivazione”.
4. Questo ritorno, quindi, è il ritorno al nocciolo duro – volere o volare – di ogni psicoterapia.
5. Il rilievo, fatto quasi *en passant*, che tecniche fondamentali degli “approcci” – in questo caso di quello sistemico e di quello cognitivo – sono rintracciabili, all'opera e efficacemente
 - a. quando ancora di psicoterapia non si parlava;

Matteo Selvini, il ritorno all'individuo (accanto al sistema), quanto il ritorno all'Edipo! Che cos'è, infatti, l'“imbroglio” – di cui ne *I giochi psicotici della famiglia* (Cortina, Milano, 1988) – se non l'Edipo? E poi, questo tanto declamato ritorno all'individuo!, quasi che quest'ultimo avesse in sé incorporato il “sistema”! D'accordo!, ma allora abbiamo un altro bel “ritorno” alla psicoanalisi! Infatti, il Super-io psicoanalitico che consiste non nell'introiezione delle norme del padre ma nell'introiezione del Super-io del padre (e della madre, detto in nota: *Introduzione alla psicoanalisi. Nuova serie*, 1933, tr. it., Boringhieri, Torino, 1979, p. 179), comporta: 1. l'esistenza all'interno dell'individuo delle *images* dei genitori e non solo di esse; b. siccome la definizione di Freud innesca un *regressus ad infinitum*, perlomeno fino alla terza generazione (infatti, il Super-io del padre e della madre, a loro volta, sono l'introiezione del Super-io dei loro genitori e così seguitando), ne consegue che la famosa “trigenerazionalità”, tanto importante nella sistemica – vedi quella bellissima tecnica che è il “genogramma” – è (ma era) tutta già presente e attiva nella psicoanalisi. (Tra parentesi: nel corso di uno dei miei interventi quale *discussant*, ho fatto un *lapsus*; tutti, dal podio e dalla platea (affollatissima), mi sono saltati addosso chiedendomene ragione. A quel punto ho osservato: “Ma siete diventati tutti psicoanalisti?” La “battuta” era un po' provocatoria; ma mica tanto!).

³⁶ Una mia ricerca che esce in contemporanea con questa per i tipi di Borla ed è intitolata *La letteratura è psicoanalisi*, cerca di dimostrare proprio questo.

³⁷ Il proseguimento della ricerca ha portato al risultato, direi: incontrovertibile, che il “dispositivo narrativo” in questione appartiene anche alla civiltà orientale.

- b. e maneggiate da “gente comune” – si fa per dire trattandosi della seconda moglie di Dostoevskij, quanto alla “prescrizione del sintomo”, e di Goethe, quanto all’“esposizione”³⁸ –
5. ci costringe a prendere atto che, come dice da migliaia d’anni l’Ecclesiaste, non c’è nulla di nuovo di sotto il sole (*Vanitas vanitatum...*);
 6. casomai nostro compito sarebbe cercare di dimostrare come mai tutto questo po’ po’ di fenomeni siano potuti accadere e in questo modo e con questo risultato. Si tratta di un’impresa al massimo impegnativa sia sul piano storiografico, sia su quello filosofico, sia su quello della storia del “costume”.

³⁸ Vedi la terza delle *Appendici: Come Anna Grigorievna Dostoeivskaia prescriva a Fëdor Mikhaïlovitch Dostoevskij il sintomo (del gioco d’azzardo) e lo guarisca una volta per tutte.*

Prefazione (seconda)

di

Lorenzo Cionini

Leggere l'analisi condotta da Chiara Barni e Giulia Galli sulle tre sedute di psicoterapia che avevo dato a Salvatore Cesario mi ha fortemente emozionato. Anche se non posso concordare al 100% con l'interpretazione delle mosse terapeutiche proposte dalle autrici (soprattutto rispetto all'identificazione delle tecniche), ciò che mi ha particolarmente colpito e ho ampiamente apprezzato è il fatto di essermi ritrovato in grandissima parte nei significati da loro costruiti relativamente alla strategia utilizzata nella conduzione delle sedute; questo nonostante che: 1) le autrici non sapessero nient'altro di questa psicoterapia, a parte le poche note che avevo loro fornito come accompagnamento dei nastri e che sono riportate integralmente nell'introduzione, e 2) abbiano utilizzato schemi interpretativi propri di un modello clinico diverso dal mio.

Non sono per nulla stupito del fatto che, con una certa frequenza, si affermi che il mio modo di condurre una psicoterapia presenta significative somiglianze con l'approccio psicoanalitico. Non è certamente la prima volta che mi capita di sentirmelo dire. Il fatto è che, negli ultimi anni, tutti gli approcci psicoterapeutici si sono evoluti in direzioni per molti aspetti convergenti. Come cercherò di illustrare più chiaramente nel seguito di questa prefazione – e a titolo di esempio – tematiche come quelle dell'inconscio o del *transfert* (proposte e teorizzate in primo luogo, e per molti anni, dalla psicoanalisi) sono state riprese e riconcettualizzate, teoricamente e tecnicamente, anche da altri modelli e fra questi alcuni degli approcci cognitivi (strutturalista,³⁹ post-razionalista⁴⁰ e costruttivista).

39 Nel 1983 Vittorio Guidano e Giovanni Liotti hanno per primi proposto un'iniziale evoluzione del modello clinico cognitivista, in direzione costruttivista (un costruttivismo che, utilizzando le categorie di Von Glasersfeld, può essere definito *banale*), con il testo *Cognitive Processes and Emotional Disorders* edito da Guilford, New York nel quale, tra l'altro per la prima volta, viene integrato in un modello cognitivista la teoria dell'attaccamento di John Bowlby.

40 Negli anni immediatamente successivi Vittorio Guidano ha sviluppato questa prima proposta, presentata insieme a Giovanni Liotti, in un'ottica costruttivista radicale delineando un modello clinico da lui definito *post-razionalista* nei volumi *La complessità del Sé e Il Sé nel suo divenire*, pubblicati dapprima in inglese da

Ciò con cui non posso invece che dissentire radicalmente è quella parte della premessa di Salvatore Cesario nella quale si afferma che “l'esposizione” è la tecnica *princeps* della psicoterapia cognitiva. O meglio, tale affermazione può anche essere corretta se si tralascia di affiancare al termine psicoterapia cognitiva quello di “costruttivista”. La tecnica dell'esposizione è stata messa a punto e utilizzata in modo centrale dai terapeuti del comportamento. Negli approcci cognitivo-comportamentali (che rappresentano gli sviluppi della terapia del comportamento a partire dalla seconda metà degli anni 70) tale tecnica è stata mantenuta con poche variazioni. Anche nelle terapie cognitive (cosiddette razionaliste) – mi riferisco in questo caso a capiscuola quali Albert Ellis e Aaron Beck – la tecnica dell'esposizione continua ad essere utilizzata, anche se in maniera meno centrale rispetto a quanto avveniva negli approcci precedentemente ricordati.

Con l'evoluzione costruttivista della terapia cognitiva molti dei presupposti di base precedentemente utilizzati sono stati modificati, se non addirittura ribaltati, e il metodo di lavoro è cambiato radicalmente. Una tecnica quale quella dell'esposizione non ha più “cittadinanza” in questo approccio, poiché confligge con uno dei suoi criteri di fondo. Il sintomo non viene più considerato semplicemente come qualcosa che deve essere eliminato (come si propone la tecnica dell'esposizione), ma come una manifestazione del sistema individuale, necessariamente connessa ai suoi scopi prioritari, che deve pertanto essere compreso rispetto al suo significato e alla sua funzionalità auto-protettiva.

“[...] all'interno della prospettiva costruttivista, l'obiettivo che il terapeuta si pone nei confronti dei sintomi non è semplicemente quello di ‘eliminarli’, piuttosto quello di comprenderne il significato e di leggere l'informazione *adattiva* che essi veicolano. Solo dopo che il paziente sia riuscito a ricostruire quale funzione svolgono i sintomi ai fini del suo equilibrio interno è possibile che riesca a sostituirli con modalità [...] che, pur adempiendo la medesima funzione adattiva [...] riescano a soddisfare anche altre esigenze individuali [...]”⁴¹

Del resto, anche Cesario si è meglio reso conto di questo – e ne dà atto nel PS2 – partecipando come *chairman* a una tavola rotonda

Guilford, rispettivamente nel 1987 e nel 1991 e successivamente in Italia dalla Bollati Boringhieri nel 1988 e 1992.

41 L. Cionini, *La psicoterapia cognitivo-costruttivista*, in *Psicoterapie: modelli a confronto*, a cura di Lorenzo Cionini, Carocci, Roma, 1998, pp. 125-126.

del Convegno *L'ottica costruttivista come matrice nell'incontro terapeutico* tenuto a Firenze il 4-5 dicembre 2004 presso la Facoltà di Psicologia.

Resta comunque il fatto che, mi ripeto, mi ha fortemente colpito e emozionato il trovare la ricostruzione della logica strategica delle mie mosse terapeutiche in queste tre sedute, in larghissima misura, coerente con le mie intenzioni nel condurle.⁴²

Per aiutare il lettore a comprendere meglio questa logica, proverò a riassumere in breve i criteri, e i metodi di massima, che utilizzo nel condurre le mie psicoterapie a partire dall'assunto di base del costruttivismo radicale: *non è possibile stabilire la verità/falsità delle costruzioni individuali, ovvero non è possibile affermare se e quanto ciò che noi costruiamo corrisponda o approssimi il mondo della realtà per ciò che esso realmente è*. Tale presupposto ha numerose implicazioni rispetto alla prassi psicoterapeutica. Mi limiterò ad accennare solo ad alcune delle principali. Se si ritiene non possibile stabilire se ciò che ci diciamo essere o accadere corrisponda a ciò che è o accade realmente:

- diviene anche improponibile l'idea di poter offrire al paziente, “dall'esterno”, qualsiasi significato alternativo che possa essere considerato “migliore” (più giusto, più simmetrico rispetto alla realtà, meno disadattivo, ecc.) rispetto a quelli da lui costruiti
- decade la possibilità di definire qualsiasi processo, comportamento (sintomatico o meno), emozione (positiva o negativa), significato costruito, come scorretti, irrazionali, disfunzionali, disadattivi ecc. (anche se talvolta è il paziente stesso a presentarli come tali) poiché si ritiene che ogni manifestazione dell'individuo a livello cognitivo, emotivo o procedurale abbia una sua ragion d'essere e sia, contemporaneamente, coerente con la logica complessiva del sistema e funzionale ai suoi scopi sovraordinati.⁴³

La comprensione (piuttosto che, o meglio oltre che, la spiegazione) del paziente e della sua logica personale diviene quindi obiettivo prioritario e centrale della relazione terapeutica. Per poter lavorare efficacemente all'interno della logica del paziente è infatti

42 Questa convergenza, considerando che l'analisi dei trascritti è stata fatta completamente "al buio", testimonia indubbiamente sia l'utilità e la validità del metodo di verifica messo a punto da Luborsky, sia l'abilità nell'applicarlo da parte delle autrici.

43 Cfr. a questo proposito: Cionini L., Proveddi G., *Explication and Understanding in the Psychotherapeutic Process: The Co-Construction Process of the 'Logic' of The Symptom by the Therapist and the Patient*, in G. Chiari, M. L. Nuzzo (Eds.) *Psychological Constructivism and the Social World*, Franco Angeli, Milano, 2003.

indispensabile cercare di comprendere il suo punto di vista, calarsi all'interno del suo sistema di significati, cogliere la qualità e il senso delle sue emozioni e dei suoi stati affettivi e interrogarsi sulla funzione di determinati processi, apparentemente disfunzionali, ai fini del mantenimento dell'equilibrio dinamico del sistema.

La sofferenza psicologica viene spiegata nei termini di un blocco delle capacità di movimento del sistema; blocco che può essere determinato da diversi fattori quali ad esempio: 1) la tendenza a utilizzare modalità stereotipate di costruzione dell'esperienza attivando gli stessi schemi e/o copioni in una gamma di situazioni diverse, 2) la riduzione della capacità di discriminare differenze potenzialmente percepibili, 3) la difficoltà a cogliere le invalidazioni delle proprie anticipazioni e ad utilizzarle per complessificare il proprio sistema di conoscenza. Obiettivo della terapia diviene allora quello di riattivare le capacità di movimento del sistema promuovendo il processo di una sua riorganizzazione autonoma.

Mediante il lavoro terapeutico ci si propone cioè di indurre processi di riorganizzazione del paziente, aiutandolo a costruirsi modalità e strategie alternative, rispetto a quelle stereotipicamente utilizzate fino a quel momento, che gli permettano di raggiungere i suoi obiettivi prioritari attraverso strade e percorsi meno dispendiose dal punto di vista emotivo.

La traduzione di tali presupposti in operazioni terapeutiche presuppone, tra l'altro, il perseguimento dei seguenti obiettivi:

1. facilitare un incremento delle capacità autoriflessive e metacognitive del paziente rispetto ai propri processi di costruzione dei significati;⁴⁴
2. aiutare il paziente a comprendere la possibile funzionalità adattiva del proprio sintomo e a considerarlo non soltanto come un elemento portatore di sofferenza, quindi da eliminare e combattere, ma come la modalità migliore, che è riuscito a costruire nel corso del tempo e in funzione delle sue esperienze, per far fronte alle proprie difficoltà, salvaguardando il proprio equilibrio e il soddisfacimento delle proprie esigenze e dei propri scopi prioritari;⁴⁵

44 Sottolineo processi, e non contenuti, poiché **non** si tratta – nel modello teorico clinico che propongo – di suggerire (ad esempio tramite interpretazioni) significati diversi rispetto a quelli costruiti dal paziente, quanto di fargli acquisire una maggiore consapevolezza delle proprie modalità di costruzione dei significati che gli permetta di cogliere come quella da lui utilizzata sia una fra le tante possibili e non l'unica automaticamente certa e vera.

45 L'acquisizione di consapevolezza (diversamente da ciò che si ritiene – o forse si riteneva – nell'ottica psicoanalitica) viene considerata necessaria, ma non

3. permettere al paziente di entrare maggiormente in contatto con le proprie sensazioni affettive e emotive, negative o positive, nella vita di tutti i giorni e nel qui ed ora del setting (in quest'ultimo caso utilizzando soprattutto la relazione terapeutica), a partire dal presupposto teorico che qualsiasi emozione – positiva o negativa veicoli informazioni vitali, adattive per la persona.

Dal punto di vista del metodo, per attivare i processi descritti nei punti 1) e 2) viene utilizzato prevalentemente il *metodo maieutico*,⁴⁶ mentre per attivare quelli descritti nel punto 3) vengono utilizzate modalità diverse di tipo conversazionale, metaforico, associativo, immaginativo (talvolta inducendo uno stato di leggera trance ipnotica) e, in alcuni casi, anche corporee, che si propongono comunque di

sufficiente per il cambiamento. Il cambiamento può verificarsi nel momento in cui il paziente riesce a costruire modalità alternative di dare significato alle proprie esperienze che senta coerenti con i propri presupposti di base e con i propri obiettivi e scopi di vita e che quindi, per tale ragione, possano essere in grado di riattivare il movimento del sistema. Il cambiamento implica tuttavia non solo una modifica della coscienza, quanto la possibilità che le nuove modalità di costruzione dell'esperienza divengano procedure automatiche, che possano cioè essere messe in atto senza un necessario intervento della consapevolezza (ovvero in maniera proceduralmente inconscia)

46 Per una illustrazione delle procedure comunemente utilizzate in ciò che definisco *metodo maieutico* si veda il testo di Lorenzo Cionini, *Psicoterapia Cognitiva: teoria e metodo dell'intervento terapeutico*, edito da Carocci (già Nuova Italia Scientifica), Roma, 1991. Il metodo maieutico **non** consiste in una serie di "tecniche" standardizzate applicabili in determinati contesti, ma in uno stile di conduzione della conversazione terapeutica nella quale il terapeuta pone prevalentemente, anche se non esclusivamente, domande strutturate in modo tale da favorire nel paziente una comprensione delle proprie modalità e dei propri processi di costruzione dei significati, esplorandone le implicazioni sia "verso l'alto" (per ricostruire i presupposti della sua teoria personale sul Sé e sul mondo; presupposti dai quali discendono i criteri che utilizza nel costruire i significati della propria esperienza), sia "verso il basso" (per provare ad applicare i criteri da lui utilizzati nella costruzione di alcuni significati problematici ad altre situazioni e contesti per valutare se le conseguenze che ne derivano gli appaiano attendibili e accettabili). In questo ambito, viene anche utilizzata quella modalità dialogica che gli autori di questo testo hanno denominato *ventriloquismo*. Si tratta di una modalità (che io ho sempre definito informalmente "linguaggio dell'io") che ritengo possa essere utile per indurre il paziente a riflettere sulle proprie affermazioni (e sensazioni) senza assumere un punto di vista esterno a se stesso (che può più facilmente essere caricato di criteri di giudizio teoricamente, astrattamente o razionalmente – ma non personalmente – validi) restando, quanto più possibile, in contatto con le proprie sensazioni ed emozioni; inoltre, spesso, può essere utile anche al terapeuta quando, nell'ottica della "comprensione", cerca di cogliere e di entrare quanto più possibile nei sentimenti e nei punti di vista del paziente.

indurre nel paziente l'attivazione prevalente dei sistemi (o domini) di conoscenza extra-linguistici.^{47 48}

L'altro aspetto di metodo, di cui parlo per ultimo, poiché in qualche modo sovraordinato rispetto ai precedenti, è rappresentato dall'utilizzazione della relazione terapeutica o, se si preferisce, dall'uso del *transfert*.

Accennavo nella nota n. 1 come già nel 1983 Guidano e Liotti abbiano integrato la teoria dell'attaccamento di John Bowlby in un modello terapeutico cognitivista. Coerentemente con tale teoria, il terapeuta, in quanto persona alla quale il paziente si rivolge in un momento di particolare difficoltà della sua vita può essere considerato a pieno titolo una potenziale, importante, figura di

47 Spesso, anche se non necessariamente in tutti casi, particolarmente quando vengono utilizzate tecniche tipo il *sogno da svegli guidato*, l'usuale setting vis a vis viene modificato con l'utilizzazione di una poltrona reclinabile e lo spostamento del terapeuta che si pone a sedere accanto alla poltrona del paziente. Una sintetica descrizione dei principi teorici e tecnici di questa procedura, nell'ambito del *frame* concettuale cognitivo, può essere trovata in: L. Cionini, *Parlare di emozioni e vivere emozioni in psicoterapia*, in AA. VV., *Psicoterapie a confronto*, Melusina Editore, Roma, 1994; la descrizione più esaustiva della tecnica del *sogno da svegli guidato* si trova nel testo citato nella nota precedente.

48 Ovviamente, non tutte le procedure citate possono essere ritrovate nelle sedute analizzate in questo libro e questo non soltanto perché tre sedute rappresentano un piccolo campione di tutte le interazioni che si svolgono all'interno di una psicoterapia, ma anche perché, di fatto, ogni psicoterapia è una storia a sé. Il lavoro terapeutico nasce e si struttura nel tempo in relazione alle caratteristiche dell'incontro con il paziente e le sue peculiarità. Con pazienti diversi, anche il medesimo terapeuta può essere una persona diversa, poiché sono le caratteristiche della relazione che – almeno nel mio modo di vedere e di lavorare – definiscono i modi di porsi di entrambi gli attori. Posso pensare, ad esempio, ad alcune fra le mie psicoterapie nelle quali non ho mai utilizzato tecniche immaginative, mentre in altre (come in questa, in alcune fasi del processo) tale modalità di approccio è stata quella prevalente. Inoltre – come già detto – il mio metodo di lavoro è descrivibile nei termini di procedure generali, più che in quelli di specifiche tecniche definibili e applicabili in modo standardizzato. Questo fatto spiega, a mio avviso, il perché le autrici di questo testo, nell'effettuare l'analisi delle sedute, mentre hanno colto molto bene gli aspetti strategici della conduzione della conversazione terapeutica, non sono state talvolta in grado di isolare specifiche modalità di lavoro che rientrano in una delle procedure sopra accennate. Altri elementi possono essere: il fatto che stavano seguendo una diversa griglia di analisi e – presumibilmente – la mancanza di una loro specifica conoscenza del mio metodo terapeutico. Più che un limite però, questo può essere un punto di forza del testo, proprio perché, essendo stata utilizzata una metodologia di analisi che deriva da un diverso apparato teorico, le concordanze emerse rivestono un valore ancora maggiore in quanto costituiscono una verifica assolutamente non autoreferenziale (accusa frequentemente avanzata nei confronti delle psicoterapie, dei processi formativi in questo ambito e talvolta degli studi di validazione).

attaccamento.⁴⁹ Fin dall'inizio della relazione terapeutica, ma soprattutto una volta che questa si sia stabilmente strutturata, il paziente tenderà a riprodurre nel setting gli stessi processi di attribuzione di significato – a sé e all'altro – e a vivere le stesse emozioni che caratterizzano tipicamente, *nell'oggi* le sue relazioni con le figure di attaccamento.⁵⁰ L'analisi dei processi che si verificano

49 Bowlby definisce "comportamento di attaccamento" quel comportamento che spinge una persona al raggiungimento, al mantenimento o ri-ottenimento della vicinanza o del contatto nei confronti di un'altra specifica persona percepita capace di fornire aiuto, conforto e protezione. Particolarmente evidente durante l'infanzia, nel rapporto fra il bambino e le figure genitoriali (o altre figure sostitutive di accudimento), questo comportamento è osservabile durante l'intero ciclo di vita specialmente in situazioni di particolare turbamento, difficoltà, malattia, lutto, ecc. ovvero in tutte quelle circostanze nelle quali si attiva una percezione di sé come vulnerabile e incapace di far fronte alle situazioni di difficoltà e/o minaccia. La psicoterapia rappresenta indubbiamente, quasi sempre (a meno che non sia stata richiesta soltanto come percorso di autoconoscenza) un momento di quel tipo e il terapeuta è la persona a cui ci si affida nella speranza di ottenere quell'aiuto e sostegno che serva per uscire dalla propria situazione di crisi.

50 Sottolineo "nell'oggi" a partire dal presupposto che la modalità attuale con cui il paziente si mette in relazione con le sue figure significative, pur influenzata ampiamente dalla qualità delle sue relazioni primarie di attaccamento, non ne riproduca necessariamente le caratteristiche. Per quanto numerose ricerche abbiano dimostrato una tendenziale coerenza fra i pattern di attaccamento infantili e quelli adulti, sviluppi più recenti della teoria dell'attaccamento sottolineano come i pattern di attaccamento non rimangano necessariamente costanti per tutta la vita e come sia possibile aspettarsi contemporaneamente sia una continuità longitudinale nello sviluppo delle modalità di attaccamento, sia modificazioni evolutive anche ampie e significative. Patricia Crittenden sottolinea ad esempio in *Attaccamento in età adulta* (Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999) come i cambiamenti possano verificarsi in parte grazie alla maturazione cognitiva, in parte per la disponibilità di nuove significative esperienze di attaccamento; con la crescita i pattern tendono ad articolarsi e complessificarsi notevolmente e, anche se le categorie fondamentali rimangono le stesse (identificate e descritte da Mary Ainsworth) lo sviluppo delle capacità cognitive comporta un'articolazione estremamente ampia dei sottopattern, che rende i modelli adolescenziali e adulti molto meno puri e assai più complessi di quelli infantili. A partire da questi presupposti il *transfert* che si verifica nel setting terapeutico non viene considerato necessariamente o esclusivamente come una ripetizione di prototipi infantili, una proiezione-trasferimento sul terapeuta degli schemi relazionali che hanno governato il rapporto del paziente con le sue figure genitoriali (come per la psicoanalisi), quanto la riapplicazione alla figura del terapeuta degli schemi relazionali che determinano *nell'oggi* sia le sue modalità di porsi e di proporsi con le *attuali* figure di attaccamento, sia l'insieme delle anticipazioni e delle aspettative che attiva nei loro confronti. Tale diversità di interpretazione del *transfert* deriva da una diversa concettualizzazione dello sviluppo delle strutture rappresentative di sé, dell'altro e della relazione relative al sistema di attaccamento. Come afferma Giovanni Liotti ne *La dimensione interpersonale della coscienza* (La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1994, p. 110) "è

all'interno della relazione terapeutica offre occasioni uniche per poter considerare insieme al paziente le caratteristiche dei suoi schemi di attaccamento e le modalità con cui tende a porsi nella relazioni affettive – nel momento stesso in cui si stanno manifestando – e per analizzare le costruzioni anticipatorie che effettua rispetto al terapeuta, alle sue reazioni emotive e ai suoi comportamenti. La sensazione di accettazione incondizionata e la possibilità di ricevere dal terapeuta una comprensione "calda" possono permettere al paziente di costruirsi quelle sensazioni protettive (di "base sicura" per utilizzare una metafora di Bowlby) che facilitano l'esplorazione di parti più sconosciute, e in qualche modo minacciose, del Sé.

Le "mosse relazionali" del terapeuta possono essere talvolta finalizzate specificamente a evidenziare i processi relazionali (transferali) in corso orientando su di essi l'attenzione del paziente. Nel mio modello di lavoro, il terapeuta pone attenzione – ancor prima che all'utilizzazione delle specifiche procedure cui ho accennato in precedenza – al significato relazionale delle proprie mosse (verbali, paraverbali e non verbali), cercando di porsi nel setting in modo da costruire una relazione che da un lato (in parte) soddisfi le richieste relazionali del paziente, ma dall'altro offra a quest'ultimo occasioni per sperimentarsi in modo nuovo, in una situazione protetta. La relazione può essere utilizzata come occasione per verificare modalità alternative di porsi con l'altro, come occasione per provare a permettersi sensazioni altrimenti "proibite"; occasioni che possano condurre all'invalidazione delle anticipazioni che tali modalità – diverse⁵¹ da quelle usualmente adottate nei rapporti interpersonali – portino a critica, rifiuto o abbandono da parte del terapeuta.

Le dinamiche della relazione paziente terapeuta possono essere talvolta esplicitate, divenendo oggetto di una metacomunicazione, in altri casi essere lasciate sul livello implicito,

all'opera, nello sviluppo, un processo di selezione e gerarchizzazione delle varie rappresentazioni di sé con l'altro derivanti da diverse relazioni di attaccamento [...]. Questo processo non va però inteso come esclusivamente intrapsichico (legato a meccanismi di difesa inconsci come quelli ipotizzati dalla psicoanalisi nei confronti di pulsioni conflittuali applicate alle relazioni oggettuali): esso ha anzi continui riferimenti con le varie esperienze relazionali che si susseguono nel corso dello sviluppo e che confermano una delle rappresentazioni di sé-con-l'altro a spese delle altre inizialmente trattenute dalla persona."

51 A titolo puramente esemplificativo: mostrandosi assertivamente in disaccordo col terapeuta, esprimendo il suo disappunto o la sua critica nei suoi confronti, permettendosi di essere aggressivo, manifestando apertamente la propria rabbia o disvelando aspetti di sé che giudica indici di debolezza e/o indegnità personale e che usualmente maschera nei rapporti interpersonali anche intimi.

senza alcuna traduzione linguistica o mediate esclusivamente da comunicazioni metaforiche. Essenziale comunque che nell'analisi di quanto avviene nella relazione il terapeuta presti contemporaneamente attenzione alle proprie quanto alle altrui emozioni.

Uno schema di analisi della relazione – sicuramente parziale, ma comunque rilevante – è quello proposto da Giovanni Liotti con il concetto di *sistemi comportamentali*.⁵² Liotti suggerisce che il primo passo che il terapeuta deve compiere nell'analizzare la relazione terapeutica alla luce del concetto di *sistema comportamentale* consiste nel chiedersi se il sistema attivo in lui, in un determinato momento del processo terapeutico, sia sintonico o meno con quello attivo nel paziente in quello stesso momento. Per far ciò il terapeuta deve considerare le emozioni che sta vivendo nel rapporto, oltre a quelle manifestate dal paziente. Le emozioni del terapeuta possono costituire una fonte preziosa di informazioni sul sistema comportamentale attivo nel paziente e sulla natura della sincronizzazione/desincronizzazione tra sistemi comportamentali motivanti l'agire del terapeuta e del paziente.⁵³

Questo concetto può essere allargato, anche al di là della teorizzazione dei "sistemi comportamentali". Le emozioni del terapeuta rispetto alla relazione sono sempre e comunque un importante segnale di ciò che sta accadendo nel setting ed è quindi essenziale che vengano analizzate e considerate costantemente. Ovviamente è importante, affinché questa analisi venga portata avanti in maniera fruttuosa e sia utilizzabile per il cambiamento terapeutico, che il terapeuta sia sufficientemente consapevole delle proprie personali modalità di funzionamento affettivo-emotivo e cognitivo e sappia quindi comprendere quanto le sue costruzioni e le sue reazioni a ciò che sta avvenendo nella relazione con il paziente possano essere determinate prevalentemente da sue tendenze stereotipate di rispondere a quello specifico tipo di situazione interpersonale e quanto alle modalità, alle paure o alle difficoltà del

52 Nell'articolo *Il concetto di sistema comportamentale fra etologia e psicologia clinica*, "Rivista di Psicologia Clinica", n. 4, 176-187, 1990, Giovanni Liotti propone, in un'ottica cognitivo-evoluzionista, che anche nell'uomo operino sistemi innati di regolazione del comportamento sociale definiti *sistemi comportamentali interpersonali* che hanno a che fare con la sessualità, l'attaccamento, l'accudimento, la definizione dei rapporti di dominanza e subordinazione, la collaborazione fra pari.

53 Cfr. Giovanni Liotti, Bruno Intrecciatagli, *I sistemi comportamentali interpersonali nella relazione terapeutica*, in G. Sacco L. Isola (a cura di), *La relazione terapeutica nelle terapie cognitive*, Melusina Editrice, Roma, 1992.

paziente e alle eventuali strategie manipolatorie che questi sta mettendo in atto all'interno del *setting*.⁵⁴

L'analisi delle dinamiche transferali e contro-transferali risulta particolarmente proficua soprattutto nei momenti di difficoltà o *impasse* terapeutica poi che costringono, come affermano Safran e Muran,⁵⁵ ad approfondire sia la nostra conoscenza del paziente

54 Per questa ragione, nella formazione dei terapeuti cognitivo-costruttivisti si presta molta attenzione al lavoro personale dei trainee. Anche se non è previsto l'obbligo di una vera e propria psicoterapia – ma frequentemente buona parte degli allievi, durante il percorso formativo, sente il bisogno, ed è incoraggiato in tal senso, di intraprendere una psicoterapia personale – viene comunque ritenuto indispensabile un percorso finalizzato alla conoscenza delle proprie dinamiche e caratteristiche personali che, pur non proponendosi finalità specificamente terapeutiche, porta usualmente a movimenti personali di non lieve entità. La formazione personale viene effettuata per lo più all'interno del gruppo di formazione – connettendosi strettamente sia con la formazione tecnico professionale, sia con la supervisione – e in parte mediante un breve periodo di analisi cognitiva individuale (20-30 sedute) durante il terzo o quarto anno della formazione, quando gli allievi, avendo iniziato a prendersi carico di alcuni pazienti (sotto supervisione) si trovano di fronte alle prime difficoltà connesse con la gestione della relazione terapeutica. L'obiettivo del lavoro sia in gruppo sia individuale è quello di aiutare l'allievo a incrementare la consapevolezza sulle proprie dinamiche interne, di permettergli di approfondire la conoscenza di sé e delle proprie modalità di funzionamento cognitivo, emotivo e affettivo; consapevolezza che gli consenta – nell'interazione con i propri pazienti – di porre una maggiore attenzione alle proprie specifiche peculiarità, di riuscire a riconoscere la propria soggettività e ad acquisire quindi una maggiore capacità di distanziarsene per calarsi provvisoriamente in quella dell'altro (vedi a questo proposito: *La costruzione del sapere, saper fare, saper essere dello psicoterapeuta cognitivista; analisi di un modello di formazione* di Lorenzo Cionini "Psicoterapia", n. 6/7, 1996, pp. 199-214 e dello stesso autore *La spiegazione e la comprensione nel processo formativo dello psicoterapeuta cognitivo-costruttivista* in *La formazione relazionale: ambiti, interpretazioni, proposte*, a cura di Corrado Bogliolo, Edizioni del Cerro, Pisa, 2002.

55 Jeremy Safran e Christopher Muran in *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*, (Laterza, Bari, 2003; edizione originale *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*, Guilford, New York a, 2000) proponendo una rivalutazione del concetto di "resistenza" e richiamando sia autori a orientamento psicoanalitico sia autori a orientamento cognitivo costruttivista, affermano che l'*impasse* terapeutica può essere considerata "come una finestra aperta all'interno degli schemi relazionali del paziente piuttosto che come un ostacolo da superare" (pag. 105). Richiamando sia gli scritti di Robert Stolorow e di Heinz Kohut, questi autori sostengono come sia importante evidenziare il ruolo centrale che assume nel processo di cambiamento il lavoro attraverso i fallimenti empatici, permettendo di trasformare un'*impasse* in una comprensione più profonda (altrimenti impossibile da ottenere) dello schema relazionale del paziente. "L'esperienza del paziente riguardo gli interventi del terapeuta sarà inevitabilmente strutturata secondo i suoi fondamentali principi organizzativi (sia consci sia inconsci). Tali principi hanno un

relativamente al modo in cui interpreta e agisce nella relazione mentre ciò sta accadendo, sia a soffermarsi e interrogarsi sul contributo che stiamo dando all'interazione e sulla possibilità che alcuni aspetti delle nostre azioni o dei nostri atteggiamenti abbiano attivato le paure del paziente che hanno determinato il momento di blocco (o se si preferisce di *resistenza*) in atto.

Inoltre, tenendo conto del fatto che il cambiamento di aspetti nucleari (o tendenzialmente tali) del Sé rappresenta sempre e comunque una "minaccia" per l'individuo, il terapeuta tenta di calibrare la minacciosità delle sue mosse terapeutiche in modo che non risultino né troppo, né troppo poco minacciose per il paziente. Nel primo caso, infatti, non si avrebbe cambiamento o questo sarebbe troppo lento, nel secondo si rischierebbe un *drop-out* o, nei casi più problematici, uno scompenso del paziente. Questa seconda eventualità è ciò che è avvenuto con la paziente di cui si parla in questo libro (come ho raccontato nel breve testo di accompagnamento dei nastri delle sedute⁵⁶). Lo scompenso psicotico cui è andata incontro la paziente nell'agosto 1992, quindi un anno dopo la prima seduta analizzata in questo testo, ritengo possa essere stato determinato, in parte da una mia sopravvalutazione dei progressi da lei raggiunti nei mesi immediatamente precedenti, che mi ha portato a cercare di attivare troppo precocemente alcuni cambiamenti risultati evidentemente troppo minacciosi per il suo equilibrio, in parte (come con-causa) da un atteggiamento ancor più "minaccioso" dello psichiatra che la seguiva farmacologicamente, che, nei mesi precedenti allo scompenso (abbastanza incomprensibilmente per me, dal momento che avevamo già seguito pazienti in comune senza che si verificassero mai situazioni di questo tipo), ha iniziato ad inserire negli incontri di controllo per i farmaci una serie di interventi "pseudo-terapeutici" dei quali la paziente mi parlava in seduta riferendo la grande confusione che le creavano. "Dopo lo scompenso io avevo concettualizzato questa terapia come il mio più grosso fallimento e non pensavo che avrei più rivista la paziente".⁵⁷ Per questa ragione, quando inaspettatamente nel 1996 la paziente si è nuovamente rivolta a me (in uno stato confusionale ancora notevolmente elevato) per continuare la terapia,

ruolo particolarmente importante in situazioni in cui il terapeuta non riesce a comprendere e a rispondere adeguatamente alle necessità del paziente, a causa dell'intreccio fra i principi organizzativi fondamentale del paziente e quelli del terapeuta" (*ibidem* pp. 105-106).

56 Vedi l'*Introduzione* di Chiara Barni e Giulia Galli

57 Dall'*Introduzione* di Chiara Barni e Giulia Galli

fra l'altro ricordando perfettamente, con mio grande stupore, una serie di considerazioni che avevamo fatto insieme quattro o più anni prima, nella prima parte della psicoterapia, (e che, a suo dire, l'avevano aiutata anche nel periodo in cui non ci eravamo visti) ho deciso di procedere per un tempo lungo (circa due anni) impostando la relazione quasi esclusivamente in termini di sostegno, evitando qualsiasi intervento che potesse risultare in qualche modo minaccioso per il suo equilibrio ancora assolutamente precario. Nel periodo successivo, lentamente e gradualmente, è stato possibile riprendere il lavoro terapeutico secondo le modalità sopra delineate, giungendo a prendere in considerazione episodi importanti della sua storia di vita (di cui non aveva mai parlato in precedenza con alcuno) che hanno richiesto un lungo lavoro di rivisitazione affinché la paziente riuscisse ad accettarli e soprattutto ad accettare le sensazioni e le emozioni che aveva provato in quelle situazioni, negandosi contemporaneamente di poterlo fare. Di questi eventi emergono spunti soprattutto nella seconda delle sedute analizzate, spunti che ovviamente le autrici non hanno potuto cogliere (né il lettore può farlo) essendo all'oscuro dei fatti che vengono richiamati con brevi impliciti che per la paziente e il terapeuta sono del tutto evidenti, ma che non possono esserlo per chi di tutta la terapia conosce soltanto queste tre sedute. Nuovamente però questa mancanza, che presumibilmente crea alcune malinterpretazioni, non inficia il lavoro complessivo di analisi delle sedute.

Con momenti alternati di grandi progressi e di grandi blocchi, la terapia si è conclusa all'inizio del 2004.