

Milano, 16 gennaio 2021

Mechrí - Linguaggi in transito: Psicologia

Quarta Giornata

# “E tu chi sei?”

## Vita e conoscenza in Psicologia e in Psicoterapia

Che cos'è un'autobiografia? Che rapporto c'è tra una  
“vita” (vissuta) e una “storia di vita” (raccontata)?  
Come si amalgamano, come si intrecciano e come  
“evolvono” l'una in rapporto all'altra?

# Nelle puntate precedenti...

- Abbiamo osservato che cosa il Naturalismo, come paradigma epistemologico, ha prodotto nel delineare i modi, e quindi gli oggetti, del sapere per una possibile comprensione dell'uomo (nascita dell'uomo psico-logico).
- Siamo poi scesi più in profondità nel comprendere come l'uomo psico-logico, a sua volta, si declini in alcune sue possibili partizioni e specificazioni (sempre interne al paradigma naturalista).
- Ecco sorgere il soggetto sperimentale (Laboratorio di Psicologia Sperimentale), il soggetto clinico (Studio di Psicoterapia), il soggetto neuro-fisio-anatomico (Laboratorio di Neuroscienze).
- Trait d'union: estromissione del soggetto auto-biografico.

# Nelle puntate precedenti...

- Abbiamo osservato questo processo per come avviene in particolare nella **CLINICA** e nella **RICERCA** contemporanea.
- Nella **CLINICA** abbiamo visto i paradossi che l'adozione di un paradigma oggettivante comporta nella comprensione dell'uomo:
  - Non è possibile concepire una teoria ateorica.
  - Oggettivo non è sinonimo di ateorico.
  - Gli "oggetti oggettivi" non hanno una natura differente dagli altri oggetti (martellabili, misurabili, lanciabili, e via dicendo).
  - In questo habitat prendono forma le "patologie oggettive".
  - La cura delle patologie oggettive: reificazione delle categorie diagnostiche e "sconfessione" di "quella vita là e nessun'altra".

# Nelle puntate precedenti...

- Nella **RICERCA** la declinazione contemporanea del Naturalismo è rappresentata dalle Neuroscienze.
- La conoscenza neuroscientifica si regge su alcuni presupposti assunti come assiomatici e non “mostrati”:
  - Esiste una gerarchia delle scienze. La scienza riducente (“più fondamentale”) è esplicativa rispetto a quella ridotta.
  - Ridurre significa spiegare.
  - Le rivoluzioni della Risonanza Magnetica Funzionale e della “scoperta” dei neuroni specchio.
  - Il coronamento del sogno riduzionista (o naturalista tout-court) e l’eclissi totale (o parziale) del mondo psichico.
- Ma che legittimità teoretica ha tutto questo?

# Nelle puntate precedenti...

- In virtù di che cosa e in nome di quale evidenza l'esperienza fenomenica di cui un soggetto è protagonista è *spiegata* dalla descrizione dello stato di attivazione neurofisiologica che si verifica nel suo cervello?
- Non c'è una gerarchia tra le scienze tale per cui una scienza ha un maggiore potere esplicativo sull'altra.
- La “trascrizione”, da una forma di sapere all'altra, seppur sempre all'opera, non spiega alcunché.
- È all'interno di ogni “pratica di mondo”, e forma di conoscenza, che si realizza anche la “spiegazione” di tutto ciò che lì accade, e non altrove.
- Marhaba: “La comprensione è la conoscenza empatico-simpativa dell'altro” (e - aggiungiamo - di sé stessi).

# Il punto: che cosa è terapeutico?

- Che cosa dicono la scienza sperimentale, la statistica psicometrica e gli studi longitudinali sull'efficacia della psicoterapia? Che cosa produce benefici? E perché?
- Il “Verdetto di Dodo” (Saul Rosenzweig, 1936): la possibilità di successo clinico di un percorso di psicoterapia prescinde dall'orientamento teorico del terapeuta.
- Tutti i tipi di psicoterapia hanno approssimativamente la stessa probabilità di successo (*“Tutti hanno vinto e tutti devono ricevere un premio”*).
- Paradosso: com'è possibile che tradizioni tanto diverse per metodi, visione dell'uomo, strategie di intervento, interpretazioni cliniche, si equivalgano?

# Un esempio: il Complesso di Edipo

- In un orizzonte psicanalitico il Complesso di Edipo è una componente imprescindibile dello sviluppo psicosessuale dell'individuo, attorno a cui si definisce la sua costruzione simbolica, emotiva, cognitiva, biologica.
- Per un comportamentista (come per qualsiasi terapeuta che non si riconosca nella psicanalisi) il “Complesso di Edipo” *semplicemente non esiste*.
- Attribuire un qualsivoglia valore di efficacia, in ambito psicoterapeutico, ad un lavoro sul Complesso di Edipo (qualcosa che non esiste) non avrebbe alcun senso.
- Mutatis mutandis la valutazione è identica per qualsiasi intervento comportamentista (ad esempio sul condizionamento) valutato agli occhi di uno psicanalista.

# Sono tutte teorie “sbagliate”?

- Gli oggetti che in ciascuna di queste tradizioni di ricerca emergono saranno intraducibili, irricognoscibili, inconcepibili, *invisibili* in qualsiasi altra tradizione.
- Non solo: se anche una qualche forma di “traduzione” o di “riduzione” fosse possibile, ciò che verrebbe tradotto, nell’attribuzione dell’efficacia della terapia, risulterebbe *falso* agli occhi della teoria psicologica riducente.
- Ogni tradizione psicologica e psicoterapeutica guarda a tutte le altre nei termini dell’*errore*.
- Ma com’è possibile che le psicoterapie, tutte *false e sbagliate* l’una nella valutazione dell’altra, producano gli stessi effetti? Tutte, in egual misura, sbagliano ed hanno ragione?

# Che cosa, ancora una volta, ci sfugge?

- L'efficacia dell'intervento psicoterapeutico sembra essere legata ad *altro* rispetto a ciò su cui il terapeuta pensa di intervenire. Ma che cos'è questo "altro"?
- Dobbiamo farci aiutare (Emilio Fava e il Gruppo Zoe: "La competenza a curare. Il contributo della ricerca empirica").
- Primo aspetto che emerge: la psicoterapia è efficace. Lambert & Ogles (2004): "*Sebbene i metodi delle prime ricerche e delle meta-analisi siano da migliorare, l'insieme delle ricerche considerate dimostra che la psicoterapia è efficace. Questa scoperta ottenuta attraverso l'analisi di migliaia di ricerche e centinaia di meta-analisi è un fatto incontestabile*" (p. 14).
- Ma *che cosa* della psicoterapia è efficace?

# Ciò che è terapeutico è “aspecifico”

- Emilio Fava: *“Gli studi sui fattori predittivi e sui mediatori di cambiamento sembrano suggerire un ruolo determinante dei fattori terapeutici comuni o “aspecifici” presenti nei trattamenti ben riusciti indipendentemente dalla loro “etichetta” (p. 14).*
- *“Non è importante solo definire un tipo di psicoterapia, ma considerare “come” viene fatta. Il paradosso della equivalenza dei risultati sembra spiegarsi con l’importanza dei fattori aspecifici”. (p. 27).*
- Allora significa che tutto ciò su cui abbiamo concentrato le nostre migliori energie (teorie, spiegazioni, interpretazioni, ecc...) non ha alcun valore terapeutico? Una cosa vale l’altra?

# Qual è il fattore che “cura”?

- Studi longitudinali di efficacia della psicoterapia: la sintesi della 27° Task Force dell'American Psychological Association (APA) del 2001.
- Risultati: 40% dell'efficacia terapeutica è attribuibile a fattori extraterapeutici; 30% a fattori comuni alle psicoterapie; 15% all'effetto placebo; 15% a fattori specifici del tipo di terapia.
- Inizia a farsi largo una possibile interpretazione (Lambert e Task Force dell'APA): *“I tentativi di elaborare linee guida pratiche basate sull'evidenza delle psicoterapie efficienti trascurando la relazione terapeutica sono del tutto incompleti e potenzialmente insoddisfacenti sia in ambito clinico che sperimentale”*.

# Il fattore terapeutico è *la relazione*

- Lambert e Task Force dell'APA: “...*adattare o confezionare su misura la relazione terapeutica ai bisogni specifici e alle caratteristiche dei pazienti aumenta l'efficacia del trattamento*”.
- La relazione è dunque il *motore del cambiamento* in psicoterapia, il “luogo” in cui avviene la “cura”.
- È la stessa conclusione a cui siamo giunti attraverso il nostro percorso teoretico quando ci siamo espressi in questi termini: “*Tutto è relazione*” e “*Il mondo si costruisce relazionalmente*”.
- Sia in senso “pubblico” (il fare di ciascuno che si iscrive nel fare di tutti), sia in senso “privato” (nel dialogo tra sé e sé in cui si costruisce l'esperienza individuale).

# Che cosa, della relazione, “cura”?

- Task Force dell’APA, 2001, (pars destruens): che cosa produce effetti “nocivi” rispetto alla cura.
- 1) Uno stile che puntualizza in continuazione gli insuccessi del paziente.
  - 2) Commenti e comportamenti che siano ostili, peggiorativi, critici, rifiutanti e svalutanti.
  - 3) Critica del pattern disfunzionale del paziente senza comunicare che ciò che è messo in discussione non è la persona nella sua complessità e interezza.
  - 4) La rigidità e l’inflessibilità del terapeuta nei modelli interpretativi e nei trattamenti iper-strutturati.
  - 5) Mancata considerazione della relazione terapeutica.

# Psychotherapy Process Q-Set (Jones)

- È uno strumento standardizzato di 100 item centrato sulla descrizione dell'interazione paziente terapeuta (2000).  
Che cosa produce “effetti nocivi” nella terapia?
- 1) Pressione da parte del terapeuta affinché il paziente attui determinati comportamenti.
  - 2) Avere un atteggiamento pedagogico con il paziente.
  - 3) Colludere con la sua tendenza ad appoggiarsi eccessivamente.
  - 4) Discutere di quali azioni o attività svolgere al di fuori della seduta.
  - 5) Adottare un atteggiamento dichiaratamente supportivo.
  - 6) Tenere il focus della terapia su immagine di sé e cognizioni.

# Che cosa, dunque, *non è terapeutico*

- Tutto ciò che crea distanza relazionale tra paziente e terapeuta è un potente fattore di inefficacia terapeutica:
  - 1) Il giudizio, la mancanza di ascolto e di condivisione empatica, la squalifica, la disattenzione e l'assenza di cura.
  - 2) L'indicazione esplicita di ciò che il paziente dovrebbe fare o di come si dovrebbe comportare secondo la prospettiva del terapeuta.
  - 3) Il dogmatismo disciplinare, la rigidità e inflessibilità del terapeuta rispetto a ciò che prevede la teoria, il protocollo, la tecnica o la "corretta interpretazione".
- Si tratta di variabili relazionali, tutte; nulla di disciplinare.

# Il sapere disciplinare *non è terapeutico*

- Il paradosso: i contenuti di sapere specialistici che differenziano le diverse scuole di psicoterapia non rappresentano un fattore terapeutico.
- Al contrario, l'essere irremovibilmente ancorati alle certezze disciplinari alle quali ogni terapeuta è stato formato è un fattore di inefficacia terapeutica nella misura in cui produce rigidità relazionale ed interpretativa.
- È la relazione – ancora una volta – ad essere terapeutica, non l'adesione ad un modello disciplinare il cui contenuto di verità si esercita in quella relazione.
- Dobbiamo invertire il ruolo dei fattori in campo: il contenuto di sapere è funzionale alla relazione, non viceversa.

# Rigidità disciplinare e ideologica

- Fava (p.10): *“Molti risultati delle ricerche sottolineano l’effetto dannoso della rigidità dei modelli teorici (ciò che si sa o si crede di sapere) rispetto alla qualità della relazione terapeutica (ciò che si fa) e ai risultati dei trattamenti. Così come alcuni aspetti di rigidità metodologica (in realtà ideologica) dei ricercatori e dei biometristi hanno condotto a conclusioni azzardate dimostrate, in tempi successivi, erronee e dannose per i pazienti”*.
- Fava (p.10): *“Il terapeuta non deve porsi come un guru, da cui aspettarsi sentenze illuminanti, ma come una persona che cerca insieme al paziente la comprensione e la soluzione di problemi difficili e dolorosi”*.

# L'“alleanza di lavoro”

- Se, come abbiamo visto, gli aspetti decisivi dell'efficacia terapeutica sono relazionali, è sulla relazione che è opportuno concentrare tutta l'attenzione dell'intervento.
- Horvath: concetto di “Alleanza di lavoro”: *“Esprime la qualità e la forza della relazione collaborativa tra cliente e terapeuta: include i legami affettivi positivi come fiducia reciproca, simpatia, rispetto e prendersi cura. Essa comprende anche gli aspetti più cognitivi della relazione terapeutica quali il consenso e l'impegno per gli obiettivi della terapia e i mezzi per raggiungerli. L'alleanza implica un senso di partnership tra terapeuta e cliente in base al quale ogni partecipante è impegnato attivamente nelle proprie specifiche e appropriate responsabilità”*.

# La cura della relazione

- Il terapeuta deve monitorare costantemente, in presa diretta, i movimenti che si verificano nella relazione.
- Laddove si verifichi una rottura o un'incrinatura nella possibilità di stare insieme cooperativamente è opportuno un intervento di chiarificazione e riparazione dell'alleanza.
- Qui entrano in gioco due ostacoli: 1) I terapeuti hanno difficoltà nel riconoscere i sentimenti negativi dei pazienti (nel 45% dei casi secondo Rhodes et al.); 2) I terapeuti rispondono ai moti di rottura dei pazienti rafforzando le tecniche di base previste dai propri orientamenti disciplinari e irrigidendosi nelle proprie certezze dogmatiche.

# Sapere disciplinare e relazionale

- Sapere disciplinare e competenza relazionale, ancora una volta, entrano in conflitto. Fava: *“I terapeuti rispondono alla percezione della rottura dell’alleanza incrementando gli interventi che, secondo il loro modello teorico, erano più efficaci piuttosto che affrontare in modo flessibile le ragioni della difficoltà nella relazione collaborativa”* (p. 34 – 35).
- Il terapeuta, quando sente vacillare la forza e la solidità della relazione, si rifugia nell’ortodossia del proprio sapere e nelle tecniche, irrigidendosi nelle proprie certezze.
- A ben guardare, dunque, le teorie servono più al terapeuta che al paziente, nella misura in cui restituiscono al terapeuta stesso un senso di sicurezza e padronanza.

# I tre fattori del successo terapeutico

- I tre fattori imprescindibili per una buona riuscita di un percorso psicologico sono i seguenti: **empatia**, **autenticità** e **gestione del controtransfert** (le emozioni del terapeuta).
- Fava: *“La ricerca attuale ha mostrato che l’**empatia** del terapeuta è collegata con l’esito del trattamento. In particolare si è visto che il sentire di essere capito del paziente da parte del terapeuta ha un robusto collegamento con l’esito del trattamento”* (p. 40).
- *“L’empatia è la sensibile abilità del terapeuta e la volontà di comprendere i pensieri, i sentimenti e i conflitti del paziente. È l’abilità di entrare nel mondo privato percettivo dell’altro, l’essere sensibile momento per momento ai significati dei cambiamenti che scorrono nell’altra persona”*. (Rogers)

# La valenza terapeutica dell'empatia

- L'empatia avrebbe una triplice valenza nel facilitare il decorso positivo di un percorso terapeutico:
  - 1) Il percepire di essere compresi predisporrebbe al coinvolgimento cooperativo.
  - 2) Vivere una relazione empatica rappresenterebbe una "esperienza emotiva correttiva".
  - 3) L'empatia agirebbe come "facilitatore" della elaborazione cognitivo-affettiva.
- Complementarmente, *"le capacità empatiche sarebbero di aiuto al terapeuta nello scegliere gli interventi e le strategie più adatte per quel momento o per quel tipo di paziente"* (p.41)

# Autenticità come pre-requisito

- La relazione tra paziente e terapeuta, per quanto codificata entro precise regole, è una *relazione a tutti gli effetti*.
- L'**autenticità** è il pre-requisito indispensabile affinché qualsiasi forma di relazione possa instaurarsi e crescere in termini di partecipazione emotiva ed empatica (la “Relazione reale” a cui si riferisce Gelso nelle sue ricerche).
- Fava: “È l'opposto del ritiro, della mistificazione e dell'inganno consapevole o difensivo da parte del terapeuta” (p. 42).
- Fava: “Ovviamente non si tratta di self-disclosure indiscriminate, ma di permettere la comunicazione di avvenimenti relazionali sentendosi parte di quella relazione terapeutica e trasmettendo questo sentire” (p. 42).

# Gestione del controtransfert

- È la **capacità del terapeuta di comprendere e padroneggiare le proprie emozioni** per come accadono in seduta.
- L'evidenza scientifica attribuisce un ruolo sempre più centrale a questo aspetto nell'esito del processo terapeutico. Fava: *“La letteratura empirica sta confermando che non è la risposta controtransferale di per sé a influenzare l'esito, quanto la capacità del terapeuta di elaborarla e maneggiarla”* (p. 43).
- Questo aspetto comporta un enorme lavoro su di sé da parte del terapeuta: *“L'autointegrazione sottolinea l'importanza che il terapeuta risolva i suoi conflitti maggiori”* (p. 44), in modo che nell'interazione terapeuta-paziente non si ripropongano modalità “tossiche” (ambivalenti, seduttive, coercitive, ecc...).

# Creatività, interazione, elasticità

- Prove sperimentali e analisi longitudinali alla mano, altri fattori entrano in gioco nel successo terapeutico:
  - 1) La creatività del progetto di cura condiviso.
  - 2) La richiesta di feedback da parte del terapeuta al paziente sull'andamento della terapia.
  - 3) Un'interazione costante focalizzata sugli esiti del percorso.
  - 4) L'elasticità, da parte del terapeuta, nell'integrare elementi anche al di fuori dei propri schemi interpretativi.
- Si tratta, sempre e comunque, di fattori relazionali, afferenti al *come*, al modo della relazione, e non al *che cosa*, al contenuto disciplinare del sapere che in psicoterapia si esprime.

# Si gioca tutto nell'“hic et nunc”

- Lavorare in termini relazionali significa focalizzare l'attenzione sull'“hic et nunc”, su ciò che accade in seduta.
- Ogni paziente ha una percezione diretta di ciò che nello spazio relazionale costruito tra sé e il terapeuta è possibile dire ed esprimere: il paziente “sente” il proprio terapeuta e il grado di legittimità nell'espressione di sé che gli restituisce.
- Si tratta di una percezione espressiva, posturale, mimica, di tensione o distensione fisica ed emotiva che passa in modo diretto ed immediato; in questo senso è extralinguistica.
- La voce, il ritmo, la microfisica dei movimenti volontari ed involontari ne sono i vettori più potenti, seppur “sotterranei”.

# Il luogo di emersione degli oggetti

- Ciò di cui ci si potrà occupare, di volta in volta, in seduta, sarà semplicemente ciò che la relazione tra paziente e terapeuta sarà in grado di “reggere” e “legittimare”, e che quindi, in quella relazione, potrà “emergere”.
- Tutto ciò che accade emotivamente al terapeuta, nel vortice della seduta, e che il paziente avverte in modo diretto, designerà uno spazio emotivo, relazionale e, infine, discorsivo in cui il paziente stesso si percepirà e potrà esprimersi.
- In questo luogo fenomenico il paziente avvertirà la legittimità (o, di contro, la colpevole inadeguatezza) dei contenuti che sta per portare in seduta e si comporterà di conseguenza.

# Il paziente “sente” il terapeuta

- Il paziente “sente” in modo empatico (molto prima di poterselo rappresentare discorsivamente) tutte le aspettative del terapeuta, la sua forza o fragilità, le sue disposizioni o inclinazioni, le sue difficoltà rispetto ad alcune tematiche e propensioni rispetto ad altre. Accade tutto nell'immediatezza.
- Nella relazione terapeutica è come se fosse tutto, sempre, contemporaneamente presente nelle due individualità in interazione; non tanto nei loro “detti”, quanto nella postura, nel modo d'essere, “incarnato” nella *“strozzatura di un corpo, in cui si riflette e si compendia tutta la storia e la vicenda della vita”*, come probabilmente si esprimerebbe Carlo Sini. E aggiungiamo: “Di quella vita lì e nessun'altra”.

# Dove prendono forma i “racconti”

- In rapporto a questo sottilissimo gioco di specchi e di corrispondenze, di percezioni sofisticatissime, sottotraccia, silenti, invisibili, eppure potentissime, si costruisce l’architettura di qualsiasi discorso concepibile ed esprimibile nel percorso psicoterapeutico.
- Ecco dunque che nello spazio relazionale della psicoterapia per il paziente sarà possibile affrontare ciò che, anzitutto, il terapeuta sarà in grado di reggere emotivamente e di cui, inavvertitamente, “consentirà” l’espressione.
- Lì potranno emergere temi, episodi, aneddoti, racconti, vissuti di cui è possibile parlare insieme nella misura in cui il paziente non si sente giudicato, indicato, screditato, banalizzato.

# L'emotività che “diventa” linguaggio

- In quest'emotività fluida, libera, impalpabile, si costruisce e ricostruisce un'intera storia di vita attraverso un “racconto” (nostro, comune, storico, sociale, ecc...).
- Quella vita lì si costruisce e si ricostruisce in quel racconto e in quelle parole, di tutti e di ciascuno, rese fruibili e accessibili relazionalmente in un incontro. La psicoterapia deve avvicinarsi alla vita fin quasi a toccarla, a confondersi con essa.
- Un incontro per quanto più possibile *pulito*, nell'immediatezza in cui avviene, e *libero* nel modo in cui si articola, in termini di possibilità e legittimità dell'espressione.
- Un incontro dove sia possibile intendersi con le parole di tutti e di ciascuno, fatte proprie, dalla diade paziente-terapeuta, attraverso un gergo “comune”, ma in qualche misura “unico”<sup>30</sup>

# Torniamo alle prove di efficacia...

- Fava: *“L’impressione generale è che gli studi mostrino l’importanza di un atteggiamento di attento ascolto orientato al permettere l’espressione più vera di ciò che il paziente prova, piuttosto che interventi intesi a “spiegare” il significato dei comportamenti, dei sogni e delle fantasie”* (p. 168).
- Fava: *“(…) il comportamento terapeutico che ha il maggior livello di significatività è ancora una volta collegato al facilitare l’espressione e l’approfondimento dei sentimenti del paziente o quando il terapeuta aiuta il paziente a esplicitare sentimenti difficili da esprimere perché inaccettabili. Altrettanto importanti sono voci che rimandano all’alleanza terapeutica come l’impegno del paziente a esplorare il proprio funzionamento”* (p. 170).

# Unicità ed esclusività dell'incontro

- Tutte queste indicazioni della ricerca empirica ci portano ancora una volta ad imboccare la strada dell'indagine della *soggettività*, contrapposta all'oggettività, e dell'*unicità*, contrapposta all'universalità dei paradigmi assoluti.
- Dobbiamo dotarci di strumenti di comprensione e di intervento talmente elastici e flessibili da poter diventare personali ed unici, piuttosto che protocollari e standardizzati.
- Se ciò che è terapeutico è la relazione e la relazione non può che essere individuale, personale, costruita su misura come un abito di sartoria, dobbiamo fare della psicoterapia un "sapere della relazione" e non dell'"interpretazione" (come Guidano aveva visto e indicato).

# Flessibilità e autonomia dai modelli

- Fava: *“Gli interventi terapeutici dovranno modularsi flessibilmente in modo da produrre meno resistenze possibili. Tener conto di queste differenze implica la necessità di sviluppare sistemi diagnostici sensibili e di utilizzarli sia nella focalizzazione degli obiettivi che nella scelta degli interventi. Lo sviluppo di sistemi diagnostici dimensionali capaci di cogliere le differenze tra un paziente e l’altro (...) ha una profonda rilevanza rispetto all’accuratezza e all’appropriatezza degli interventi. È importante anche che questi sistemi diagnostici raggiungano un certo grado di indipendenza dai modelli teorici e che siano orientati alla individuazione delle specificità che caratterizzano il funzionamento del singolo paziente”* (p. 21 – 22).

# Di nuovo, quella vita lì e nessun'altra

- Fava: *“Gli attuali sistemi diagnostici, fondamentalmente categoriali e descrittivi, partono dall’assunto di base che i pazienti che presentano lo stesso insieme di sintomi costituiscono un gruppo omogeneo. Ma, anche se i pazienti possono essere omogenei in termini di sintomi, non ci sono prove che essi siano simili per molti altri fattori quali il funzionamento interpersonale, i tratti di personalità, le loro caratteristiche genetiche e psico-biologiche, la presenza di life events, le loro caratteristiche sociali e le attitudini al trattamento psicologico, fattori correlati in modo significativo alla riuscita dei trattamenti. Anche le fasi del trattamento possono essere disomogenee (...) (p. 21 – 22).*

# Via all'insù e via all'ingiù convergono

- L'analisi statistica e scientifica sull'efficacia terapeutica arriva alle stesse conclusioni alle quali siamo giunti nel nostro percorso teorico: l'oggettività e la “logica dell'assoluto” non sono buoni strumenti per comprendere l'uomo e, soprattutto, per avvicinare *“quella vita lì e nessun'altra”*.
- Compito dello psicoterapeuta non è svelare al paziente la verità (sempre prospettica) di ciò che gli succede nel profondo (a cui il paziente non avrebbe accesso perché non dispone di adeguati strumenti di analisi ed interpretazione); bensì quello di costruire una relazione in cui sia possibile anzitutto esprimersi e fare esperienza di una vicinanza empatica, autentica e “pulita”.

# Verità che allontanano dalla relazione

- Disporsi ad un'apertura relazionale da parte del terapeuta coincide con la possibilità di realizzare un incontro unico ed autentico, di ascolto e sintonia, con la persona che si ha di fronte.
- Il percorso teorico che abbiamo condotto e le prove scientifiche della ricerca contemporanea convergono nel mostrare che tanto le categorie oggettive ed universali (che prescindono per definizione dalla specificità dell'incontro e dalla singolarità dell'individuo), quanto le “teorie della mente” e le “teorie della psicopatologia” disciplinari (altrettanto assolute nel proporre una definizione univoca dell'uomo e del suo “funzionamento”) sono addirittura di intralcio nella misura in cui allontanano dalla relazione.

# Il focus dell'intervento nella seduta

- Partendo da ciò che accade nell'hic et nunc della seduta, paziente e terapeuta osservano con un atteggiamento di sincera curiosità e autentica legittimazione ciò che il paziente vive in presa diretta e il modo in cui interpreta, dà nome e voce ai vissuti che sperimenta.
- È questa dialettica del tutto personale, unica, irriducibile, l'elemento imprescindibile su cui concentrare il focus dell'intervento terapeutico, per osservarne, poi, il funzionamento su tutti gli aspetti della storia di vita che man mano emergeranno e sulla relazione stessa tra paziente e terapeuta, sulle modalità che si replicheranno anche lì, in seduta, dell'autentico modo di essere del paziente stesso.

# Come avviene il cambiamento

- Fava: *“C’è in generale un accordo che un principio terapeutico di base sia quello di riesporre il paziente, in circostanze più favorevoli, ad esperienze che precedentemente non era stato in grado di affrontare, sfruttando la differenza tra la situazione (conflittuale o deficitaria) originale e la situazione terapeutica attuale, in modo da rendere il paziente capace di gestirsi in modo diverso da quello precedente”* (p. 90).
- *“Il terapeuta, capace di essere contenitivo (capace cioè di sperimentare le proprie emozioni senza immediati atti interpretativi, né agiti comportamentali, capace di intuire i vissuti e le emozioni del paziente e capace di restituirle “depotenziate”) aiuterebbe il paziente a riconosce e quindi a sperimentare le proprie reazioni emotive e ad apprendere e introiettare un modo diverso di trattare i propri vissuti”* (p. 90).

# Lo psicoterapeuta come perturbatore

- Fava: *“La funzione terapeutica è quella di modificare i modelli relazionali interiorizzati che condizionano il presente, costruendo attraverso l’esperienza interpersonale reale paziente-terapeuta, nuove modalità di relazione intrapsichica e interpersonale. Il successo dell’intervento potrà dipendere dalla capacità del clinico di differenziarsi, senza manipolazioni o seduttività, dagli oggetti di attaccamento del paziente, dopo averli riconosciuti, favorendo in lui lo stesso movimento di distacco e ponendosi come agente decisivo del cambiamento”*.
- Guidano: *“Lo psicoterapeuta è un perturbatore strategicamente orientato che gioca il proprio ruolo principalmente attraverso due strumenti: se stesso e la relazione che instaura con il paziente”*.

# La dialettica tra l'“I” e il “Me”

- Si tratta di prendere contatto con un mondo intero nella sua irriducibile unicità su un duplice versante:
  - 1) Il modo in cui una persona sperimenta ciò che sperimenta (l'“I”, l'“immediatezza” di cui parla Guidano) è soltanto suo: è l'incarnazione emotiva, posturale, “fisica”, cognitiva, etica, comportamentale, “esistenziale” dell'intera sua storia di vita.
  - 2) Il modo in cui una persona articola nel proprio racconto di sé e della propria storia ciò che prova, o ha provato (il “me” di Guidano), è altrettanto unico ed irriducibile, e passa attraverso le parole, le chiavi di lettura, le metafore che ha a disposizione. Passa attraverso il *linguaggio* della propria epoca e gli *incontri* della propria storia.

# L'incrocio dei nostri “corrimano”

- Qui si incrociano idealmente due dei corrimano che abbiamo usato in questo nostro percorso:
- 1) *Il mondo si costruisce relazionalmente*. È sempre in una relazione che si dà il mondo. Come abbiamo osservato (Bridgman), anche il semplice misurare la lunghezza di un sentiero o percepire un numero è un “evento relazionale”, sia in senso pubblico che strettamente privato. Figuriamoci un'intera storia di vita.
- 2) *Tutto accade nel linguaggio*. È solo nel linguaggio (ogni volta *quel linguaggio lì*) che prende nome, e quindi una forma possibile, quell'immediatezza innominabile, eppur sempre nominata, che è l'esperienza, la percezione, la vita di quell'uomo lì e nessun altro. E quindi nel suo *racconto*.

# I punti del nostro procedere

- In questo incrocio di corrimano si coagulano anche tanti corollari attorno a cui abbiamo lavorato:
  - 1) *L'unicità* dell'esperienza e la via dell'indagine della soggettività contrapposta a quella dell'oggettività.
  - 2) Il fare (e il provare emotivamente) di *tutti* che diventa il fare (e il provare) di *ciascuno*, come abbiamo visto negli esempi dell'accidia e della paura.
  - 3) Il *senso* che diamo e siamo chiamati a dare a ciò che facciamo nella comunità dei parlanti alla quale apparteniamo.
  - 4) E infine la *verità*, l'ossessione delle ossessioni, attorno a cui ruota il nostro argomentare dacché siamo nel linguaggio.

# Torniamo all'inizio: "E tu, chi sei?"

- Carl Sagan: "*Siamo fatti della stessa materia di cui sono fatte le stelle*". Dispiegamento compiuto del riduzionismo fisicalista e dell'oggettivazione come strumento di conoscenza.
- Michel Foucault: "*Siamo differenza ed è tutto quello che sappiamo*". Dispiegamento compiuto di un'irriducibilità dell'esperienza e della soggettività.
- Siamo il racconto che, di volta in volta, diamo di noi stessi, nell'irriducibile gravidanza di ciò che sperimentiamo nel modo (unico) in cui lo sperimentiamo, "inscritto" nel fare di tutti e di ciascuno, e infine "detto" con le parole che ci sono state affidate e che, mutando, trasmetteremo.

“Noi non siamo come l’albero che vive e non si sente, a cui la terra, il sole, l’aria, la pioggia, il vento, non sembra che sieno cose ch’esso non sia: cose amiche o nocive. A noi uomini, invece, nascendo, è toccato un tristo privilegio: quello di *sentirci* vivere, con la bella illusione che ne risulta: di prendere cioè come una realtà fuori di noi questo nostro interno sentimento della vita, mutabile e vario, secondo i tempi, i casi e la fortuna”.

L. Pirandello, *Il fu Mattia Pascal*

Grazie e buon pomeriggio