

XI CONVEGNO DI
PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA POST-RAZIONALISTA

LA FORMAZIONE POST-RAZIONALISTA

ATTI DEL CONVEGNO
A CURA DI

Mario Antonio Reda
Luca Canestri

Siena, 21 Maggio 2010



Università degli Studi di Siena
Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Comportamento
Sezione di Scienze del Comportamento
Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica
Direttore: Prof. Mario Antonio Reda



Università Politecnica delle Marche
Dipartimento di Neuroscienze
Dipartimento di Salute Mentale ASUR Marche
Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile
Responsabile: Prof. Bernardo Nardi

In collaborazione con: Accademia dei Cognitivi della Marca, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

ATTI DEL
XI CONVEGNO DI
PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA POST-RAZIONALISTA

LA FORMAZIONE POST-RAZIONALISTA

A CURA DI

Mario Antonio Reda

Luca Canestri

Siena, Venerdì 21 Maggio 2010

Complesso Ex Ospedale Psichiatrico San Niccolò Siena

CONTRIBUTI

Mario A. Reda: Psichiatra e Psicoterapeuta Direttore della Sezione di Scienze del Comportamento, Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Comportamento e della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Siena, reda@unisi.it

Bernardo Nardi: Psichiatra e Psicoterapeuta, Docente di Discipline Psichiatriche e Psicologiche dell'Università Politecnica delle Marche, Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Psichiatrica. Responasabile del Centro per la Promozione dell'Agio Adolescenziiale, Presidente dell'Accademia dei Cognitivi della Marca, bernardonardi@alice.it

Sabrina Laurenzi: Sezione Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università Politecnica delle Marche, Ancona, Accademia dei Cognitivi della Marca

Luca Canestri: Medico specialista in Psicologia Clinica, psichiatra presso la AUSL 7 Siena, Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica e Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Siena lucacanestri@yahoo.it

Furio Lambruschi: Psicologo, Psicoterapeuta, U.O. NPI AUSL Cesena, condir. Scuola Bolognese Psicoterapia Cognitiva, Didatta SITCC, Docente Psicoterapia dell'Infanzia e dell'Adolescenza Università di Siena, furio.lambruschi@alice.it

Giorgio Rezzonico: Psichiatra e Psicoterapeuta Professore ordinario di Psicologia Clinica, Multimedia Health Communication Laboratory, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Milano Bicocca, past president SITCC, giorgio.rezzonico@unimib.it

Marco Bani: Psicologo, Dottore di ricerca, Multimedia Health Communication Laboratory, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Milano Bicocca, marco_bani@hotmail.com

Monica De Marchis: Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta Sitcc, docente a contratto Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università di Siena monicademarchis@tiscali.it

Silvio Lenzi: Psichiatra e Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Direttore SBPC, Bologna, Presidente Sinesis, Bologna, Professore a Contratto l'Università di Siena, vas2819@iperbole.bologna.it

Adele De Pascale: Psicologa Psicoterapeuta didatta SITCC e SIPPR, Professore. Aggregato di Psicologia Clinica, Sapienza Università di Roma, Facoltà di Farmacia e Medicina, Polo Pontino Resp UOD Univ.DCA Adulti Osp.Fiorini Terracina(LT), ade.dep@tiscali.it, adele.depascale@uniroma1.it

Giovanni Cutolo: Psichiatra e Psicoterapeuta docente a contratto Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università di Siena Già Primario Psichiatra ASL 9 Grosseto, cutolgia@cometanet.it

Giuliana Biasiucci Psicologa Psicoterapeuta, socio ordinario SITCC, Psicoterapeuta del Centro sorto a Salerno, livello ambulatoriale, per la diagnosi e il trattamento dei disturbi della condotta alimentare ; co-trainer nel training speciale gruppo Salerno, giulianabiasiucci@tiscali.it

Giuliano Cuoghi: Psicologo Psicoterapeuta libero professionista e Co-didatta presso la Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva. giuliano.cuoghi@gmail.com

Livio Della Seta: Medico, Psicoterapeuta, l.dellaseta@tiscalinet.it

Aldo Diavoletto: Direttore F.F. Struttura Semplice Dipartimentale Organizzazione dei Servizi di Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva Dipartimento di Salute Mentale ASL Salerno, aldodiavoletto@libero.it

Roberta Girau: Medico, Psichiatra e Psicoterapeuta, robertagir@tiscali.it

Roberta Rossini: Psicologa Psicoterapeuta, Consulente presso Unità Multidisciplinare Età Evolutiva, ASUR zona 7- Ancona, Specializzata alla SBPC e codidatta presso la stessa scuola, Co-responsabile Centro Terapia Cognitiva Ancona, rossiniroberta78@libero.it

Indice

Mario Antonio Reda <i>In cosa si differenzia la formazione post-razionalista: verso un progetto di programma comune</i>	pag.7
Bernardo Nardi, Sabrina Laurenzi <i>L'insegnamento della psicoterapia post-razionalista tra eros e logos</i>	pag.11
Luca Canestri <i>The disappearing therapist</i>	pag.18
Furio Lambruschi <i>Criteri guida per la "selezione" degli allievi in un'ottica costruttivista ed evolutiva</i>	pag.23
Giorgio Rezzonico, Marco Bani <i>L'analisi personale nella formazione in psicoterapia</i>	pag.33
Monica De Marchis <i>Come la formazione post-razionalista modifica l'atteggiamento verso sé e verso il paziente</i>	pag.46
Silvio Lenzi <i>Il sé del terapeuta e le abilità interpersonali nella formazione post-razionalista</i>	pag.48
Adele De Pascale <i>Analisi della storia familiare e dello sviluppo del significato personale dello psicoterapeuta cognitivista post-razionalista in formazione: ruolo, modalità e utilità</i>	pag.60
Giovanni Cutolo <i>Prendersi cura dell'osservatore: e' possibile una formazione ed un tirocinio "non razionalisti" nei servizi pubblici?</i>	pag.66
Giuliana Biasiucci <i>L'illuminazione post-razionalista</i>	pag.74
Giuliano Cuoghi <i>La mia "illuminazione" post-razionalista</i>	pag.76
Livio Della Seta <i>L'illuminazione post-razionalista</i>	pag.80
Aldo Diavoletto <i>L'illuminazione post-razionalista</i>	pag.84
Roberta Girau <i>La mia esperienza di terapeuta in formazione</i>	pag.89
Roberta Rossini <i>L'illuminazione post-razionalista</i>	pag.96

The ultimate challenge, then, for the supervisor of constructivist psychotherapy is one of a moving and delicate balance. On the one side, the trainee must be prepared for and protected from the substantial psychological demands of being emotionally "engaged" in the lives of his or her patients. On the other side, the trainee must be encouraged to recognize that his or her own personal life will inevitably be influenced by their work as a psychotherapist. The challenge for the trainee, like the challenge for the supervisor (and indeed the client), is the never-ending ^{pursuit} of a moving "developing" balance of risks and rewards.

Questa pagina sulla formazione degli psicoterapeuti è stata scritta da Michael Mahoney durante il primo Congresso Internazionale sul Costruttivismo in Psicoterapia tenuto a Memphis nel 1991
A lui è dedicato questo volume

IN COSA SI DEFFERENZIA LA FORMAZIONE POST-RAZIONALISTA: VERSO UN PROGETTO DI PROGRAMMA COMUNE

Mario Antonio Reda

Premessa

Abbiamo specificato nel precedente nostro convegno annuale come “il post-razionalismo più che un modello è un modo di pensare riguardo allo sviluppo dell’identità personale e all’organizzazione della conoscenza negli esseri umani, nonché ai processi di mantenimento e di scompensamento emotivi. Da questo modo di pensare deriva un metodo psicoterapeutico per affrontare le condizioni di sofferenza per cui un individuo chiede aiuto

La formazione post-razionalista consiste innanzitutto nel trasmettere a chi ne fa richiesta (trainee) questo “modo di pensare” che si presume sia relativamente nuovo per chi proviene dalla laurea in medicina o psicologia e ancora più nuovo per chi è specialista o specializzando in psichiatria, psicologia clinica o neuropsichiatria infantile. Solitamente, bene che vada, l’aspettativa di chi si iscrive ad un training in ambito cognitivo-costruttivista è di imparare delle tecniche per aiutare i pazienti a trovare costrutti più adattivi per interpretare gli avvenimenti della realtà con cui si trovano ad interagire. Il metodo post-razionalista invece ha come obiettivo quello di far acquisire consapevolezza riguardo alle modalità con cui le persone costruiscono il proprio significato e con cui regolano le proprie emozioni in modo tale da riuscire a ritrovare il loro relativo equilibrio emotivo dopo l’instabilità e gli scompensi.

La discrepanza fra le aspettative più lineari e la complessità che il didatta introduce provoca una perturbazione nei trainees che va gestita attraverso la relazione didatta-trainee in modo da stimolare un iniziale percorso di cambiamento personale.

Del resto il trainee deve apprendere ed assimilare le modalità di perturbatore strategicamente orientato. Per fare ciò è necessario instaurare una relazione terapeutica che privilegi gli aspetti e gli scambi emotivi rispetto al ruolo pedagogico del validatore autorevole e della cosiddetta base sicura. Infatti il post-razionalismo privilegia in assoluto l’esame della componente emotiva ed il terapeuta dovrà “imparare” a guidare il paziente verso le aree critiche dell’esperienza emozionale collaborando così al loro riordinamento.

La formazione post-razionalista non consiste nell’apprendere tecniche interpretative o di ristrutturazione razionale, ma nel riuscire a stabilire una relazione tale da incuriosire il paziente a parlare di sé in modo autoreferenziale, dei propri vissuti emozionali e dei significati personali con cui regola le emozioni prendendo così consapevolezza della propria individualità. Un metodo basato sull’autoreferenzialità deve prevedere una formazione autoreferenziale favorendo l’esplorazione ed il consolidamento del processo di differenziazione-individualizzazione del trainee futuro psicoterapeuta.

Questo è il requisito fondamentale per chi impara a stabilire una relazione emotivamente coinvolgente nell’accompagnare il paziente all’esplorazione di aree per lui (il paziente) critiche, mantenendo (il terapeuta) anche in questa condivisione un proprio senso di differenziazione. In questo la formazione post-razionalista si differenzia da modelli che prevedono una formazione “standardizzata”.

Possiamo quindi affermare che il training post-razionalista ha un effetto perturbativo. Infatti chi si iscrive ad un training di formazione (vedi a proposito il capitolo di Lambruschi sulla selezione) ha solitamente l'aspettativa che gli venga insegnata una modalità psicoterapeutica con cui affrontare i futuri pazienti. Trova invece un approccio "didattico" che diventa uno stimolo a conoscersi. La perturbazione all'interno del training è graduale e strategicamente orientata a far sì che ogni singolo trainee rifletta su di sé un modo autoreferenziale. Il trainee si trova così a "sperimentare" personalmente il percorso che proporrà ai propri pazienti.

Caratterizzazione di un training

Più che un programma il corso di formazione post-razionalista ha un progetto. Dovrà avere quindi un tempo di durata che consenta di conseguire gradualmente un obiettivo. I quattro anni canonici "imposti" dalle Scuole Ministeriali che conferiscono il titolo abilitativo alla professione, sono un tempo sufficiente per "maturare" un percorso di consapevolezza personale. L'obiettivo finale è il cambiamento personale del trainee, che deriva dall'aver acquisito maggiore consapevolezza, individualizzazione ed autostima personale. Tale formazione personale avviene in un gruppo ristretto e di più o meno dodici allievi. Questo numero deve consentire il confronto con l'analisi di storie e modalità alternative e diversificate, di dare ordine ai propri significati personali e di confortarli tra i componenti del gruppo stesso.

Più che sbarramenti o esami la selezione dovrebbe avvenire nell'ambito di una consapevolezza che consente a decidere alla persona in formazione se completare o meno questo percorso.

L'eventuale presenza di due didatti che si alternano regolarmente e di un co-trainer che ne tiene i contatti garantisce un'ulteriore possibilità di ampliare le interazioni e l'approfondimento del metodo.

Nella prima parte del training che di solito si svolge nella prima annualità, l'obiettivo è il cambiamento di atteggiamento verso la psicopatologia per cambiare atteggiamento verso se stessi.

L'introduzione di una visione non riduzionista ma complessa dell'individuo consente di incuriosirsi ad un'ottica esplicativa e non solo descrittiva dello scompensato. Si assiste guidati dal didatta a prime sedute videoregistrate di assessment in cui il terapeuta si sposta sull'osservato per capire insieme a lui come ad un certo punto della sua vita, ed in base alla sua storia di sviluppo, sia diventato "paziente". Come cioè dal riuscire secondo proprie caratteristiche a mantenere equilibrio dopo le instabilità si sia poi scompensato. Cominciare a chiedersi quando si ha di fronte un paziente come sia diventato la persona che abbiamo davanti (per usare le parole di John Bowlby nel suo famoso articolo "Developmental psychopathology comes of age") oltre che imparare a condividere la logica dell'altro, spostandosi dall'osservatore all'osservato, fa sì che inevitabilmente il trainee si confronti con lui riflettendo sulla propria storia di sviluppo. Lo studio della teoria evolutiva basata sul concetto di attaccamento, reciprocità, intersoggettività, serve al trainee per comprendere l'importanza delle relazioni con le proprie figure di accudimento nello strutturare un senso di identità e una propria organizzazione di significato personale. Anche ragionare nei termini delle cosiddette Organizzazioni Cognitive non va inteso come un nuovo modello di inquadramento nosografico del paziente ma come poter entrare in un'ottica esplicativa

dell'iter di sviluppo, di stile di vita, di mutamento e scompensamento di tutti gli esseri umani (terapeuta compreso!)

La conversazione finale alla fine del I anno potrebbe quindi vertere sulle considerazioni sullo sviluppo delle in base ai ricordi specifici di avvenimenti significativi

Il secondo anno è dedicato ad apprendere il metodo di autosservazione alla base del lavoro nell'interfaccia emozioni-significati personali. Per quanto riguarda il lavoro con i pazienti l'obiettivo è di saper organizzare un colloquio clinico ad alto livello empatico. Abbiamo infatti verificato nelle nostre ricerche effettuate durante le sedute di psicoterapia post-razionalista che l'autosservazione mediante il metodo della moviola e il focus sulla componente emozionale e la sua regolazione mediante i processi di rappresentazione narrativa è collegato ad alta sintonizzazione della diade terapeuta paziente.

Il trainee fornisce quindi il proprio materiale personale formando delle coppie i cui ci si pone a ruoli invertiti come "paziente" o come "terapeuta". Trovarsi quindi dalla parte del paziente oltre ad attivare un lavoro su di sé facilita l'empatia e la comprensione delle eventuali resistenze come indicatori di aree critiche. Le considerazioni ed osservazioni richieste nelle fasi di queste "sedute" agli altri trainee con la attenta ed accorta supervisione del didatta che "tira le fila" fanno parte della dinamica di un gruppo i cui componenti imparano ad auto individualizzarsi.

La terza annualità è dedicata al lavoro sul proprio stile affettivo e cioè sulla formazione e rottura di storie significative dalle prime cote ai rapporti più coinvolgenti. Dal momento che gli scompensi emotivi sono pressoché sempre collegati a situazioni di crisi nei legami affettivi è di fondamentale importanza per un trainee imparare ad analizzare lo stile affettivo dei pazienti che possono così prendere consapevolezza dei propri tratti di identità più profondi. Nelle relazioni affettive significative si riproducono gli schemi emotivi collegati alla strutturazione delle proprie caratteristiche organizzative che si sono sviluppate nelle interazioni di reciprocità con le figure di attaccamento durante il periodo evolutivo. L'analisi dello stile affettivo consente al trainee di confermare la continuità della propria Organizzazione di significato personale ed entrare nella cosiddetta fenomenologia della reciprocità.

Apprendere a lavorare coi propri pazienti su questa indispensabile area ha come scopo quello di ottenere una confidenza intersoggettiva verso forme di consapevolezza ed emozioni "intime" e sempre più complesse.

Nella quarta parte della formazione (quarto anno) ci si dedica alla revisione di episodi specifici della propria storia di sviluppo (reframing). Lo scopo è di completare per il trainee il senso di individualizzazione e distanziamento consapevole dalle figure di riferimento. E' ovviamente quello che il futuro terapeuta imparerà a sottoporre all'attenzione dei propri pazienti nell'ambito di un completamento di interventi sulla storia di sviluppo riguardo a situazioni che erano state vissute in modo confuso, ambiguo o erano rese indecifrabile e fonte di disagio per le indicazioni contrastanti ricevute a suo tempo dalle figure di riferimento. Infine è prevista una supervisione dei casi clinici che il trainee ha cominciato a seguire. Una possibilità che io di solito utilizzo è il far simulare al trainee il paziente che sta seguendo mentre il didatta conduce l'intervista. In tal modo si ha una chiara idea di quanto il terapeuta si sia "spostato" sul paziente entrando nella sua logica e contemporaneamente si ha anche idea del cambiamento personale di un trainee che è alla base del completamento della propria formazione personale e professionale. Infatti riuscire a "recitare" il proprio paziente rispondendo al "didatta terapeuta" che lo intervista come persona che cerca di capire come in

base a sue caratteristiche personali ad un certo punto della sua vita si sia scompensato, è il segno di una avvenuta maturità come psicoterapeuta che privilegia una relazione che mira alla consapevolezza anziché porsi di fronte ad un malato stigmatizzato dalla nosografia psichiatrica.

Questo percorso lascia aperta tra l'altro la possibilità di future supervisioni e proposte di sedute di terapia personale che diventa complementare per completare il processo di cambiamento e individualizzazione-consapevolezza, che il training innesta e che il trainee è stimolato a gestire autonomamente.

L'INSEGNAMENTO DELLA PSICOTERAPIA POST-RAZIONALISTA TRA EROS E LOGOS

Bernardo Nardi, Sabrina Laurenzi

Premessa

Prendere in esame “*come*” insegnare la psicoterapia richiede una riflessione profonda su “*cosa*” sia la psicoterapia – nello specifico, la psicoterapia cognitiva post-razionalista – e, quindi, su quali siano gli elementi che la caratterizzano. Da questa premessa deriva una considerazione: insegnare questa prassi comporta trasmettere dei presupposti teorici legati al modello esplicativo di riferimento e delle tecniche connesse al modello, mediante le quali procedere nella prassi. Ma sarebbe riduttivo fermarsi a questi aspetti, per così dire, di struttura.

Un insegnamento efficace deve consentire a chi apprende di mettere a fuoco in cosa consista il “fine” verso cui si procede, cioè il cambiamento profondo e stabile all’interno di una data organizzazione di significato personale. Pertanto, se il fine è il cambiamento, ogni passaggio del processo che si apprende deve tenere presente come ricavare e come utilizzare il “materiale” personale soggettivo, sul quale operare la riformulazione, da qualcosa di esterno e di oggettivo, che il soggetto “subisce” a qualcosa che è l’espressione interna del suo funzionamento soggettivo, cioè di come percepisce e assimila una data esperienza, trasformandola in significato personale (Guidano, 1988; Nardi, 2007).

Partendo dalle considerazioni appena fatte, cercheremo di riflettere brevemente su alcuni temi di fondo che caratterizzano l’insegnamento della psicoterapia cognitiva post-razionalista. Ci riferiamo alla prassi terapeutica intesa come dialettica tra: sentimento e ragione, struttura e processo, scienza ed arte, oralità e scritturalità, didattica formale e magistero.

La dialettica tra “sentimento” e “ragione”

Per comprendere questa dialettica, fondamentale nella prassi psicoterapeutica, è utile fare riferimento al vivace dibattito che si sviluppò nella prima metà del XII secolo quando, con il rifiorire socio-economico, riprese vigore anche la cultura europea ed iniziarono a confrontarsi due diverse scuole di pensiero, quello sviluppato negli *studia* dei grandi monasteri (la cosiddetta “*monastica*”) e quello che andava emergendo presso le *scholae* delle grandi cattedrali cittadine, dalle quali sarebbero presto sorte le prime *universitates* (appunto, la “*scolastica*”). Il confronto, a volte anche aspro, tra due grandi personalità del tempo, Bernardo da Clairvaux (1090-1153) e Pietro Abelardo (1079-1142), ne è l’esempio: da un lato si metteva l’accento sulla necessità di tramandare con l’insegnamento la tradizione, privilegiando i sentimenti; dall’altro si faceva scendere prepotentemente in campo la priorità della ragione, con la conseguente ricerca di nuovi approcci investigativi (Ratzinger, 2009).

Partire da questo riferimento ci permette di sottolineare come, a distanza di mille anni, si riproponga, a livello di programmazione e didattica, la stessa dialettica: se, cioè, nell’insegnamento della psicoterapia, sia da privilegiare l’acquisizione di un metodo operativo, che solo la frequentazione costante ed empatica di un *magister peritus* possa

trasmettere, oppure se debba prevalere l'apporto di un insieme di informazioni, nozioni, tecniche, anche diverse e, a volte, discrepanti tra loro, che porti alla acquisizione di crediti formativi.

Sul piano euristico, solo la sintesi dei due metodi può portare ad una padronanza dell'approccio; d'altra parte, l'attuale orientamento normativo ministeriale sembra privilegiare l'informazione e l'acquisizione di un sapere razionale piuttosto che l'acquisizione di un'arte, ricca di risonanze emotive e tacite, che può essere appresa, per così dire, solo a bottega.

In realtà, i due approcci (ciascuno espressione di una propria epistemologia e di specifici obiettivi) propongono due finalità molto diverse: quella di formare alla conoscenza della psicoterapia, nei suoi presupposti teorici, nelle sue finalità e nella sua prassi operativa e quella di imparare a gestire il repertorio di esperienze soggettive dell'altro e, parallelamente, anche il proprio. Come sappiamo, *co-esplorare* con il soggetto di cui ci occupiamo richiede una grande attenzione anche alle reciproche *perturbazioni* che terapeuta e soggetto si scambiano. A questo proposito va tenuto presente il ruolo primario svolto dalle attivazioni emozionali – cosiddetto *primato delle emozioni* – cercando di comprendere come soggetti diversi possano percepire in maniera diversificata una medesima esperienza, in base alle modalità soggettive con cui assimilano e organizzano l'esperienza vissuta.

La attuale formazione psicoterapeutica (ma anche le Scuole di Specializzazione mediche, tra le quali quella in Psichiatria abilita anche alla professione di psicoterapeuta) si è ormai orientata verso una sorta di rivisitazione “scolastica” della disciplina, nella quale sono privilegiati i programmi ed i crediti formativi ad essi connessi, mentre i cosiddetti tirocini sono concepiti anzitutto in termini di monte ore e, quindi, anch'essi, di crediti formativi.

La prassi psicoterapeutica tra “struttura” e “processo”

La prassi in psicoterapia è stata – ed è tuttora – concepita soprattutto come *struttura* e la formazione è stata anch'essa finalizzata a prestare attenzione alla struttura; poca attenzione è stata data viceversa al *processo* intra ed intersoggettivo che fluisce, dentro la struttura del setting e attraverso la struttura costituita dal metodo e dalle tecniche.

Minore attenzione viene data ai processi taciti e non verbali, i quali non sono ricavati direttamente dalla struttura. D'altra parte, sappiamo che, solo attraverso la possibilità di cogliere questi contenuti in episodi messi a fuoco in moviola, è possibile riformulare il problema presentato non più come esterno ed oggettivo, ma come espressione del modo interno di funzionare, consentendo così al soggetto di acquisire nuove modalità di riferirsi l'esperienza e di progredire verso un funzionamento psichico più duttile ed adattivo. Il terapeuta non è un tutore o un istruttore che guida alla conoscenza di un sistema più logico e razionale o meno errato di gestire il proprio comportamento, ma è un “*perturbatore strategicamente orientato*”, come lo ha definito Guidano (1988, 1992), che cerca di cogliere come il soggetto ha dato forma all'esperienza immediata nelle situazioni perturbanti e come si riferisce e si spiega quello che gli accade; solo in questo modo può aiutarlo a costruirsi una modalità di conoscenza emozionale di sé più ampia, articolata, tale da consentirgli di superare le difficoltà incontrate nell'assimilare l'esperienza.

Le stesse emozioni, centrali nella prassi psicoterapeutica, possono restare imbrigliate nei legami della struttura: ad esempio, di una “moviola” intesa come tecnica e non come processo, che invece consenta di mettere a fuoco le modalità soggettive di riferirsi l'esperienza e di organizzarla in significato di sé. Si torna così, sottilmente, ad una

impostazione razionalistica per cui le immagini, le attivazioni emozionali, le trame narrative hanno valore in sé e non vengono colte come espressione della costruzione individuale, entro la quale solamente acquisiscono valore.

Nessuna analisi strutturale può rendere conto del come e del perché si attiva dal di dentro un'emozione, di come si costruisce un'immagine con certi coloriti soggettivi e non altri. La stessa esperienza immediata, ridotta ad analisi strutturale, perde il suo senso di porta d'accesso al funzionamento soggettivo e, quindi, alle peculiari modalità adattive che il soggetto ha sviluppato, in stretta connessione con le spiegazioni che ha imparato a darsi e, quindi, ai pattern di autoinganno abitualmente usati per potersi riferire quella data esperienza.

L'analisi strutturale, infatti, se da un lato pone dei vincoli epistemologici nell'approccio al paziente, dall'altro rende conto delle difficoltà del terapeuta ad utilizzare la ricchezza dell'approccio post-razionalista.

È fondamentale insegnare a spostare l'interesse sulle modalità di riferirsi l'esperienza che sono proprie di ciascun individuo. L'attenzione per il proprio mondo soggettivo infatti non è abituale né spontanea, specie per chi si accosta alla psicoterapia venendo da una formazione generale marcatamente oggettivista e portata ad attribuire sensi e significati a priori, persino ai simboli, nonché ad utilizzare l'immedesimazione e l'intuizione per investire l'altro dei propri sensi e significati, di fatto vanificando e distortendo l'intervento in maniera istruttiva, direttiva, persuasiva, manipolatoria, aprioristica.

La psicoterapia come “scienza” ed “arte”

Per comprendere l'importanza di abbinare al sapere “scientifico” una competenza ed una sensibilità personale è utile un riferimento all'esperienza formativa personale di Nardi, riportata in prima persona. *“Quando mi sono posto il problema di una mia formazione – e sottolineo anche personale, cosa che troppe volte non viene adeguatamente posta in essere – ero già medico, mi ero specializzato in neurologia, avevo conseguito il dottorato in neuroscienze, mi stavo specializzando in psichiatria: dunque, da un punto di vista legale, non avevo alcun bisogno di iscrivermi ad una scuola ufficiale per poter fare lo psicoterapeuta. La scelta di frequentare un training di Vittorio Guidano è stata, dunque, dettata solo da una mia esigenza personale: quella di imparare da un maestro a conoscermi e a conoscere gli altri. È stata, per così dire, una scelta più “monastica” (in coerenza con il mio omonimo Bernardo) che “scolastica”. D'altra parte, Vittorio faceva dei training atipici, che terminavano quando, secondo lui, i suoi trainee erano pronti e non quando avevano acquisito un certo numero di crediti formativi”.*

Da un punto di vista legale, la specializzazione medica in Psichiatria abilita (senza peraltro necessariamente formare) anche alla pratica psicoterapeutica: ufficialmente, quindi, ad uno psichiatra non occorrerebbe iscriversi ad una scuola per poter fare lo psicoterapeuta. È tuttavia l'esigenza di una formazione, anche personale, che dovrebbe dettare ed imporre la scelta di frequentare un training che consenta di imparare, anzitutto da un maestro, a conoscere se stesso e gli altri: una scelta, quindi, non solo “scolastica” ma anche – e prima ancora – “monastica”. Pertanto, così come si svolgevano i training apparentemente atipici e certamente unici di Vittorio Guidano, la formazione dovrebbe terminare quando i *trainee* sono pronti secondo il maestro, e non solo quando essi hanno acquisito un certo numero di crediti formativi.

Un secondo esempio ci spiega come in Italia si confonda la *finalità abilitante* con la *capacità di esercitare un mestiere*: per insegnare educazione musicale si deve aver conseguito il diploma, equipollente alla laurea, in un Conservatorio Musicale o in un Istituto pareggiato, dove, in realtà, si impara essenzialmente a suonare uno strumento. In questo modo si confonde e si assimila il saper suonare con il saper insegnare.

L'esperienza di chi da anni fa psicoterapia – e soprattutto psicoterapia post-razionalista, che è primariamente attenta e interessata alla soggettività – fa cogliere quanto ciò sia discrepante: si può sapere perfettamente bene una teoria, si possono conoscere nel dettaglio le tecniche ad essa pertinenti (siano “ABC” o “moviola” non importa) ma, di fronte alla unicità del rapporto con l'altro, ci si può impaludare senza trovare il bandolo della matassa.

Vittorio ricordava a questo proposito che la *psicoterapia* è *intermedia tra arte e scienza* e che l'arte, nella unicità che essa trae dal rapporto esclusivo con un maestro, non solo è fondamentale, ma anche irrinunciabile (Guidano, 2008). Nessun aspetto razionale, logico-analitico, è sufficiente, da solo, per trasmettere il patrimonio di insegnamenti che un maestro (pur con i suoi limiti e le sue variabili soggettive) può dare.

Esemplificando, per chi l'ha conosciuto dal vivo come maestro, è possibile ritrovare Vittorio non tanto nei libri che ha scritto (Guidano, 1988, 1992), nelle parole, nelle definizioni o nella punteggiatura, ma dentro di loro, perché attraverso le sue parole riemerge il suo non verbale, la sua capacità di far cogliere, nell'unicità dell'altro, anche la propria unicità di terapeuta.

In un periodo storico e in un contesto culturale in cui predominano la tecnologia e lo strutturalismo e in cui i contenuti e la forma prevalgono sul non verbale, si rischia di non riuscire a trasmettere, a chi apprende uno dei mestieri più difficili, rischiosi e delicati, la capacità di cogliere quei *coloriti soggettivi*, quell'insieme di immagini e di risonanze emozionali che rendono unica ogni esperienza e che attivano ogni singolo scempenso psicopatologico.

Rischiamo in altre parole di essere molto bravi ad individuare i sintomi, a classificarli, a riferirli a codici simbolici, a costrutti e a quadri sindromici, senza mettere a fuoco ciò che in superficie essi esprimono, senza cioè metterli in relazione allo specifico modo di funzionare e, quindi, di fare esperienza, del soggetto, che è legato al mantenimento della sua coerenza interna. Come dire, siamo bravi a mettere a fuoco nel dettaglio il dito che indica la luna, forse siamo in grado di capire che esso indica effettivamente la luna, ma rischiamo di non mettere per nulla a fuoco il mondo interno di chi compie quel gesto, cosa stia provando e, quindi, cosa ci stia comunicando di sé.

Viceversa, il terapeuta è al *servizio della soggettività* dell'altro, intesa come *unicità evolutiva irripetibile* (nei processi immediati e in quelli riflessivi metacognitivi) e come *risorsa adattiva*, non solo nella normalità, ma anche nella patologia (Nardi, 2001, 2007; Nardi e Laurenzi, 2010). L'insegnamento dell'approccio cognitivista post-razionalista deve condurre il *trainee* ad approfondire i processi soggettivi attraverso i quali viene colta la realtà oggettiva, che quindi non va indagata come se fosse unica e indipendente dall'individuo che la percepisce. Mediante il colloquio clinico, il *trainee* deve imparare a centrare il fuoco sull'interfaccia tra esperienza immediata e le spiegazioni dell'esperienza, dato che proprio attraverso questa interfaccia il soggetto costruisce il suo senso di unicità e di continuità storica; può così emergere la chiusura invariante utilizzata nella costruzione del sé, con i correlati pattern emozionali. Il *trainee* può infine imparare ad utilizzare il sintomo come strumento conoscitivo, da cui muovere per cogliere il funzionamento psichico del soggetto

ed i suoi tentativi di adattamento rispetto alle esperienze che hanno messo in crisi l'equilibrio e la coerenza interna.

Solo in questo modo la psicoterapia può diventare quel processo "strategicamente orientato" che consente al soggetto, grazie alla riformulazione del problema presentato in termini di internalità e soggettività, di riferire a sé anche quelle emozioni percepite come perturbanti, con ampliamento dei confini della propria organizzazione di significato personale.

Oralità e scritturalità in psicoterapia

Esiste una modalità fondamentale di didattica che sta nell'unicità dell'*hic et nunc*, che solo l'esperienza diretta dal vivo può rendere. Solo in questo modo si può cominciare ad essere esperti di sé e della capacità di esplorare l'altro (apparentemente inesperto di sé).

Diventa quindi importante riflettere sul senso e sulla diversità tra apprendimento a viva voce ed apprendimento acquisito mediante libri o altri strumenti indiretti.

Inoltre, facendo riferimento al materiale scritto, i *testi relativi alla psicoterapia* appartengono a *due generi diversi*: quelli concepiti come trasposizione, integrazione e rivisitazione di ciò che viene insegnato dal vivo, destinati quindi a chi apprende all'interno dei training formativi; e quelli meditati e sedimentati, destinati ad un pubblico generico, sia pure di addetti ai lavori, ma che non appartengono alla cerchia ristretta di chi frequenta o ha frequentato un percorso formativo interno. I primi non possono essere colti, se non limitatamente alla comprensione generica del codice verbale, da chi è "estraneo per esperienza personale"; i secondi hanno prevalentemente una valenza culturale e didascalica, descrivono e ricostruiscono un percorso epistemologico, un modo di procedere metodologico, nei suoi punti di convergenza e nelle sue diversità rispetto ad altri approcci, ma non possono mai essere un sostituto della formazione diretta né possono dare una panoramica sufficiente a cogliere l'unicità dell'insegnamento, sia pure collocato all'interno di un approccio noto o di una cornice comune di riferimento.

Questo fatto è stato sottolineato già da Platone ed Aristotele, i primi grandi filosofi scrittori della cerchia di Socrate, ultimo grande filosofo pre-scritturale (Havelock, 1986). Osserva infatti Platone nel Fedro (ma qualcosa di analogo lo si potrebbe dire a proposito di Vittorio Guidano) che l'essenza degli insegnamenti sta nel fatto che essi possono essere affidati non tanto agli scritti ma soprattutto alla oralità (Reale e Antiseri, 2008).

Infatti, i *testi scritti*, per essere condotti a regola d'arte, devono partire da una conoscenza del vero dialetticamente fondata e, al tempo stesso, da una conoscenza profonda di colui a cui sono diretti; d'altra parte essi hanno una chiarezza limitata, in quanto non possono fornire una didattica vera, in quanto in essi vi è molta parte di "gioco", non fosse altro letterario. Gli scritti accrescono la *doxa*, l'opinione, l'apparenza del sapere, offrendo solo dei mezzi per richiamare alla memoria cose che già si sanno e che sono state acquisite in altro modo; inoltre, essendo inanimati, non possono parlare in modo attivo e diretto, né possono difendersi da soli contro le critiche.

Viceversa, l'*insegnamento orale* è veramente "serio", compiuto e chiaro, in quanto, essendo vivo ed animato, non è una semplice immagine o simulacro, ma può essere impresso in chi lo ascolta. Anzi, le cose di maggior valore dovrebbero essere riservate alla trasmissione orale, all'interno di un gruppo selezionato di discenti, senza gettarle in balia all'avversione e all'incapacità di capire degli uomini. Passando da Platone ed Aristotele a noi,

chi ha appreso gli insegnamenti “orali” di Vittorio, sa quanto egli fosse parco nello scrivere per gli altri, quanto abbia sempre avuto remore a diffondere direttamente ciò che insegnava oralmente e come i suoi libri “ufficiali” siano ben comprensibili (ma non indispensabili) solo alla luce di chi ha frequentato la sua Scuola.

Didattica formale e magistero

Infine, anche come conclusione di questo sintetico *excursus* su come insegnare la psicoterapia cognitiva post-razionalista, va presa in considerazione la dialettica tra la necessità di trasmettere una didattica formale e quella di formarsi attraverso il confronto con un *magister*.

In sintesi, l'insegnamento della psicoterapia e, in particolare, di quella post-razionalista, richiede una grande serietà non solo nei programmi, ma anche nella didattica attiva: in quanto scuola pubblicamente riconosciuta come in grado di abilitare alla professione, deve ovviamente rispettare regole e parametri ministeriali; ma per il compito gravoso di incidere sul vissuto e sull'equilibrio psichico sia dei pazienti che proprio, deve recuperare il valore che deriva dalla frequentazione della bottega di un *magister*, che sola può dare, non un approccio universale e di per sé insufficiente, ma anzitutto una formazione adeguata a cogliere il mondo interno dell'altro ed il proprio, in maniera unitaria, globale ed emotivamente illuminante.

Bibliografia

Guidano V.F.: *Complexity of the Self*. Guilford, New York, 1987. [Ed. It.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988].

Guidano V.F.: *The Self in Progress*. Guilford, New York, 1991. [Ed. It.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992].

Guidano V.F.: *La Psicoterapia tra Arte e Scienza* (a cura di Giovanni Cutolo). Franco Angeli, Milano, 2008.

E.A. Havelock: *The Muse Learns to Write. Reflections on Orality and Literacy from Antiquity to the Present*. Yale University Press, New Haven and London, 1986. [Ed. It.: *La Musa Impara a Scrivere*. Laterza, Bari, 1995].

Nardi B.: *Processi Psicologici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Franco Angeli, Milano, 2001.

Nardi B.: *CostruirSi. Sviluppo e Adattamento del Sé nella Normalità e nella Patologia*. Franco Angeli, Milano, 2007.

Nardi B., Laurenzi S.: *L'Emergere della coscienza: la scoperta di sé*. Lettere dalla Facoltà. Bollettino della Facoltà di medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, 13(3), 18-22, 2010.

Ratzinger J.: *Teologia Monastica e Scolastica*. Libreria Editrice Vaticana, SCV, Roma, 2009.

Reale G., Antiseri D.: *Storia della Filosofia*, Vol. I, *Dai Presocratici ad Aristotele*. Bompiani RCS, Milano, 2008.

THE DISAPPEARING THERAPIST

Luca Canestri

Caratteristiche del terapeuta e psicoterapia

In un lavoro del 2007, “The disappearing patient” Hellerstein (2007) evidenzia come negli ultimi anni sulle riviste psichiatriche si trovano lavori pregevoli con bellissime immagini del funzionamento del cervello o apprezzabili dati di tipo biochimico, ma progressivamente sembra scomparire “l’individuo-paziente” con la sua storia, le sue relazioni interpersonali ed il suo particolare modo di “funzionamento”. Contemporaneamente, sempre nelle stesse riviste, sempre di più vengono pubblicati accuratissimi protocolli psicoterapeutici standardizzati, evidence based, con risultati “statisticamente significativi”, di pari passo da questi studi scompare la “persona-terapeuta” con le sue caratteristiche relazionali interpersonali, la sua storia, il suo particolare modo di “funzionamento” nella prassi terapeutica. Eppure proprio le caratteristiche di un terapeuta sembrano avere molta influenza sull’andamento della terapia in termini di processo, esito e mantenimento.

Negli anni ‘50 e ‘60 cominciano ad essere prodotti degli studi che indagano le caratteristiche dei terapeuti. Whitehorn e Betz (Whitehorn e Betz 1954; Betz, 1963), partendo dall’osservazione empirica che alcuni terapeuti (denominati “A”), ottenevano risultati migliori di altri (denominati “B”), nel trattamento con pazienti schizofrenici, cercarono di caratterizzare quali fossero le caratteristiche alla base dei diversi risultati di esito; nelle ricerche da loro effettuate tentarono di caratterizzare alcuni parametri che giustificassero tale differenza. Nelle loro ricerche vennero identificati alcuni parametri discriminanti l’esito delle terapie tra cui il miglioramento sintomatologico, il tipo di relazione che il paziente instaura con il terapeuta, la prospettiva diagnostica, gli scopi strategici selezionati dagli psichiatri come focus primario della terapia e il tipo di modello tattico utilizzato nel contatto col paziente.

Esaminando le categorie di approccio terapeutico, trovarono che i terapeuti A e B presentavano caratteristiche diverse, alcune delle quali erano significativamente correlati al miglioramento. In particolare gli A risultarono più abili nell’ottenere la fiducia dei loro pazienti, tendevano a comprendere il significato e la motivazione personale del comportamento del paziente; mentre i B tendevano a formulare comprensione in termini più biografici-narrativi. Gli A erano orientati allo sviluppo del paziente, a una migliore comprensione delle sue capacità e potenzialità per una risoluzione costruttiva del conflitto, i B erano orientati verso un inquadramento in senso psicopatologico. Gli A erano coinvolti in modo maggiormente attivo, introducevano limiti realistici, manifestavano il loro disappunto apertamente; i B adottavano modelli di cura, interpretativi e/o istruttivi o pratici, risultavano più passivi nella prassi terapeutica.

Successivamente altri Autori hanno condotto osservazioni sulla tipologia del terapeuta, partendo dalle osservazioni di Whitehorn e Betz sui terapeuti di tipo A e B: Carson (1967) ha caratterizzato alcune specifiche caratteristiche, in particolare i terapeuti di tipo B risultavano estremamente campo indipendenti caratterizzati da un funzionamento attivo, analitico

specifico, cognitivo critico; i terapeuti A risultavano maggiormente campo dipendenti e si caratterizzavano per un funzionamento maggiormente passivo, globale diffuso non critico.

Silverman (1967) in una ricerca condotta sulla terapia di pazienti schizofrenici, osservò che i terapeuti di tipo A e B percepiscono diversamente aspetti del loro mondo fisico e sociale, con una diversa percezione rispetto ai loro pazienti: in particolare osservò che i terapeuti di tipo A rispondono a più attributi di stimolo del campo percettivo rispetto a B, essi infatti includono nella loro rappresentazione di realtà segnali di comportamento sociale anche incidentali, prestano maggiore attenzione agli effetti di stimolazioni apparentemente irrilevanti e a cambiamenti nell'organizzazione del campo percettivo. È rispetto alla tipologia B il terapeuta A presenta risposte percettive più simili a quelle dei pazienti schizofrenici. risulta più competente nel modificare il suo orientamento verso la realtà ed è più pronto a rispondere a presentimenti e intuizioni, flessibilizzando il proprio concetto di realtà percepita ed accogliendo, in tal modo, l'autenticità della realtà percepita dallo schizofrenico, nei suoi aspetti di diffusione di significato, di esperienza fisica ed emozionale.

Più recentemente altri Autori si hanno concentrato il focus delle loro ricerche sulle caratteristiche del terapeuta, Orlinsky et al. (1994) attraverso la revisione di più di 2000 studi dal 1950 al 1994 hanno identificato una serie di variabili attribuibili al terapeuta ritenute efficaci e capaci di orientare positivamente il trattamento psicoterapico. Le variabili significative risultano essere correlate alle abilità relazionali del terapeuta in particolare la sua credibilità, l'abilità nella conduzione della terapia, la comprensione empatica, l'accettazione incondizionata del paziente, la capacità di focalizzare l'attenzione del paziente sull'esperienza affettiva e la congruenza del terapeuta.

Da una metanalisi effettuata, su circa 100 ricerche Lambert e Barley (2001) hanno osservato che i fattori relazionali incidono per il 30% sul risultato di una psicoterapia mentre le tecniche specifiche, spiegano, soltanto il 15% del successo. Il successo della terapia viene collegato dal paziente alle modalità relazionali del terapeuta descritte come calorose, attente, disinteressate, comprensive e rispettose. Queste variabili relazionali sono correlabili alle caratteristiche del terapeuta, in particolare al suo stile relazionale e alle proprie caratteristiche personologiche; sembrano altrettanto significative l'empatia, il calore, la congruenza espressi nella relazione e l'alleanza terapeutica. L'azione sinergica di queste variabili accresce molto le probabilità di un esito positivo della terapia.

Una variabile centrale che emerge dall'osservazione dei dati di queste ricerche riguarda senz'altro le caratteristiche personali del terapeuta, è importante sottolineare come tali caratteristiche lo rendano parte attiva ed implicata nel processo terapeutico e siano particolarmente influente sull'esito. Sicuramente le caratteristiche personali di un terapeuta risultano poco influenti su protocolli terapeutici standardizzati, forse la metodologia e la tecnica possono assumere un peso ancora maggiore nel successo di una psicoterapia, è comunque evidente come le caratteristiche di uno specifico terapeuta rendono altrettanto specifico il processo psicoterapeutico per ogni diade, rappresentando fattori specifici di processo e di esito.

Alcune considerazioni sulle caratteristiche del terapeuta nell'ottica post razionalista

L'attenzione che il post razionalismo pone nei confronti delle dinamiche emozionali obbliga ad un cambiamento rispetto alla definizione del terapeuta e del suo ruolo in terapia, in generale nella relazioni tra due o più individui fisiologicamente sono mobilitati sistemi

empatici intersoggettivi che costituiscono la grammatica di quella relazione. L'interazione tra due esseri umani sintonizzati emotivamente produce oscillazioni emotive nel "*nucleo affettivo/sensoriale*" che caratterizza ogni essere umano, tali perturbazioni caratterizzano e determinano in gran parte la modalità attraverso la quale quello specifico individuo si pone in relazione con il mondo e con l'altro (Reda e Mahoney, 1984; Reda, 2001).

Mahoney (2003) rileva come in un processo terapeutico il cambiamento coinvolga entrambe le figure implicate, al cambiamento progressivo che si osserva nel paziente corrisponde un cambiamento anche delle caratteristiche personali del terapeuta che è considerato parte attiva e dinamica del processo.

Nella psicoterapia la relazione terapeuta-paziente, pur rappresentando una specifica modalità di relazione, rispetta le stesse regole di base e presenta e le stesse caratteristiche di ogni relazione tra esseri umani: il terapeuta e il paziente sono parte attiva ed emotivamente implicata in quel processo di interazione (Reda e coll., 2008). I dati relativi a ricerche condotte mediante la registrazione dell'attività neurovegetativa di paziente e terapeuta in una sessione di psicoterapia, evidenziano la dimensione interattiva della psicoterapia, terapeuti e pazienti "muovono" i loro indici psicofisiologici durante la psicoterapia, in un processo di interscambio in cui si possono osservare processi di sintonizzazione emotiva, proprio in questi momenti di "concordanza emozionale" i pazienti riferiscono di essersi sentiti maggiormente "capiti" dal terapeuta (Marci e coll., 2007; Marci e Riess, 2005).

I dati di questi studi sono stati replicati dal gruppo di lavoro dell'Università di Siena evidenziano come paziente e terapeuta si sintonizzano emotivamente l'uno con l'altro durante una seduta di psicoterapia sebbene il terapeuta mantenga, nelle diverse sessioni, una propria risposta autonomia caratteristica e abbastanza stabile. Va rilevato inoltre come il paziente possa produrre forti attivazioni neurovegetative nel terapeuta, come evidenziato dagli indici psicofisiologici il terapeuta può sperimentare oscillazioni emozionali intense durante le sedute nella relazione con il paziente, anche perché lo stesso paziente può attivare dinamiche emotive intense proprie della modalità organizzativa del terapeuta (Canestri e Coll, 2008a, 2008b).

La sintonizzazione emotiva diadica che si evidenzia nei dati delle nostre ricerche rappresenta, a nostro parere, uno degli elementi caratterizzanti la relazione orientata in senso psicoterapeutico; in questo senso è importante come il terapeuta attraverso la propria risonanza emotiva e la consapevolezza del proprio modo di funzionare è in grado riconoscere, regolare e ri-organizzare le proprie attività conoscitive relative a sé e all'altro, operando insieme a lui un processo di sintonizzazione emozionale (Reda e Canestri, 2006). Tale processo permette al terapeuta di perturbare, in modo strategicamente orientato, il paziente producendo quelle perturbazioni emotive che permettono la ri-organizzazione del materiale conoscitivo del paziente (Reda 2001, Guidano 1988, 1992, 2008), tali perturbazioni sono possibili in uno specifico contesto ambientale e relazionale, in cui si opera una negoziazione intersoggettiva di significati e di emozioni. la capacità del terapeuta di codificare ed utilizzare il proprio materiale conoscitivo e la propria esperienza di sé con l'altro, sarà nelle condizioni di potersi sintonizzare e sincronizzare con il paziente, centrandosi e distanziandosi dalla relazione in modo strategico. La capacità di cogliere, significare, regolare ed utilizzare le proprie emozioni in terapia dovrebbe far parte, a nostro avviso, di ogni percorso formativo di uno psicoterapeuta consentendogli la possibilità di utilizzare la propria consapevolezza su tale materiale sia in senso conoscitivo che operativo.

A tale proposito Guidano (2008) dice:

“Le tecniche terapeutiche vanno utilizzate di volta in volta come mappe per leggere l'esperienza, come indicazioni per orientare l'attenzione e l'interazione all'interno della relazione terapeutica e non invece come procedure meccaniche standardizzate, applicabili in modo decontestualizzato.

L'idea di una tecnica terapeutica che ottenga un effetto deterministico e automatico rischia di illudere il terapeuta di poter disporre di risultati garantiti e predefiniti. Rischia di fargli credere di poter abdicare dalla personale responsabilità di una continua, aperta, creativa consapevolezza, dal partecipe ascolto di ciò che accade nel qui e ora dell'esperienza condivisa con l'altro”

I livelli di consapevolezza di sé articolano il processo di esperienza e conoscenza di essa, è molto importante quindi che un terapeuta in formazione acquisisca e consolidi tali capacità, l'auspicio è quello di permettere una formazione che possa orientare i futuri terapeuti verso una concezione di sé e dell'altro nella interazione in termini sistemico processuali,

Bibliografia

Betz, B. (1963), Validation of the Differential Treatment Success of "A" and "B" Therapists With Schizophrenic Patients. *American Journal of Psychiatry*, 119: 883-884.

Canestri L., Donati della Lunga S., Pilleri M.F., Reda M.A., (2008b), Profili psicofisiologici in psicoterapia: implicazioni emozionali del paziente e del terapeuta, *Quaderni di psicoterapia cognitiva*, 22, vol.13, n°1..

Canestri L., Donati della Lunga S., Reda M.A., (2008a), “Valutazione psicofisiologici di diadi paziente/terapeuta durante una seduta di psicoterapia:risultati preliminari, in Celesti A., Reda M.A., Padovani D., (a cura di) *Studi e Ricerche del Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Comportamento (sez. di Scienze del Comportamento)* Cantagalli Editore, Siena.

Carson, R.C. (1967), A and B Therapist "Types": A possible critical variable in psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 144: 47-54.

Correale A., Nicoletti V. (2001), *Il gruppo in psichiatria*, Borla Editore,

Guidano V.F., (2008), *La psicoterapia tra arte e scienza*, a cura di G. Cutolo, Franco Angeli Editore.

Hellerstein D.J. (2007), The disappearing patient. *Medscape General Medicine*, 9(3):34 www.medscape.com/viewarticle/560699

Lambert M. J., Barley D. E.. (2001), Relationship and psychotherapy outcome; research summary. *Psychotherapy- theory, research, practice and training*, Special issue: empirically supported Therapy relationship. vol. 38, n. 4.

Mahoney M.J. (2003), *Constructive Psychotherapy*, Guilford Press, NY

Marci C. ,Ham J., Moran E., Orr S., Physiologic Correlates of Perceived Therapist Empathy and Social-Emotional Process During Psychotherapy. *Journal of Nervous Mental Disease*. 2007 Feb ;195 (2):103-111 17299296

Marci C., Riess H., The clinical relevance of psychophysiology: support for the psychobiology of empathy and psychodynamic process. *American Journal of Psychotherapy*. 2005 ;59 (3):213-26 16370130

Orlinsky D. E., Grave K., Parks B. K.,(1994), Process and outcome in psychotherapy. In Bergin A.E., Garfield S. L.(Eds.) : *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. Wiley NY.

- Reda M.A., (2001): Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia. Carocci Editore, Roma.
- Reda M.A., Canestri L., (2006): Un approccio post-razionalista alla relazione in psicoterapia. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 19, Vol.11,n°2, pp36-49
- Reda M.A., Mahoney M.J. (1984): Cognitive psychoterapies. Ballinger, Cambridge Mass.
- Reda M.A., Pilleri M.F., Canestri L., (2008), La relazione terapeutica post-razionalista, in Petrini P., Zucconi A., (a cura di) La Relazione che cura, Alpes edizioni. regulation, 2, pp 201-216.
- Silverman, J. (1967), Personality Trait and "Perceptual Style" Studies of the Psychotherapists of Schizophrenic Patients. Journal of Nervous and Mental Disease, vol. 145, 1: 5-17.
- Whitehorn, J.C., Betz, B.J. (1954), A Study of Psychotherapeutic Relationships Between Physicians and Schizophrenic Patients. American Journal of Psychiatry, 111: 321-331.

CRITERI GUIDA PER LA “SELEZIONE” DEGLI ALLIEVI IN UN’OTTICA COSTRUTTIVISTA ED EVOLUTIVA

Furio Lambruschi

Introduzione

Il tema che sarà sviluppato in questo lavoro, cioè come “*selezionare*” e come valutare in itinere gli allievi delle nostre scuole, è solo apparentemente un tema “minore” e circoscritto, perché in realtà racchiude in sé molte importanti questioni di carattere epistemologico, teorico e metodologico/tecnico. La complessità del problema risulta subito evidente non appena ci chiediamo da un lato *che cosa* valutare, cioè quali aree potrebbe essere utile e opportuno esplorare e dall’altro *come* valutare, vale a dire quale metodologia osservativa utilizzare.

Nella tradizione *cognitivistica clinica standard* (o *cognitivo-comportamentale*) il processo formativo è sempre stato inteso (e in gran parte lo è ancora) principalmente in termini di *acquisizione di competenze teoriche e di abilità tecniche*. Vale a dire:

- studiare e apprendere il modello sul piano della *conoscenza teorica*;
- imparare sul piano *procedurale* ad applicare le *tecniche* in modo formalmente corretto;
- in alcune scuole cognitive è anche stimolata e premiata una disposizione, potremmo dire, “accademica” alla *ricerca*, sia in termini di costante aggiornamento sulla letteratura internazionale e sui protocolli più accreditati, sia in termini di vera e propria acquisizione ed esercizio di una appropriata metodologia della ricerca clinica.

Possiamo supporre che in una prospettiva di questo tipo i percorsi di *selezione* e *ammissione* degli allievi alle scuole, debbano seguire criteri coerenti con quegli stessi obiettivi formativi, orientando l’indagine verso l’ampiezza e la qualità del curriculum di studi; la preparazione universitaria e post-universitaria e la sua attinenza al modello cognitivista; eventuali pubblicazioni, partecipazione a progetti di ricerca e conoscenze nell’ambito della metodologia della ricerca.

Tuttavia, come già accennato, il modello concettuale di riferimento informerà non solo i *contenuti* che si vanno a indagare ma anche e soprattutto il *metodo* con cui li si andrà a vagliare e lo stesso *atteggiamento* valutativo, cioè la *relazione* che si viene a stabilire tra osservatore (valutatore) e osservato (valutato). In questo caso, possiamo supporre, un posizionamento e un’interazione tendenzialmente di tipo “istruttivo”: c’è qualcuno da una parte che detiene la verità conoscitiva, che ti “indaga” alla ricerca delle tue attitudini e capacità e che successivamente ti comunicherà se sei sufficientemente preparato, competente e adatto a intraprendere questo tipo di percorso.

Per la verità, alcune evoluzioni più recenti nel modo di intendere e di trattare il percorso formativo in terapia cognitiva stanno gradualmente aprendo il campo alla considerazione di *aspetti importanti del sé del terapeuta* (credenze, atteggiamenti, stile interpersonale, ecc) e alle necessità in termini di consapevolezza di sé e di autoriflessività che ne derivano. Si vedano a tal riguardo i lavori di Greenberg e Goldman (1988), Laireiter e Fielder (1996), Padesky (1996), Laireiter (1998), Laireiter e Elke (1994), Laireiter e Fiedler (1996), Safran e Muran (2000), Skovholt (2001), Leahy (2001), Laireiter e Willutzki (2003, 2005), Bennet-

Levy (2001, 2002, 2005, 2005b, 2006), Bennet-Levy e Beedie (2007), Bennet-Levy e Thwaites (2007), Thwaites e Bennett-Levy (2007), Orlinsky (2001), Bennet-Levy et al. (2001, 2003, 2004, 2009, 2009b), MacLaren (2008), Sanders e Bennet-Levy (2009). È interessante notare come molti degli accorgimenti formativi contemplati in questi recenti filoni di ricerca ricalchino, almeno in parte, le modalità procedurali da anni adottate in ambito postrazionalista, in termini di attenzione al sé del futuro terapeuta. Inoltre, essi rappresentano un buon modello di come anche tali aspetti complessi del processo formativo possano trovare un livello di sistematizzazione e operazionalizzazione tali da confrontarsi col vaglio della ricerca empirica.

La prospettiva costruttivista ed evolutiva

Da una prospettiva più specificatamente *costruttivista ed evolutiva* (entro la quale si colloca primariamente la nostra esperienza) ci piace immaginare un processo formativo che vada plasmandosi in forma *dialogica, condivisa e co-costruita*; e quindi anche un modello di valutazione dell'allievo che si configuri non tanto come atto fotografico e unidirezionale, ma come un processo di reciprocità in cui idealmente l'allievo sia messo in condizione di *comprendere autonomamente le potenzialità e i vincoli, sul piano professionale, relativi alla propria organizzazione cognitivo-emotiva*.

Noi intendiamo il processo terapeutico non come un semplice esercizio di tecniche ma come *incontro tra due menti*, ciascuna con le proprie specializzazioni elaborative (cognitive o affettive) e ciascuna con le proprie competenze meta-rappresentative e attitudini alla mentalizzazione. Ovviamente, affinché l'interazione che si determina possa sortire effetti benefici per entrambi, *presumiamo che una di queste menti debba avere a disposizione qualcosa di particolare*, debba possedere qualche specifica competenza e/o attitudine.

Al di là delle *tecniche* utilizzate, dunque, un valore ancor più importante finisce per assumere l'“*ambiente*” entro il quale esse vengono gestite e veicolate. Tale ambiente, rappresentato dalle più ampie *modalità di funzionamento dell'organizzazione conoscitiva del terapeuta*, dovrebbe potersi costituire come fisiologica “sponda” integratrice per l'organizzazione del Sé del paziente, a patto, ovviamente, che si presenti libera da importanti deficit integrativi, con adeguate capacità di monitoraggio metacognitivo dell'andamento del processo psicoterapeutico, degli stati mentali del paziente, dei propri processi cognitivi ed emotivi e delle proprie reazioni comportamentali in seduta.

Nell'ambito della teoria dell'attaccamento si è già andata accumulando una notevole mole di ricerche (si veda ad esempio i lavori di Dozier (1990), Dozier et al. (1994), Tyrrel et al. (1999), Mallinckrodt (1998); Rubino, Barker, Roth, & Fearon, (2000); Black, et al. (2005); Bruck et al. (2006); Meyer and Pilkonis (2001); Diamond et al. (1999, 2001, 2003) dalla quale si evidenzia come, *indipendentemente dallo stile d'attaccamento del paziente*, da altre caratteristiche di personalità o dall'orientamento terapeutico, *ciò che fa la differenza rispetto alla qualità e agli esiti dell'intervento è lo stato mentale del terapeuta*. Sintetizzando all'essenziale i risultati di tali aree di ricerca, potremmo dire che:

- Uno stile d'attaccamento *sicuro* (in altri termini, potremmo dire uno stato mentale del terapeuta sufficientemente libero, un'organizzazione di significato personale connotata da buoni livelli di flessibilità e di integrazione) mostra una forte relazione predittiva

positiva sia sulle misure di *processo* (alleanza di lavoro, rotture, problemi in terapia) che di *esito* terapeutico;

- Al di là della sicurezza del terapeuta come migliore condizione, i pazienti sembra che ottengano migliori risultati quando hanno a che fare con terapeuti con strategie d'attaccamento *dissimili (opposte)* alle proprie, lungo lo spettro *iperattivazione-deattivazione (complementarietà)*: in modo da interrompere le aspettative solite del paziente ai vecchi e maladattativi patterns.
- Terapeuti più *ansiosi* (in modo particolare con pazienti *timorosi* e *sicuri*), tendono a rispondere meno empaticamente rispetto a quelli meno ansiosi. Inoltre uno stile d'attaccamento *ansioso* è significativamente e direttamente correlato con una maggiore quantità di problemi in terapia.

Il focus sul terapeuta

Viene da pensare, allora, che gli strumenti che abbiamo a disposizione per il monitoraggio di questi aspetti del funzionamento mentale (*Adult Attachment Interview*, Scala per la valutazione della *funzione riflessiva*, ecc) dovremmo imparare ad utilizzarli non solo sui pazienti, *ma anche su noi stessi*. Abbiamo provato a farlo (Lambruschi, Crittenden, Landini, Ciotti, in stampa) nell'ambito di un progetto di ricerca sullo *stato mentale riguardo l'attaccamento di un campione italiano di psicoterapeuti* di orientamento teorico diverso, utilizzando la A.A.I. con il sistema di classificazione proposto da P.M. Crittenden (1999) e ne sono emersi dati particolarmente interessanti:

- Accanto ad un picco di configurazioni *sicure*, quasi il 40% dei terapeuti mostra strategie interpersonali *coercitive o difese ad alto indice* cioè poco integrate, tipiche di chi ha dovuto confrontarsi con quote elevate di pericolo (sottoclassificazioni estreme). Ovviamente le *configurazioni A3-4* (caratterizzate da acquiescenza o genitorialità compulsiva, attitudine a mettersi nel punto di vista altrui, disposizione al dovere e al senso di responsabilità) sono sempre quelle maggiormente favorite sia dai terapeuti che dai pazienti.
- Esattamente *un terzo* dei terapeuti mostra aspetti irrisolti riguardo situazioni *traumatiche* della propria storia (maltrattamenti, abusi, incidenti, malattie ...).
- Oltre *un terzo* dei terapeuti mostra aspetti irrisolti riguardo a *lutti* di figure d'attaccamento della propria storia: tra l'altro, nei terapeuti esaminati, le mancate risoluzioni (perdita o trauma) non sono tra quelle più lineari (lutto senza dolore tipo A o lutto prolungato tipo C) ma risultano spesso piuttosto complesse (cosiddette "*odd*"), con maggiori processi distorti.

Riassumendo: da un lato, è ormai evidente che le strategie relazionali di base del terapeuta, al di là della sua competenza tecnica, esercitano un impatto di grande rilievo sull'andamento del processo psicoterapeutico (alleanza e outcome); dall'altro, è altrettanto evidente che molti terapeuti provengono da itinerari di sviluppo particolarmente tortuosi e spesso non adeguatamente elaborati e risolti. Ne conseguono implicazioni particolarmente rilevanti per la formazione. E' indispensabile che il percorso formativo tenga in debito conto questi aspetti e che venga strutturato in modo tale da *promuovere crescenti livelli di flessibilità, coesione e sviluppo di competenze metacognitive nel trainee*.

Implicazioni per la formazione del terapeuta

In primo luogo dobbiamo sottolineare l'importanza del *lavoro di gruppo all'interno del training formativo*: l'acquisizione pratica delle procedure e delle tecniche d'assessment e di intervento è importante che passi in primo luogo attraverso l'applicazione al Sé di queste stesse tecniche, cioè attraverso l'utilizzo di materiale personale, sperimentandosi in prima persona sia nel ruolo di terapeuta che nel ruolo di paziente. L'apprendimento di ogni tecnica (l'ABC comportamentale, l'ABC cognitivo, la moviola, il laddering, l'autocaratterizzazione, ecc.) dovrebbe rappresentare in primo luogo un'occasione esplicita e condivisa di esplorazione del sé e di incremento di consapevolezza sui propri schemi centrali, sulle proprie specifiche dimensioni di *significato personale*, sia nell'analisi delle aree problematiche *attuali* sia nell'analisi del proprio *stile affettivo* così come di aspetti cruciali della propria *storia di sviluppo* ed esperienze d'attaccamento. Questo è ciò che, da tempo, cerchiamo di fare nella nostra struttura di training.

In secondo luogo, risulta fondamentale il ruolo della *supervisione* (non solo per i giovani terapeuti, ma anche per quelli, apparentemente più "esperti" e "scafati"): sarebbe interessante a questo riguardo costruire insieme dei "*format*" di supervisione focalizzati, oltre che su una accurata formulazione del caso (quindi sul paziente), in modo altrettanto attento, anche sul terapeuta, sui suoi schemi interpersonali, e su come questi impattano l'andamento della terapia. Ripeto, non solo per i giovani terapeuti: ci sono sempre momenti, anche per chi si crede ormai "arrivato", in cui c'è bisogno dell'incontro con un'altra mente e con un altro cuore, che ci aiuti a riattivare quelle funzioni riflessive e quella posizione metacognitiva e che si erano momentaneamente perse.

L'altro grande problema è quello di affidarsi ad una vera e propria *analisi cognitiva personale*. Vent'anni fa nessuno si sognava di parlare di questo problema nell'ambito della *Cognitive Behavior Therapy*. Oggi, come abbiamo già notato, esistono punti di vista e proposte interessanti al riguardo. Ovviamente nessuno immagina più quei percorsi analitici farraginosi, inconcludenti e interminabili che hanno caratterizzato gli approcci psicodinamici in passato. Abbiamo ormai sufficiente esperienza per definire i criteri per un'*analisi cognitiva personale* limitata nel tempo e focalizzata su specifici aspetti della propria organizzazione (schemi cognitivi-interpersonali) ai quali i trainee già nel corso del lavoro di gruppo gradualmente si incuriosiscono e che possono avere un impatto importante sul processo psicoterapeutico.

In questi contesti (lavoro in gruppo, supervisione, analisi personale) la nostra attenzione potrebbe essere proficuamente focalizzata sulle aree suddette già riconosciute come critiche: eventuali *lutti e traumi irrisolti* nella storia del terapeuta e sulle correlate aree di esperienza che ancora devono essere integrate; sulla possibilità di promuovere in *terapeuti con stato mentale preoccupato* una maggiore capacità di ordinamento concettuale nella formulazione del caso così come nella gestione della relazione; sulla possibilità di aiutare i trainee ad osservarsi nella relazione con diversi pazienti, in situazioni di *complementarietà* e di *contro-complementarietà*.

Il primo incontro con l'allievo (un'ipotetica traccia di lavoro)

Tutto ciò, ovviamente, dovrà far parte del nostro campo di attenzione a iniziare dal *primo incontro* con l'allievo: tale incontro inevitabilmente finirà per veicolare la centralità di tali aspetti e rappresenterà un "campione" significativo di quello che sarà tutto lo stile formativo successivo. Le conoscenze teoriche e le attitudini tecniche tenderanno allora a recedere parzialmente sullo sfondo per lasciar spazio a quelle *caratteristiche dell'organizzazione del Sé dell'allievo (Sé personale)* che possiamo immaginare vadano a riflettersi direttamente sul suo stile interpersonale terapeutico (*Sé professionale*): i modelli d'attaccamento, il corrispondente stile di regolazione emotiva, le relative modalità e abilità interpersonali, gli schemi/dimensioni di significato personale prevalenti e le relative aree emozionali critiche, le competenze autoriflessive e la consapevolezza di sé.

La *traccia* di colloquio che abbiamo messo a punto nella nostra esperienza (mi riferisco alla Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva) segue indicativamente le seguenti linee:

⇒ **Introduzione, analisi dei canali d'invio e analisi del curriculum di studi e formativo:**

come hai saputo di questa Scuola? Come sei arrivato qua?

Percorso di studi universitario, tesi di laurea, specializzazione, tesi di specializzazione, altri corsi di formazione frequentati, progetti di ricerca, esperienze di tirocinio e professionali?

Tutto il percorso, compresa la scelta attuale della scuola, viene analizzato oltre che nelle sue implicazioni più esplicite e di orientamento culturale, anche e soprattutto in riferimento a ciò che ogni passaggio riflette del candidato in termini di significati personali più profondi e strutturanti rispetto al proprio senso di sé come persona e secondariamente come terapeuta. In altri termini: che cosa ci dice di te il tuo curriculum? Delle tue sensibilità emotive e dei tuoi atteggiamenti interpersonali? E' sorprendente osservare come alcune scelte (ad esempio, con impressionante regolarità, l'argomento della tesi di laurea), al di là delle motivazioni più esplicite, spesso banali o occasionali, siano spesso sostenute da bisogni connessi ai propri ruoli familiari e alle corrispondenti disposizioni cognitive, emotive e interpersonali.

Delle diverse esperienze di studio o professionali sarà opportuno analizzare da un lato gli aspetti conoscitivo-semantici e dall'altro, porre grande attenzione all'esperienza immediata, alle capacità di adattamento relazionale ai diversi contesti e a come il soggetto è in grado di integrarli nella propria narrazione di sé.

⇒ **Aspetti motivazionali rispetto alla professione e alla scuola:**

che cosa ti ha spinto secondo te a intraprendere la professione di psicoterapeuta e in particolare di psicoterapeuta ad orientamento cognitivo?

Ugualmente, l'analisi degli aspetti motivazionali alla professione di psicoterapeuta e i diversi possibili livelli di lettura "interna" da parte del candidato sono aspetti che fanno la differenza in termini valutativi. La sua capacità cioè di "scivolare" dagli elementi motivazionali di carattere culturale, teorico o temperamentali (di solito più "nobili": ho

sempre frequentato la parrocchia, i boy-scout e sono sempre stato portato per ascoltare ed aiutare gli altri!) a quelli meno “nobili”, connessi ai temi più complessi relativi alla propria storia di sviluppo (una coppia genitoriale alla quale ho dovuto fare da “arbitro”; un padre con frequenti ricoveri per scompensi psicotici; un fratello tossicodipendente, con tutte le implicazioni emozionali e i relativi significati personali e familiari ecc).

⇒ **Conoscenze sul modello clinico cognitivista e aspettative riguardo alla scuola:**

Quali sono gli aspetti della T.C. che ritieni più significativi, e quali in particolare ritieni che si adattino maggiormente a te?

Quali sono le tue conoscenze relativamente al modello cognitivo standard?

Quali riguardo ai recenti sviluppi costruttivisti ed evolutivi?

Che idea hai del costruttivismo in psicoterapia? Che effetto ti fa?

Che cosa ti aspetti da questa Scuola e come te la immagini?

Quali sono le aree cliniche specifiche che ti piacerebbe maggiormente approfondire e sulle quali desidereresti lavorare; e quali in cui non lavoreresti mai (servizi pubblici/privati; setting individuale/coppia/famiglia; infanzia/adolescenza/adulti/anziani; disturbi d’ansia, dell’umore, ossessivi, alimentari, di personalità, dissociativi, psicotici, alcoolismo e tossicodipendenze, ecc.)?

Di nuovo, che cosa ti evoca e ti sollecita tutto ciò riguardo alla tua storia personale?

⇒ **Descrizione di sé:**

sulla falsariga della A.A.I. chiediamo al candidato di individuare *5 aggettivi* che lo descrivano dopo di che, per ciascuno di essi, si chiede di indicare un *episodio* specifico in grado di esemplificarlo.

Quali tra queste caratteristiche ritieni particolarmente adatte o sintoniche con il ruolo di psicoterapeuta? Quali invece poco adatte, limitanti o ostative tale ruolo?

A tale descrizione aggiungiamo usualmente un’*Autocaratterizzazione*, strumento dell’area costruttivista, che poi verrà ripreso ed elaborato più dettagliatamente durante il percorso formativo e confrontato con un’altra autocaratterizzazione intermedia o finale.

Tale procedura offre delle indicazioni piuttosto chiare e particolarmente interessanti sui *livelli di integrazione tra i vari sistemi di memoria* presenti nel soggetto, sulle sue capacità di slittare in modo più o meno armonico da una più o meno articolata definizione semantica di sé a coerenti rappresentazioni episodiche più o meno cariche di immagini sensoriali.

⇒ **Rapporto con la sofferenza:**

come definiresti il tuo rapporto con la sofferenza (altrui e propria)? Che cosa ne pensi? Che cosa significa per te sofferenza? Che effetto ti fa?

Se già operi in ambito psicoterapico, quale tipologia di pazienti ti evoca maggiormente l’idea di sofferenza?

C'è qualche episodio che ricordi, in cui ti è capitato di confrontarti in modo intenso con la sofferenza di qualcuno (amico, familiare, collega di lavoro, paziente particolare, ecc).

Hai attraversato, tu, periodi particolari di disagio emotivo? Di che tipo? Sintomi particolari? Che cosa pensavi? Che effetto ti ha fatto star male? In che modo hai cercato di farvi fronte (risorse personali, relazionali, terapie, farmaci, fede, ecc)?

Mini-moviola su un episodio specifico di disagio emotivo (focus di osservazione: capacità di riconoscimento autentico, regolazione ed espressione degli stati emozionali, strategie di problem solving).

Ognuno di questi passaggi, dunque, può diventare una occasione vivace, dinamica e immediata per riflettere con l'allievo:

- globalmente sui suoi livelli di *curiosità* riguardo alle tematiche e ai significati via via emergenti, e quindi di potenziale spostamento della prospettiva narrativa dall'esterno all'interno;
- sulle sue modalità di *regolazione emotiva* (in termini di riconoscimento, articolazione, definizione semantica, grado di espressività emozionale) all'interno dell'ampio continuum che va da uno stile *iperattivante*, con utilizzo strumentale di manifestazioni affettive esagerate, per passaggi intermedi verso uno *stile deattivante*, connotato da coartazione emotiva, ipercontrollo, e manifestazione di falsi stati affettivi);
- sull'evidenza o meno nella sua narrazione di genuine competenze *meta rappresentative* (da distinguere ovviamente dalle pseudo metacognizioni o "psicologismi"), la capacità, quindi, di *pensare i propri pensieri e le proprie emozioni*.

In tal modo, da quel primo momento di incontro prende il via un processo che vede nell'autoriflessività il suo elemento motore primario e procede per graduali passaggi integrativi successivi. Così come in terapia l'assessment in realtà si conclude solo col concludersi del percorso terapeutico (Reda, 1988), allo stesso modo potremmo dire che la valutazione dell'allievo procede in realtà lungo tutto il percorso formativo e idealmente termina solo con il concludersi dello stesso, rappresentando quindi per l'allievo un'occasione di graduale e crescente integrazione di conoscenza di sé e quindi, auspicabilmente, di "auto-selezione".

Bibliografia

Bennett-Levy, J. (2001) The value of self-practice of cognitive therapy techniques and self-reflection in the training of cognitive therapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29: 203–20.

Bennett-Levy, J. (2002) Navel gazing or valuable training strategy? Self-practice of therapy techniques, self-reflection, and the development of therapist expertise. In J. Henry (ed.), *First European positive psychology conference proceedings*. Leicester: British Psychological Society.

Bennett-Levy, J. (2005). *What role does the 'person of the therapist' play in therapist skill development? Empirical and theoretical perspectives*. In: M. Jackson & G. Murphy (Eds.): *Theory and practice in contemporary Australian cognitive and behaviour therapy*:

Proceedings of the 28th National AACBT Conference (p.32-37). Australian Association for Cognitive and Behaviour Therapy, Melbourne.

Bennett-Levy, J. (2005b). *Therapy skills: A cognitive model of their acquisition and refinement*. In: M. Jackson & G. Murphy (Eds.): *Theory and practice in contemporary Australian cognitive and behaviour therapy: Proceedings of the 28th National AACBT Conference* (p.25-31). Australian Association for Cognitive and Behaviour Therapy, Melbourne.

Bennett-Levy, J. (2006) Therapist skills: their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34 (1): 57–78.

Bennett-Levy, J. & Beedie, A. (2007). The ups and downs of cognitive therapy training: What happens to trainees' perception of their competence during a cognitive therapy training course? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 61-75.

Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M. & Westbrook, D.(2004) *The Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press.

Bennett-Levy, J., Lee, N., Travers, K., Pohlman, S. & Hamernik, E. (2003) Cognitive therapy from the inside: enhancing therapist skills through practising what we preach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31: 143–58.

Bennett-Levy J, McManus F, Westling BE, Fennell M. Acquiring and Refining CBT Skills and Competencies: Which Training Methods are Perceived to be Most Effective? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2009;37(5):571-583

Bennett-Levy, J. & Thwaites, R. (2007). *Self and self-reflection in the therapeutic relationship: A conceptual map and practical strategies for the training, supervision and self-supervision of interpersonal skills*. In: P. Gilbert and R. Leahy (eds): *The therapeutic relationship in the cognitive behavioural therapies* (p. 255-281). Routledge, London. Trad. It. *Il Sè e l'autoriflessività nella relazione terapeutica*, In P. Gilbert and R. Leahy (ed): *La relazione terapeutica in terapia cognitivo-comportamentale*, Eclipsi, Firenze, 2009.

Bennett-Levy J, Thwaites R, Chaddock A, Davis M. (2009b) *Reflective practice in cognitive behavioural therapy: The engine of lifelong learning*. In: Dallos R, Stedmon J, editors. *Reflection in counselling and psychotherapy*. Maidenhead, U.K.: Open University Press.

Bennett-Levy, J., Turner, F., Beaty, T., Smith, M., Paterson, B. & Farmer, S. (2001). The value of self-practice of cognitive therapy techniques and self-reflection in the training of cognitive therapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 203-220.

Black, S., Gillian H., Graham T. and Glenys P. (2005) Self reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 363-377, The British Psychological Society.

Bruck, E., Winston, A., Aderholt, S., Muran J.C. (2006) Predictive Validity of Patient and Therapist Attachment and Introject Styles. *American Journal of Psychotherapy*, 20, 4.

Crittenden, P.M., (1999) *Attaccamento in età adulta: l'approccio dinamico maturativo alla Adult Attachment Interview*, Milano, Cortina.

Dozier, M. (1990) Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2, 47–60.

Dozier, M., Cue, K. & Barnett, L. (1994) Clinicians as caregivers. Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 793–800.

- Diamond D., Clarkin J.F., Stovall K.C., & Levy K.N. (2001). *Scoring System for the Patient-Therapist Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript.
- Diamond D., Clarkin J.F., Stovall-McClough C., Levy K.N., Foelsch P.A., Levine H., et al. (2003). *Patient-Therapist attachment: impact on the therapeutic process and outcome*. In M. E. Cortina & M. Marrone (Eds.), *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process* (pp. 179-203). London: Whurr Press.
- Goldfried, M.R. (ed.) (2000) *How therapists change: personal and professional reflections*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Goodwin, I. (2003) The relevance of attachment theory to the philosophy, organization, and practice of adult mental health care. *Clinical Psychology Review*, 23, 35–56.
- Greenberg L.S., Goldman R.L. (1988), Training in experiential therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 696-702.
- Laireiter, A-R. (1998). Self-directed experience and personal therapy: The situation in Germanspeaking countries and the “state of the art” of empirical research. In E. Sanavio (Ed.), *Behavior and cognitive therapy today: Essays in honor of Hans J. Eysenck* (pp. 163–179). Oxford: Elsevier.
- Laireiter, A.R., & Elke G., (Eds), (1994) *Selbsterfahrung in der verhaltenstherapiekonzepte und praktische erfahrungen (Self-exploration in CBT- tools and practical experiences)*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Laireiter, A. & Fiedler, P. (1996): *Selbsterfahrung und Eigentherapie in der Ausbildung in Verhaltenstherapie*. In M.E. Bruch & Hoffmann (Ed.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer
- Laireiter A.R., Willutzki U. (2003), Self-reflection and self-practice in training of Cognitive Behaviour Therapy: an overview. *Clinical psychology and psychotherapy* 10, 19-30.
- Laireiter A.R., Willutzki U. (2005), *Personal Therapy in cognitive-behavioural therapy. Tradition and current practice*. In J.D. Geller, J.C. Norcross, D.E. Orlinsky (eds) *The psychotherapist’s own psychotherapy: patient and clinician perspectives* (pp 41-51). Oxford, Oxford University Press.
- Leahy R. (2001), *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York, Guilford Press.
- Mallinckrodt, B. (2000) Attachment, social competencies, social support, and interpersonal process in psychotherapy. *Journal of the Society for psychotherapy Research*, X, 3, 239-266.
- MacLaren, C. (2008), Use of Self in Cognitive Behavioral Therapy, *Clinical Social Work Journal*, Vol. 36, Number 3, pp. 245-253,
- Meyer, B., & Pilkonis, P. (2001). Attachment style. *Psychotherapy*, 38, 466–472.
- Orlinsky, D.E., Botermans, J.F. & Rønnestad, M.H. (2001) Towards an empirically grounded model of psychotherapy training: four thousand therapists rate influences on their development. *Australian Psychologist*, 36: 139–48.
- Padesky, C.A. (1996) *Developing cognitive therapist competency: teaching and supervision models*. In P.M. Salkovskis (ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press, (pp. 266–92).
- Reda M.A. 1988. L'atteggiamento diagnostico in psicoterapia cognitiva. *Psicobiettivo*, 3, 31-40.

Rubino, G., Barker, C., Roth, T., & Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures. *Psychotherapy Research*, 10, 408–420.

Safran J.D., Muran J.C. (2000), *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, Guilford. Trad. It: *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*, Laterza, Bari, 2003.

Sanders D, Bennett-Levy J, editors. *When therapists have problems: What can CBT do for us?* Oxford: Oxford University Press. 2009

Skovholt (2001), *The resilient practitioner: burnout prevention and self care strategies for counselors, therapists and health professional*. Boston, Allin & Bacon.

Thwaites, R. & Bennett-Levy, J. (2007). Conceptualizing empathy in cognitive therapy: Making the implicit explicit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 591-612.

Tyrrell, C., Dozier, M., Teague, G., et al (1999) Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders. The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 725–733.

L'ANALISI PERSONALE NELLA FORMAZIONE IN PSICOTERAPIA

Giorgio Rezzonico, Marco Bani

Introduzione

Il tema della formazione in psicoterapia è diventato negli ultimi anni sempre più discusso e dibattuto, come dimostrano i molti lavori e numeri monografici ad esso dedicati apparsi in letteratura (Bennet-Levy et al., 2009; Boswell et al., 2007; Cionini et al., 2009; Herschell et al., 2010).

All'interno di quest'area di ricerca un ruolo peculiare è occupato dall'analisi personale, attorno a cui sono sorte, anche all'interno della SITCC, molte discussioni relative all'opportunità del suo inserimento in un percorso di formazione alla psicoterapia e alla sua obbligatorietà (Mancini, Perdighe, 2010).

Valutando il numero di psicologi, psicoterapeuti, operatori sociali o counsellor che hanno fatto un'analisi personale, emergono dati piuttosto interessanti: da una review di 17 studi che hanno coinvolto oltre 8000 clinici statunitensi, la percentuale di coloro che dichiarava di aver fatto una terapia personale varia tra il 72% e il 75% (Norcross, Guy, 2005); dati sovrapponibili provengono da un altro studio su una popolazione di clinici europei (Orlinsky et al., 2005).

Quello dell'analisi personale e del lavoro su di sé, è un tema che acquista una rilevanza particolare proprio in area cognitivista che tradizionalmente è stata sempre più diffidente di altri orientamenti verso un percorso psicoterapico personale e di riflessione sui propri aspetti (Bennett-Levy, 2003); questa diffidenza emerge infatti chiaramente dai dati di letteratura da cui si evidenziano delle importanti differenze nell'orientamento dei clinici che hanno fatto un'analisi personale: il livello più alto si ritrova tra i clinici a orientamento psicoanalitico (tra l'82% e il 100%) mentre il più basso tra i clinici comportamentali (tra il 44% e il 66%).

In uno studio di Norcross e coll. (2005) su un campione statunitense di circa 700 psicologi clinici il 100% dei terapeuti che si definiscono psicoanalisti ha fatto un'analisi personale, seguiti dall'86% dei terapeuti sistemici, l'83% di coloro che seguono un approccio eclettico o integrativo, l'81% degli psicodinamici, il 76% degli umanisti, il 65% dei cognitivisti e il 64% dei comportamentisti.

Anche il lavoro di Orlinsky o Ronnestad (2005) su un campione internazionale conferma queste differenze, con il 92% dei terapeuti psicodinamici che riportano almeno un'esperienza di analisi personale e solo in 60% tra i cognitivo-comportamentali.

Un ulteriore dato è relativo alla frequenza delle esperienze di analisi personali che spesso sono più di una; sempre Norcross e coll. (2000) rilevano che circa il 32% dei clinici ha fatto un'esperienza di terapia personale, il 32% ne ha fatte due, il 22% tre e il 14% almeno quattro. Anche dallo studio di Orlinsky e Ronnestad (2005) risulta che circa il 60% dei terapeuti ha fatto più di un'esperienza terapeutica personale.

Accanto a questo primo ordine di dati quantitativi, che forniscono un quadro della diffusione tra i clinici della terapia personale, un secondo ordine è più qualitativo e relativo all'impatto dell'analisi personale sui terapeuti, cioè quali effetti ha sul terapeuta e sulla sua pratica clinica; questi aspetti sono stati generalmente valutati attraverso la percezione soggettiva dei terapeuti o attraverso l'impatto sulla pratica clinica.

Considerando il primo livello emerge una percezione molto positiva dell'effetto della terapia personale che nel 90% dei clinici viene associata a un considerevole miglioramento nella vita personale, inoltre il 75% riporta un'importante influenza anche sulla pratica professionale (Orlinsky et al., 2001).

Per alcuni autori questi dati si prestano a critiche legate ad una bassa attendibilità delle misure *self report* (Mancini e Perdighe, 2010; Norquist, 2009) e alcuni lavori sembrano sostenere queste critiche in relazione ad una sopravvalutazione del proprio operato.

Quando infatti l'autovalutazione viene fatta dal trainee o dal clinico sul proprio operato emergono alcune criticità sulla validità delle valutazioni che tendono ad essere più ottimistiche di quelle fatte da giudici indipendenti. Uno studio di Carroll e coll. (2000) ha evidenziato come di 741 sessioni valutate dal terapeuta e da un giudice esterno, il 71% erano valutate più ottimisticamente di quelle del giudice esterno, 26% erano concordi con quelle del giudice e 6% erano meno ottimistiche. Questi dati suggeriscono pertanto di considerare le autovalutazioni come collaterali ma non sostitutive di valutazioni esterne e indipendenti, benché sia importante sottolineare come un terapeuta sia generalmente formato per auto osservarsi e valutare pertanto l'agire in seduta con un buon livello di consapevolezza del proprio coinvolgimento. È possibile tuttavia che nel caso dei trainees questa consapevolezza non sia ancora sufficientemente sviluppata.

Questioni di linguaggio e di obiettivi

Accanto a questi dati generali sulla "epidemiologia" dell'analisi personale, si pongono però alcune questioni più generali che sono necessarie per inquadrare il tema in una cornice metodologica e teorica.

Innanzitutto si pone la necessità di un linguaggio condiviso; la terapia personale dei terapeuti è stata infatti definita in molti modi differenti (Training integrativo cognitivo individuale, Analisi personale, Terapia personale, Analisi cognitiva didattica, Lavoro personale, Analisi didattica...) dove ognuna delle etichette pone l'accento su aspetti differenti pur definendo, in modo abbastanza condiviso, un lavoro di tipo psicoterapeutico fatto da un operatore della salute mentale e finalizzato a completare la sua formazione.

È quindi l'aspetto didattico su cui viene posto l'accento, che lo differenzia in modo sostanziale da un lavoro psicoterapico finalizzato alla risoluzione di un sintomo o di un momento di sofferenza percepita dal paziente/trainee. Questo non toglie che un terapeuta possa avere bisogno di una psicoterapia per una situazione di difficoltà che si manifesta in un sintomo o in un impasse relazionale o in un lutto irrisolto etc. ma è un tipo di lavoro che si differenzia sostanzialmente da una terapia didattica e che da questa va differenziato, pur potendo la prima esitare nella seconda.

E questo rimanda alle questioni successive: a cosa serve la terapia personale? Cioè quali sono i motivi che sottendono, all'interno di un percorso di formazione alla psicoterapia, la richiesta (volontaria o vincolante) di sottoporsi a un percorso individuale personale?

Non è questione da poco ma che ci aiuta almeno in prima battuta a distinguere tra una terapia personale richiesta per affrontare un momento di difficoltà o sofferenza personale (e che in questo senso è analoga a quella che affronta qualunque paziente) da una finalizzata ad esplorare alcuni aspetti personali che rivestono un ruolo particolarmente importante nel lavoro clinico.

A livello di linee guida e training standard da parte di associazioni professionali di differenti orientamenti, l'accento su un lavoro personale viene posto a vari livelli ma è sempre presente (come indicato in tabella).

Associazione	Indicazioni nei training standard
EFPA - European Federation of Psychologists Associations (www.efpa.eu)	un'esperienza di analisi personale o un altro lavoro equivalente che includa il lavoro su di sé, e l'esperienza personale per almeno 100 ore; al riguardo viene sottolineato come ogni orientamento utilizzi termini differenti per definire tale area che è comunque ritenuta necessaria per permettere al trainee di riconoscere e utilizzare il proprio coinvolgimento nel processo terapeutico.
Associazione Europea per la Terapia della Gestalt (www.eagt.org)	250 ore di esperienza terapeutica personale di cui almeno 50 in setting individuale (con un terapeuta della gestalt) "L'esperienza terapeutica personale è assolutamente indispensabile per lavorare come un terapeuta della Gestalt. La terapia personale implica che i trainee della Gestalt si espongano al metodo di trattamento e alla frequenza di contatto con il cliente che intendono praticare".
APsA - American Psychoanalytic Association (www.apsa.org)	Un aspetto essenziale della formazione psicoanalitica è l'analisi personale che, a causa dell'intensità dell'esperienza, è raccomandabile inizi almeno un anno prima dell'inizio della scuola di formazione. Nelle scuole dell'APsA l'analisi personale si svolge con una frequenza di 4-5 volte a settimana, pur con alcune eccezioni. L'analisi personale si propone di aiutare il trainee a raggiungere un adeguato livello di maturità, stabilità di carattere, apertura e flessibilità.
EFTA - European Family Therapy Association (www.europeanfamilytherapy.eu)	Una parte significativa di ogni training in psicoterapia è di assicurare che i trainees siano in grado di identificare e gestire il proprio coinvolgimento personale e contributo al processo terapeutico. Il modo in cui questo obiettivo viene raggiunto durante il training in terapia familiare varia considerevolmente. Può includere la terapia personale, il lavoro in gruppo, il lavoro sulla famiglia di origine (es. genogramma) o in alcuni casi il lavoro diretto con la propria famiglia. Gli aspetti di sviluppo personale costituiranno anche una parte importante del processo di supervisione. Data la diversità del lavoro di sviluppo personale (e i differenti bisogni dei singoli trainees), sarebbe fuorviante inserire dei requisiti specifici sulla quantità di tempo da dedicare a questa parte del

	training. L'obiettivo è di aumentare l'auto-riflessività dei trainees e la loro consapevolezza come professionisti di terapia della famiglia.
EABCT - European Association for Behavioural and Cognitive Therapy (www.eabct.com)	La richiesta di terapia personale/sviluppo personale è regolamentata in alcuni paesi europei e i terapeuti dovranno attenersi a questi requisiti quando richiesto. Tutti i terapeuti devono assicurare di saper identificare e gestire in modo appropriato il proprio coinvolgimento personale nel processo terapeutico delle terapie cognitive e/o comportamentali. I terapeuti devono aver sviluppato la capacità di riconoscere quando è opportuno richiedere un altro consiglio professionale. Terapia personale/Sviluppo personale: raccomandato
BABCP - British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies (www.babcp.com)	Il terapeuta deve assicurare di essere in grado di identificare e gestire in modo appropriato il proprio coinvolgimento personale nel processo della terapia cognitiva e/o comportamentale. I terapeuti devono aver sviluppato l'abilità di riconoscere quando dovrebbero chiedere un'altro consiglio professionale.
UKCP - The United Kingdom Council for Psychotherapy (www.psychotherapy.org.uk)	Disposizioni per assicurare che i trainees sappiano identificare e gestire adeguatamente il proprio coinvolgimento personale nel processo delle terapie che praticano.

Emerge quindi come il tema del lavoro personale sia centrale nella formazione, o almeno nelle intenzioni espresse all'interno delle linee guida, e trasversale a tutti i principali orientamenti teorici; ma come si può lavorare sullo sviluppo personale?

La terapia personale rappresenta per molte scuole la modalità privilegiata (e per alcune unica) di lavoro personale; già Freud (1937/1964) la indicava come condizione essenziale e preliminare per esercitare la psicoanalisi quando scriveva: "ma dove e come il povero disgraziato acquisirà la qualifica ideale di cui avrà bisogno in questa professione? La risposta è in un'analisi personale, con cui inizia la sua preparazione per l'attività futura" (p. 246).

L'analisi personale non è però l'unica modalità, esistono altri strumenti formativi che permettono di lavorare su questo aspetto, per esempio il lavoro in gruppo, che nell'ottica sistemica è particolarmente presente, ma anche il lavoro di *self practice* e *self reflection* discusso da Bennett-Levy (2009) in area cognitiva va in questa direzione.

Tuttavia piuttosto che modalità alternative di lavoro si di sé, che sostituiscono cioè la terapia personale, come suggerito da Mancini e Perdighe (2010), riteniamo che costituiscano modalità collaterali che possono completare il lavoro su di sé cogliendone aspetti differenti, ma non escludentisi l'un l'altra.

Il lavoro di gruppo è infatti molto utile nell'area dello sviluppo personale perché chiama in causa la difficoltà ad esporsi agli altri, o al contrario la tendenza a ricercare l'attenzione degli altri, il vedere prospettive e modalità molto differenti dalle proprie ma generalmente non permette di scendere oltre un certo livello di approfondimento, per motivi di tempo (non

è possibile ogni volta affrontare ogni tema per ognuno dei 15-20 trainees che compone un gruppo in formazione) o per la delicatezza dei temi trattati.

Allo stesso modo il lavoro di *self practice* e *self reflection* punta ad un aumento di consapevolezza dei propri aspetti di coinvolgimento nella relazione terapeutica, e ad una sperimentazione in prima persona delle tecniche terapeutiche, d'altra parte non permette di confrontarsi con un punto di vista esterno né di sperimentare un setting, essendo il trainee stesso a darsi dei confini e dei tempi.

In questo quadro l'analisi personale costituisce pertanto un momento peculiare che consente di sperimentarsi nello stare dall'altra parte del tavolo, nel ruolo di paziente che vive i vincoli di tempo (ritardi, frequenza delle sedute), denaro, oltre a quelli più relazionali (darsi del tu o del lei) (Rezzonico, Ruberti, 1996).

La terapia personale si inserisce poi all'interno di un percorso più ampio di formazione; al riguardo è possibile descrivere almeno tre diverse modalità di formazione in psicoterapia che pongono il focus su aspetti differenti:

1. Un primo modello è quello tipico della terapia cognitiva standard, che si focalizza su un percorso di apprendimento definito e scandito da fasi e tempi simili per tutti i trainees, in cui ci sono delle procedure standardizzate da apprendere e da replicare poi con il paziente. È un approccio senza dubbio utile nella misura in cui vi sono delle tecniche di intervento da acquisire particolarmente codificate, ma che talvolta rischia di prescindere dalla dimensione individuale cioè dalla modalità specifica che caratterizza il trainee nel suo essere terapeuta e nel suo stare in relazione con il paziente.

Da questo punto di vista l'acquisizione di tecniche di intervento è legata all'esercitarsi nell'applicarle e laddove non si ottengono dei risultati viene ipotizzata una non corretta applicazione del protocollo che richiede quindi maggiore esercitazione (per esempio il non riuscire ad applicare con successo una desensibilizzazione sistematica viene affrontato con un richiesta di formazione aggiuntiva alla tecnica specifica).

2. Un secondo modello è quello della formazione "a bottega", in cui il trainee si forma sulla base dell'osservazione del clinico esperto che mostra in modo diretto il proprio agire terapeutico; non si tratta quindi di una formazione codificata dove ci sono momenti in cui il docente "sale in cattedra" per spiegare come "si fa terapia" ma di un apprendimento per imitazione, dove si impara guardando e provando a ripetere ciò che si è visto, discutendone poi in supervisione.

Anche in questo modello ci sono delle procedure più definite e codificate ma anche la possibilità di apprendere ciò che non è standardizzato come il rispetto dei tempi del paziente, la gestione delle modalità di aggancio etc.; è in primo piano l'aspetto esplorativo della formazione con l'invito a "provare", a mettersi in gioco.

L'aspetto relazionale è presente ed è centrale ma non è legato alla soggettività del trainee, piuttosto è vincolato al modello che viene proposto dal clinico esperto che diventa il modello sui cui formarsi e per certi versi a cui conformarsi.

3. Il terzo modello di formazione è quello della "palestra di apprendimento" in cui l'aspetto esplorativo, già presente nel modello precedente, aumenta di importanza, aprendosi ad una dimensione più propriamente costruttivista, in cui il mettersi in gioco in continuazione è il motore dello sviluppo e dell'acquisizione di modalità relazionali terapeutiche che non si esauriscono nell'adesione ad un modello unico o

ideale di fare terapia (modellato su quello di un caposcuola, o di un clinico esperto) ma vengono costruite all'interno di un percorso individuale dove ognuno dei trainees tocca con mano i propri limiti e le proprie risorse.

Questi differenti modelli di formazione non si escludono a vicenda, perché certamente un approccio più standardizzato è maggiormente indicato per l'acquisizione di protocolli di intervento codificati (il trattamento dialettico comportamentale della Linhean, il trattamento dei disturbi ossessivo compulsivi di Salkovsky etc..) ma l'adesione ad un unico modello formativo è certamente meno efficace nel favorire l'acquisizione di competenze, strategie, modalità relazionali, come peraltro sottolineato anche recentemente in letteratura (Herschell, 2010).

Una variabile discriminante è rappresentata però in prima battuta dal coinvolgimento di aspetti personali del trainee nel percorso di formazione che diventa quindi un percorso di lavoro su sé stessi e sulle proprie modalità di stare in relazione (Rezzonico, Bani, 2008).

Un modello di formazione centrato sull'applicazione di tecniche e protocolli standardizzati dovrà per necessità ridurre la variabilità individuale che diventa una variabile confondente rispetto ad un modello più astratto di terapeuta che, in modo un po' caricaturale, si identifica con il protocollo di intervento o con la tecnica.

D'altra parte se la formazione è un processo imitativo di un clinico esperto, gli aspetti individuali sono sì al centro dell'attenzione e oggetto di lavoro ma soprattutto per bloccarne gli elementi interferenti con quella che è l'immagine riconosciuta del buon clinico.

Al contrario in un percorso formativo caratterizzato dall'esposizione a molti modelli diversi, in cui non c'è un unico modello a cui conformarsi ma differenti prospettive ognuna delle quali si caratterizza per una maggiore o minore flessibilità, un focus sulla tecnica o sulla relazione, è presente una minore strutturazione di tutto il percorso che richiede al trainee uno sforzo maggiore per integrare le perturbazioni che sperimenta.

È in questo contesto che diventa centrale la possibilità di un momento personale in cui integrare e definire meglio i confini del proprio essere terapeuta; l'analisi personale è quindi vista come un momento di sintesi di tutti gli elementi sviluppatisi durante il percorso formativo e che non può che essere individuale perché individuale è l'identità professionale del trainee.

All'interno di questo quadro generale che ci aiuta a capire come è inserita l'analisi personale in un percorso di formazione in psicoterapia costruttivista è però necessario vedere più da vicino come si declinano alcuni aspetti che la caratterizzano: cosa differenzia un'analisi didattica da una psicoterapia con un paziente? Cosa significa un percorso di analisi personale obbligatorio o solo consigliato? Quali funzioni e obiettivi specifici attribuiamo all'analisi?

L'analisi personale nella formazione costruttivista: la prospettiva dei didatti

Per valutare il ruolo della terapia personale all'interno dei percorsi di formazione a orientamento cognitivo costruttivista è stato elaborato un questionario completato da un campione di 20 didatti della SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva) che si occupano di formazione in psicoterapia presso differenti scuole costruttiviste.

Un primo aspetto valutato è relativo all'importanza attribuita all'analisi personale nel percorso di formazione (valutata su scala likert a 6 punti variabile da 0=per niente d'accordo a 5=molto d'accordo); in generale emerge un livello di accordo piuttosto elevato sia in relazione ad un training costruttivista (4,7) che cognitivo-razionalista (4,1).

Pur essendo generalmente condivisa l'importanza attribuita all'analisi personale, più controverso risulta il tema dell'obbligatorietà che, pur ottenendo un discreto livello di accordo, non viene condivisa da tutti i soggetti.

Sei d'accordo con l'obbligatorietà del TICI all'interno di un training cognitivo-costruttivista?	3,6
Indipendentemente dall'obbligatorietà del TICI lo ritieni uno strumento utile nella formazione personale del terapeuta cognitivo-costruttivista?	4,7
Indipendentemente dall'obbligatorietà del TICI lo ritieni uno strumento utile nella formazione personale del terapeuta cognitivo-razionalista?	4,1

scala likert 6 punti (0-5)

In particolare vengono avanzate alcune riserve e perplessità sul forzare i trainee verso un percorso che dovrebbe invece essere per alcuni scelto, o al più consigliato:

“l'obbligatorietà della psicoterapia post formazione la considero molto poco costruttivista. Il trainee deve sentirsi libero di fare il suo lavoro personale e il didatta ha il dovere di spiegargli le ragioni per farlo”; “Il concetto di "obbligo" è inopportuno in questo contesto”; “un lavoro personale non può essere obbligatorio”; “L'obbligatorietà mi lascia piuttosto perplesso... possiamo essere noi a renderla obbligatoria al singolo (motivi clinici), a consigliarla (ansia da esposizione...), semplicemente a prendere atto che non ce n'è motivo (una persona può essere “naturalmente” predisposta ad usare l'attitudine verso di sé come strumento conoscitivo dell'altro). Se la rendiamo obbligatoria per tutti, priviamo anche l'utente di un ulteriore elemento di conoscenza di sé verso la terapia”; “Ritengo che uno spazio clinico si debba scegliere od indicare, e sia da valutare e costruire e nella relazione con i didatti. L'obbligatorietà è vero che ne sostiene l'importanza ma a mio avviso la banalizza”; “L'analisi personale è un momento formativo di importanza centrale... renderla un passo vincolante nella formazione è invece un passaggio che secondo me dovrebbe essere valutato con cura. Un'analisi vincolante può in taluni casi generare fatica, ostilità e rifiuto e quindi costituire una sorta di forzatura per il trainee. Nel caso in cui fosse obbligatoria per statuto dovrebbe avere delle caratteristiche più “garantiste” verso lo studente, come ad esempio il fatto di essere svolta solo con docenti del tutto esterni alla scuola o che hanno svolto solo pochissime ore di didattica e quindi possono garantire una sorta di protezione dell'intimità individuale”.

D'altra parte vengono portate altre motivazioni a sostegno dell'obbligatorietà della terapia personale che si focalizzano soprattutto sull'unicità del percorso di analisi per affrontare tematiche personali che possono creare difficoltà con il lavoro terapeutico:

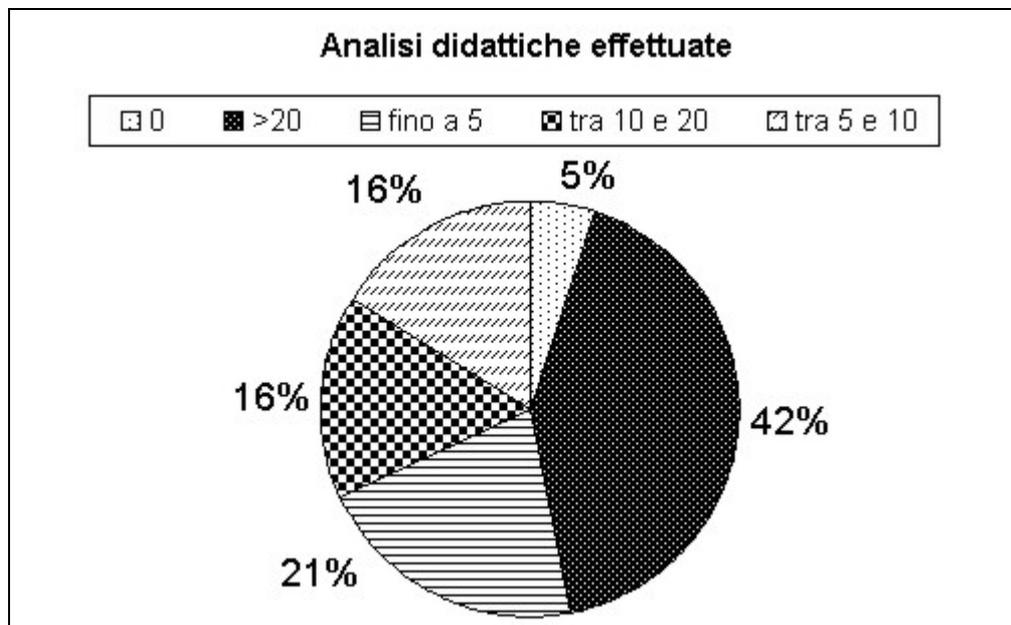
“solo con una terapia personale è possibile lavorare sulle proprie "aree sensibili", ossia andare oltre il semplice livello di consapevolezza. Ritengo che le persone più curiose farebbero comunque un percorso di terapia personale, l'obbligatorietà va ad incidere soprattutto su quelli che, se non fosse obbligatorio, non lo farebbero. Proprio per questi

ultimi, in funzione del loro benessere come futuri terapeuti, penso sia fondamentale potere (pur passando attraverso il dovere) permettersi di riservarsi uno spazio di riflessione personale. Inoltre penso che l'aver provato a stare "in poltrona" sia un'esperienza fondamentale per il futuro terapeuta che avrà la possibilità di lavorare sulla relazione con i pazienti da una visuale molto più ampia"; "Imprescindibile sia per la formazione del terapeuta sia per non confondere le attivazioni del paziente con quelle evocate dentro il terapeuta; la relazione duale è a doppio senso, entrambi i membri si perturbano e co-evolvono"; "Necessità per un terapeuta analisi e riflessione sui suoi schemi cognitivi interpersonali prevalenti e su come questi impattano sulla relazione col paziente"; "Perché le condizioni specifiche del setting consentono un approfondimento, altrimenti impossibile, di tematiche già esplorate nella formazione, e talvolta permettono l'emergere di tematiche troppo delicate per essere condivise con il gruppo"; "Ritengo sia un percorso indispensabile per poter esercitare la professione di psicoterapeuta, dove l'accento è messo su una maggior conoscenza delle proprie modalità relazionali al fine di proteggere maggiormente il terapeuta"; "Se il terapeuta è stato 'dall'altra parte' è presumibile che acquisisca maggiore conoscenza del proprio funzionamento, sia in grado utilizzare in modo consapevole se stesso come strumento e di fare le debite distinzioni fra ciò che 'è roba sua' e ciò che suppone 'sia quella del proprio paziente'".

L'obbligatorietà dell'analisi personale porta con sé talvolta il rischio che alcuni trainee affrontino il percorso senza motivazione; chiedendo esplicitamente ai didatti di valutare se hanno incontrato questa evenienza circa il 60% ha risposto affermativamente.

Spesso questo aspetto, invece di essere un limite al percorso è diventato oggetto di lavoro (*"la sua mancanza di motivazione e la sua specifica modalità di esprimerla con le modalità e lo stile caratteristico della sua struttura, ha costituito importante momento di analisi cognitiva interpersonale; lo abbiamo affrontato in terapia con ridefinizioni di indicazioni e condizioni; questo è stato il tema della TICI; mi sono focalizzato su tale aspetto esplorandone i motivi e renderli espliciti"*).

Valutando l'esperienza dei didatti come terapeuti dei trainees, circa il 60% ha avuto almeno 10 trainees in analisi personale (uno dei soggetti non ha mai fatto analisi didattiche, sostenendo la scelta di separare il ruolo di didatta da quello di terapeuta):



Chiedendo di definire in modo sintetico cosa sia l'analisi cognitiva personale emergono essenzialmente riferimenti all'incremento degli aspetti di conoscenza personale (*"approfondimento della conoscenza personale basato su temi portati dall'allievo"*; *"Mettere a fuoco i processi invarianti personali"*; *"Percorso personale atto a esercitare l'operatore al riconoscimento e alla gestione delle proprie esperienze emotive"*; *"Un lavoro volto a favorire la consapevolezza... da parte del futuro terapeuta, così da poterne tenere conto nel valutare la propria partecipazione alla costruzione della relazione terapeutica"*; *"messa a fuoco e sviluppo di altra consapevolezza nelle caratteristiche personali/relazionali del terapeuta perché siano giocate nel modo terapeuticamente più funzionale nella relazione con il paziente"*); più raramente viene evidenziato un aspetto di difficoltà da risolvere (*"Un lavoro psicoterapeutico su di sé che permetta di conoscersi di più ed eventualmente cambiare... Chi sceglie di fare il nostro mestiere qualcosa da 'sistemarsi' quasi sempre ha..."*; *"è una psicoterapia individuale a tutti gli effetti"*; *"Percorso personale che nasce dal riconoscimento di un disagio"*).

La durata dei percorsi di analisi personale è di circa 38 ore con una variabilità compresa tra le 20 e le 80 ore dove quasi a tutti i didatti è capitato di proseguire il percorso oltre le ore minime (se previste) e questa prosecuzione riguarda circa il 50% delle analisi personali (con un'ampia variabilità dove per alcuni didatti la prosecuzione è l'eccezione mentre per altri è la regola).

La prosecuzione oltre le ore minime richieste viene motivata essenzialmente dalla necessità di affrontare difficoltà o nuclei di sofferenza specifici (*"problematiche personali; affrontare problematiche personali particolarmente interferenti con l'attività di psicoterapeuta; evidenza di sofferenza non sciolta in 30 sedute; approfondire un tema emerso con un disagio significativo; problemi emotivi e relazionali dell'allievo; sofferenza personale dell'allievo; la messa a fuoco di aree ancora problematiche importanti per la professione con necessità di approfondimento ulteriore; uno stato di sofferenza del trainee e da lui riconosciuto; alcune volte sono intervenuti eventi esterni (es separazioni) che hanno*

portato specifiche difficoltà di gestione delle terapie”), si tratta quindi di uno spostamento della finalità didattica della terapia personale verso una finalità più propriamente terapeutica.

Altre volte la prosecuzione oltre le ore viene motivata con una richiesta di approfondimento di tematiche personali finalizzata ad un aumento di consapevolezza della propria modalità di funzionamento (“necessità di approfondimento di temi specifici; il semplice approfondimento della propria storia di vita finalizzata alla funzione della professione di terapeuta motiva l’allievo a lavorare più in profondità; approfondimento di temi personali; per avere il tempo di analizzare le tematiche emerse; consapevolezza dell’allievo di avere situazioni da sistemare e voler capire più di sé; quando durante la TICI sono emerse tematiche complesse che non hanno avuto la possibilità di essere viscerate nei tempi previsti”).

Un’area particolarmente interessante è relativa alla differenza tra una psicoterapia e una terapia didattica. È un aspetto centrale nell’affrontare il tema dell’analisi didattica perché chiama in causa direttamente la questione degli obiettivi che ci si propone.

Considerando un elenco di aspetti sulla cui base differenziare la psicoterapia dall’analisi personale solo il taglio didattico della stessa sembra essere utilizzabile come criterio discriminante, mentre altri aspetti non vengono ritenuti particolarmente indicativi.

Nel TICI rispetto alle terapie con i pazienti:	
a. Il setting è caratterizzato da maggiore flessibilità	2,5
b. Sono presenti più elementi/richiami didattici	3,9
c. È presente una maggiore self disclosure del terapeuta	2,5
d. C’è una propensione maggiore a trattare tematiche particolarmente delicate	1,1
e. Ti senti più sotto giudizio o sotto controllo da parte dell’allievo	1,0

scala likert 6 punti (0-5)

Chiedendo invece di rispondere ad una domanda aperta sulle differenze tra psicoterapia e terapia personale vengono evidenziati alcuni aspetti legati ad una maggiore focalizzazione sulla consapevolezza dei propri meccanismi di funzionamento (*“consapevolezza già acquisita di meccanismi di funzionamento; Valenza formativa per apprendere il ruolo di psicoterapeuta; Maggiore condivisione linguaggio tecnico/scientifico; Meno problemi clinici, più facili comunque da riformulare; Più facilità a lavorare su se stessi, più velocità in alcuni passaggi importanti della terapia; La differenza è nello scopo”), pur con lacune note critiche (“quasi nessuna, escluso un certo linguaggio condiviso; L’allievo può percepire la TICI come una parziale forzatura, non come una richiesta basata su un bisogno come accade nella psicoterapia individuale”).*

Un aspetto ulteriore, che spesso è stato oggetto di dibattito in relazione a questioni etico-professionali, è la sovrapposizione di funzioni tra il ruolo di didatta e quello di terapeuta; è un tema che vede da un lato chi ritiene tale sovrapposizione inopportuna perché mette il trainee in condizione di non essere libero di rapportarsi con il terapeuta che è poi tenuto a valutarlo rispetto alla sua competenza terapeutica, dall’altro chi non ravvisa questo rischio.

Il rischio della sovrapposizione è maggiore nelle situazioni in cui i didatti sono pochi e gestiscono gran parte della formazione mentre nel caso in cui, come nelle scuole di Como e Torino, i didatti sono molti e spesso incontrano i trainees solo 2-3 volte nel corso della specializzazione questo rischio è minimo.

L'opportunità di scegliere il didatta con cui fare l'analisi personale all'interno di un gruppo di didatti conosciuti consente almeno in parte di rendere lo stesso processo di scelta spunto di lavoro sui motivi che guidano la scelta verso un terapeuta sentito come simile al proprio modo di funzionare o differente ("voglio lui perché è molto diverso da me e mi perturba", oppure "voglio lei perché è simile a me e mi dà protezione"). In questo il trainee è avvantaggiato rispetto al paziente che generalmente non ha la possibilità di scegliere il proprio terapeuta (o ha questa possibilità solo fino a un certo punto) in quanto sull'urgenza di una situazione di sofferenza il margine di scelta è minimo o perché tale scelta non è possibile all'interno di un servizio pubblico. Questo aspetto è però uno di quelli che evidenzia la peculiarità didattica dell'analisi personale in formazione e che la differenzia dalla psicoterapia.

Nel nostro campione circa la metà dei didatti (48%) ha rivestito contemporaneamente il ruolo di didatta e terapeuta anche se nella maggior parte dei casi questa sovrapposizione è stata solo parziale data la brevità della parte didattica, limitata a una o poche giornate di formazione, in genere precedenti alla terapia personale (dal momento che generalmente le scuole cognitive richiedono la terapia personale al termine del percorso di formazione).

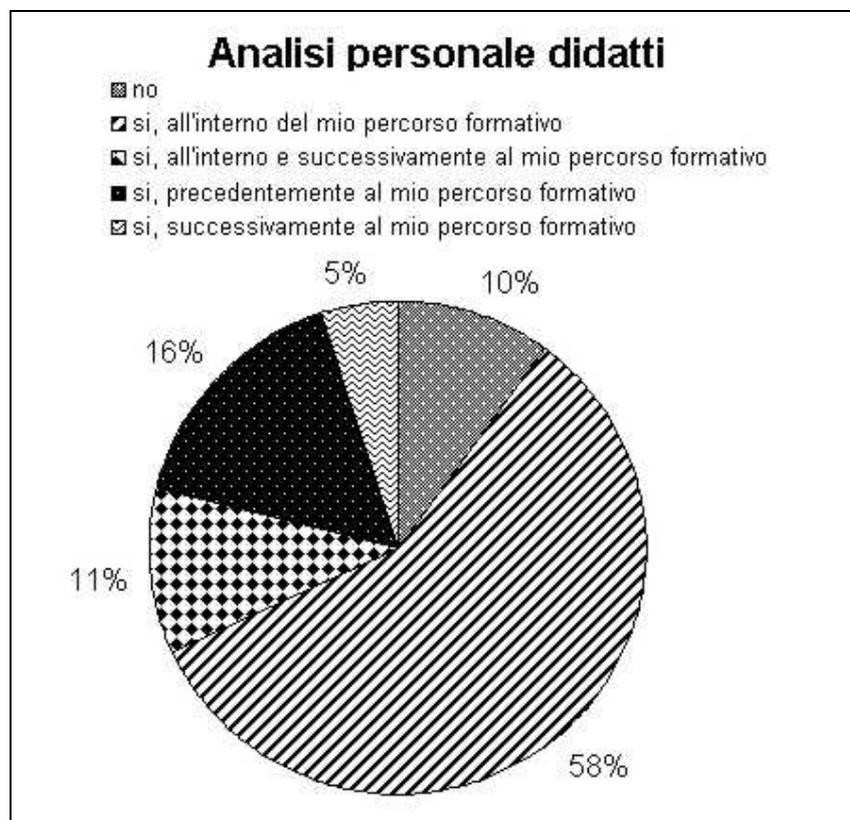
Laddove il ruolo di didatta e terapeuta personale si sono sovrapposti anche in termini di contemporaneità è stato sottolineato come i compagni fossero già a conoscenza del fatto che qualcuno di loro stava facendo l'analisi personale con il didatta e che questo non è stato fonte di difficoltà proprio perché si tratta di una parte integrante del percorso di formazione e così viene percepita. Altre volte, più raramente, coloro i quali percepivano qualche difficoltà hanno evitato la lezione con il didatta.

Questo doppio ruolo comunque viene valutato dai didatti come non problematico per sé e per i trainees.

Per te è stato causa di difficoltà?	1
Secondo te per l'allievo è stato causa di difficoltà?	1,4

scala likert 6 punti (0-5)

Chiedendo poi ai didatti di valutare la propria esperienza di analisi personale emerge come oltre la metà l'abbia fatta all'interno del proprio percorso di formazione e solo una minoranza non l'ha effettuata.



Globalmente la durata delle terapie personali dei didatti è di 36 ore, molto simile alla durata media generalmente proposta dalle scuole di area cognitiva (Bani, Strepparava, Rezzonico, 2010) e la valutazione del percorso è molto positiva.

Se si di che durata (n° sedute)?	36,0
Quanto sei soddisfatto della tua esperienza di analisi personale? scala likert 6 punti (0-5)	4,0

Certamente l'analisi didattica non è l'unico aspetto che costruisce la professionalità di un terapeuta ma costituisce uno dei componenti, insieme alla didattica frontale, le supervisioni, il tirocinio, la pratica clinica, la ricerca etc.; tuttavia ne costituisce una delle parti percepite come più importanti. Chiedendo, infatti, ai didatti di valutare su una scala likert a 6 punti l'importanza attribuita a un elenco di 13 componenti del percorso di sviluppo di un terapeuta (tratti dal *Development Psychotherapist Common Core Questionnaire*, Orlinsky e Ronnestad, 2005) la terapia personale risulta seconda solo alla pratica clinica ed è seguita dalla supervisione e da esperienze di vita personale.

Quanto ti sembra influisca ognuno dei seguenti aspetti....	...sulla formazione di terapeuta?	...sulla TUA formazione di terapeuta?
a Esperienza terapeutica con i pazienti	4,5	4,8
b Lavoro con co-terapeuti	3,1	2,6
c Partecipazione a corsi o seminari	3,1	3,2
d Richiedere supervisione o consulto	4,2	3,9
e Discussione informale di casi con colleghi	3,3	3,4
f Condizioni istituzionali nelle quali esercita	2,4	1,8
g Letture di libri o riviste inerenti la sua attività	3,3	3,5
h Osservazione di altri terapeuti attraverso audio/video registrazioni o workshop	3,3	3,1
i Aver fatto un'analisi personale	4,6	4,4
l Fornire supervisione o consulto ad altri colleghi	3,5	3,4
m Tenere corsi o seminari	3,0	3,2
n Attività di ricerca	2,1	2,0
o Esperienze di vita personale	3,8	3,8

scala likert 6 punti (0-5)

Conclusioni

L'analisi personale rappresenta un aspetto centrale nella formazione in psicoterapia cognitivo-costruttivista, come evidenziato dai dati di letteratura e dai dati preliminari relativi ad un campione di didatti SITCC presentati in questo lavoro, è tuttavia necessario raccogliere dati ulteriori che integrino la prospettiva dei didatti con quella dei trainees da un lato e che verifichino l'impatto dell'analisi didattica sui differenti aspetti della relazione terapeutica, dell'esito. Uno sforzo di ricerca in questa direzione è più che auspicabile per iniziare ad avere alcuni dati su cui riflettere.

Una seconda area da approfondire, alla luce delle prospettive differenti emerse nel lavoro, è certamente la necessità di una riflessione condivisa sul ruolo dell'analisi didattica in area cognitiva che definisca maggiormente obiettivi, modalità, limiti e alternative che mettano il trainee in grado di formarsi alla psicoterapia nel modo più funzionale ed efficace.

Bibliografia

Bani, M., Strepparava, M.G., & Rezzonico, G. (2010). La formazione in psicoterapia: un dipinto in chiaro scuro. *Ricerca in Psicoterapia/Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* (in stampa).

Bennet-Levy, J., McManus, F., Westling, B.E., & Fennell, M. (2009). Acquiring and refining CBT skills and competencies: which training methods are perceived to be most effective?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 571-583.

Boswell J.F., & Castonguay L.G. (2007). Psychotherapy training: suggestions for core ingredients and future research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (4), 378-383.

Cionini, L., Ranfagni, C. (2009). Dire, fare, imparare: un modello di formazione alla psicoterapia in ottica cognitivo-costruttivista. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 42-62.

Herschell, A.D., Kolko, D.J., Baumann, B.L. & Davis, A.C., The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: A review and critique with recommendations, *Clinical Psychology Review* (2010), doi: 10.1016/j.cpr.2010.02.005.

Mancini, F., Perdighe, C. (2010). Formazione e psicoterapia: utilità e funzioni della terapia personale nella formazione. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 26 volume 15, 1, pp. 8-27

Norcross, J.C., Karpiaak, C.P., & Santoro, S.O. (2005). Clinical psychologists across the years: The division of Clinical Psychology from 1960 to 2003. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1467-1483.

Rezzonico G., Ruberti S. (1996). L'analisi cognitiva personale nella formazione dello psicoterapeuta cognitivo. In B.G., Bara (a cura di), *Manuale di psicoterapia cognitiva*, 740-748, Torino: Bollati Boringhieri.

Rezzonico G., Bani M. (2008). Emozioni e dimensione soggettiva del terapeuta: del costruirsi terapeuta. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 22, vol. 13, 1, pp 8-21.

COME LA FORMAZIONE POST-RAZIONALISTA MODIFICA L'ATTEGGIAMENTO VERSO SÉ E VERSO IL PAZIENTE.

Monica De Marchis

Partendo dall'assunto che qualsiasi processo di formazione per essere definito tale dovrebbe modificare l'atteggiamento della persona-terapeuta, e fornire al tempo stesso, strumenti di conoscenza e di intervento su se stesso e sulla persona-paziente che incontrerà, potremmo chiederci quale è la peculiarità di una formazione post-razionalista e quali le opportunità che presenta?

Una formazione post-razionalista è naturalmente tesa, non certo ad una mera trasmissione di contenuti e nozioni, dall'alto verso il basso, dal docente all'allievo, ma allo sviluppo della curiosità di comprendere il **come**, oltre che il cosa di un processo terapeutico, attraverso un cambiamento nel modo di conoscere, di sentire e di agire innanzitutto in chi si sta formando.

All'interno di una cornice post-razionalista, l'apprendimento non riguarda la semplice rappresentazione della realtà ma la costruzione di una prassi "incisiva" su di essa, in cui l'osservatore è sempre parte integrante dell'evento osservato e la **dimensione emotiva** è parte costitutiva e irrinunciabile del processo stesso.

Da qui nasce l'esigenza di strutturare uno spazio di vero e proprio **training esperienziale**, all'interno della formazione, in cui i futuri terapeuti mettano in atto, con la guida del formatore e con la preziosa collaborazione di tutto il **gruppo**, una rilettura e una rielaborazione della propria esperienza personale, tesa alla comprensione del funzionamento psicologico nelle sue forme funzionali e disfunzionali.

Diviene così possibile utilizzare in un ambito "protetto" una stessa **metodologia** coerente e congrua con il modello teorico, tanto nella applicazione clinica quanto in quella formativa.

In tale approccio la possibilità di superare una rigida distinzione tra "sano e patologico" permette di collocarsi dentro una dimensione di lettura in cui il focus dell'attenzione è la modalità con cui ognuno di noi elabora in termini di significato personale la propria esperienza. Il "continuum tra elaborazione normale, nevrotica e psicotica" arricchisce ulteriormente l'opportunità di una prassi di intervento comune sia al contesto formativo che a quello clinico. In tal senso il modello esprime la propria unitarietà, sia quando si va a approfondire il funzionamento della persona-terapeuta che quello della persona-paziente.

Inoltre l'aspetto esperienziale saldamente ancorato al piano teorico sollecita il terapeuta ad essere chiamato dentro il processo terapeutico innanzitutto come persona, non spettatore neutrale di una conoscenza oggettiva di un paziente portatore di sintomi, ma soggetto di un **incontro**. Incontro innanzitutto tra due persone, tra due esseri umani. Forte è in tal senso quindi il richiamo al non tenersi fuori dal processo sia esso formativo che terapeutico con un rinnovato senso di responsabilità da parte del soggetto (terapeuta o paziente) nel leggersi attivo co-costruttore di senso della propria esperienza.

Già negli anni '80 quando folti gruppi di psicologi, ma soprattutto di medici e di psichiatri andavano a formarsi da Vittorio Guidano, la sperimentazione sulla propria "carne" di quanto l'esperienza umana di ognuno poteva essere letta dentro ad un continuum tra la cosiddetta normalità, nevrosi e psicosi era profondamente provocatoria e rivoluzionaria al tempo stesso, poiché venivano a cadere le barriere tradizionali, le rassicuranti distinzioni tra curatore spesso arroccato su una posizione di presunta normalità e dall'altra il paziente

portatore di presunta malattia. Guidano esortava a tener sempre presente quanto la consapevolezza da parte del terapeuta delle proprie aree problematiche, il prendersi cura della proprie parti sofferenti, l'analisi dei motivi profondi per cui si era scelta la professione di curatore fosse preziosa garanzia di competenza e onestà.

Ritengo, che ancora oggi a tanto tempo di distanza, tale posizione non abbia esaurito la sua portata innovatrice.

IL SÉ DEL TERAPEUTA E LE ABILITÀ INTERPERSONALI NELLA FORMAZIONE POST-RAZIONALISTA

Silvio Lenzi

“Proviamo una grande gioia quando possiamo comprendere senza smettere di percepire”.

S. Weil

La riflessione sulla persona del terapeuta e sulla sua rilevanza rispetto allo svolgimento e all'esito delle terapie sta assumendo un rilievo sempre maggiore in tutte le diverse scuole psicoterapiche ed anche in quelle cognitive, indipendentemente dagli specifici orientamenti. Anzi, alcuni *modelli delle abilità del terapeuta*, concepiti nell'ambito delle aree più classiche o standard del cognitivismo, sembrano addirittura fornire una nuova linfa allo studio degli aspetti legati alla soggettività del terapeuta da un lato offrendone descrizioni articolate, precise e legate a fattori osservabili, dall'altro evidenziandone la rilevanza clinica e la decisiva e capillare importanza nella realizzazione delle diverse procedure terapeutiche, anche quelle più tecniche. Rispetto all'ambito che qui interessa, quello della formazione, la proposta di modelli espliciti delle abilità del terapeuta (Bennett-Levy, 2006) ha portato ad una maggior precisazione e approfondimento delle modalità di formazione che ne favoriscono lo sviluppo e la messa in pratica.

Per poter validamente prendere in esame le pratiche della metodologia formativa post-razionalista, e in particolare la pratica che maggiormente la caratterizza, la *formazione personale in gruppo*, occorre preliminarmente dire qualcosa su quali siano gli aspetti legati alla persona del terapeuta che risultano centrali nel modello post-razionalista e che quindi vengono messe al centro del percorso formativo.

Comune agli approcci cognitivo-costruttivisti è il presupposto che il processo psicoterapico sia essenzialmente centrato sulla relazione e sulle implicazioni emozionali che si possono giocare al suo interno, “per cui diviene essenziale tematizzare, e di conseguenza fornire in ambito formativo, uno stile generale di approccio clinico che possa essere strutturalmente calibrato sulle caratteristiche individuali dell'allievo e coniugato con i bisogni che ogni relazione terapeutica, nella sua particolarità, determina” (Cionini, Ranfagni, 2009). È opinione condivisa del resto che “nelle attività ad alto contenuto relazionale l'identità sia uno strumento specifico, con valore d'uso elevato, rispetto ad attività nelle quali sono in primo piano l'identità di ruolo e le procedure” (Galli, 2009).

Accanto alla centralità della persona e della relazione, un ulteriore aspetto caratterizza l'approccio post-razionalista, candidandosi a divenire, accanto a quello della persona, l'altro polo della dialettica formativa. Tale aspetto è in qualche modo legato alla radice cognitivista dell'approccio post-razionalista. La Terapia Cognitiva nasce come modalità di lavoro sull'*attività cognitiva* nel senso di un suo monitoraggio e riordinamento (Dobson 2009) attraverso cui ottenere cambiamenti clinicamente significativi, a partire da procedure di auto-osservazione.¹

¹ Nel corso degli ultimi decenni l'articolarsi e il moltiplicarsi delle diverse procedure di intervento ha fornito risultati non solo provati dalle evidenze esterne, ma anche - e, a parer mio,

L'estensione delle possibilità di lavoro terapeutico alle modalità narrative che caratterizza l'approccio post-razionalista da un lato continua a mantenere la caratteristica di procedura esplicita (Guidano, 1991; Dodet, 1998) e formalizzabile in modo sistematico (Lenzi, Bercelli, 2010)² propria del cognitivismo, dall'altro ne modifica da una parte gli obiettivi di trattamento e l'ampiezza dei percorsi terapeutici nonché il range delle abilità utili e necessarie alla sua realizzazione introducendo appunto quelle che hanno a che fare con la persona del terapeuta.

Di conseguenza anche l'ambito della formazione cognitivista risulta investito dalla ampiezza di queste nuove formulazioni, che lo sfidano ad estendere, mantendone le caratteristiche standardizzazione e verificabilità, le formalizzate pratiche di apprendimento anche a questi nuovi aspetti dell'attività professionale.

Ecco dunque, per usare le efficaci espressioni di Galli (2009), come per l'impostazione post-razionalista si pongono l'esigenza e l'obiettivo di realizzare percorsi di formazione tra le sponde/modalità del *Training*, orientato alla perizia ed efficacia nella realizzazione di procedure, e della *Bildung*, intesa come formazione realizzata sul piano della persona³.

Gli atteggiamenti del terapeuta post-razionalista

Ci sia consentito accostarci all'esplicitazione di alcuni aspetti relativi al ruolo della persona del terapeuta riflettendo sull'esperienza una paziente trattata per un periodo di alcuni mesi da un terapeuta non proprio post-razionalista ma sicuramente esperto. Dallo studio effettuato sui diari di questa paziente dalla nipote psicoanalista (Koellreuter, 2009), emerge che, durante l'intero corso dell'analisi, il terapeuta, Sigmund Freud, non si offrì mai "come oggetto di transfert" bensì "come partner fidato del colloquio analitico, che permetteva o addirittura favoriva una aperta parificazione con lui". "Era la presenza di Freud, il suo essere nella stessa stanza che più di ogni altra cosa aveva un effetto terapeutico". Le parole avevano una importanza secondaria. "Freud era suggestivo e seduttivo e a volte anche molto attivo, ma nello stesso tempo teneva le distanze". Così senza lavorare in realtà sulla situazione

soprattutto – caratterizzati da evidenze interne, cioè legate all'osservabilità in seduta dei diversi fenomeni conoscitivi e delle loro modificazioni: le diverse modalità di azione terapeutica ottengono specifici effetti su contenuti e strutture conoscitive, che la pratica dell'auto-osservazione rende espliciti e osservabili. Questo aspetto è quello che rende a mio parere caratterizzante e per certi versi necessaria al nostro approccio la definizione di cognitivo costruttivista o cognitivo post-standard e non semplicemente costruttivista.

² È importante segnalare che di tale lavoro clinico è possibile documentare momento per momento alcuni aspetti dell'azione terapeutica attraverso il rilevamento del cambiamento delle modalità di attivazione dei sistemi di Memoria documentabile in modo standardizzato attraverso l'analisi degli equivalenti discorsivi di tale cambiamento (Crittenden, 1999). La configurazione dell'attivazione dei Sistemi di Memoria è indicativa di aspetti di funzionamento organizzativo del sistema conoscitivo.

³ Utilizziamo il termine *bildung* riferendoci al lavoro di Pier Francesco Galli, senza voler o potere allontanarci dal campo della psicoterapia e della formazione in psicoterapia e riferirci in generale alla formazione come disciplina a sé stante, seppure certi temi risultino sovrapponibili. L'enfasi che vogliamo porre è sull'aspetto della "scientificità del personale", che quindi dovrà essere legato ad aspetti precisabili esplicitamente e collegabili ad aspetti conoscitivi e comportamentali osservabili. È questo il senso di questo lavoro e la nostra inderogabile posizione.

transferale presente, era capace di creare uno spazio transferale vuoto in cui poteva interpretare – seppur in modo riduttivo o comunque legato ad una visione teorica d’altri tempi - il transfert pieno, come lo chiama Laplanche (Koellreuter, 2009, pag.164)⁴. Ci sembra che *mutatis mutandis* un aspetto analogo a questa doppia realtà della situazione terapeutica –il transfert vuoto, non analizzabile ma condizione di possibilità di tutte le operazioni terapeutiche e quello pieno, oggetto dell’analisi- risulti essenziale anche negli atteggiamenti di qualunque terapeuta compreso il terapeuta post-razionalista⁵. Infatti la complessità dell’appropriazione, tramite le particolari riformulazioni da parte del terapeuta (vedi Lenzi Bercelli 2010), dell’esperienza del paziente, pone un punto di criticità con cui è necessario confrontarsi in quanto a ben guardare richiama proprio gli aspetti di coinvolgimento personale nella relazione. Si tratta della difficoltà a realizzare una conoscenza non oggettivante dell’altro, a fronte invece della necessità di realizzare una conoscenza capace di coglierne la irripetibile unicità, restituendola poi in una comprensione condivisa. In realtà l’unicità sparisce sotto lo sguardo dell’osservatore: il soggetto colto attraverso la lente di un sistema teorico, fosse anche quello dei sistemi dinamici (e non quello dinamico-pulsionale), è certamente un individuo, ma non è più una persona (vedi Arciero, 2006). La persona appare proprio là dove il concetto di individuo o la sua appartenenza ad una categoria comune esaurisce la sua portata esplicativa e la sua potenza ermeneutica. Se consideriamo il rapporto dell’individuo con sé stesso, relativamente alla conoscenza esplicita che può avere di sé stesso, ci troviamo per certi versi nello stesso stallo. Nella dinamica intra-soggettiva il ripiegamento riflessivo in realtà inaridisce l’esperienza, la congela, privando la vita individuale della “fonte sacra” dell’esistere. “L’errore è pensare che il piombo della vita materiale debba essere tramutato nell’oro dell’esperienza vissuta” (Villa, 1989).

Se dunque è senza dubbio vero che la pratica dei dialoghi riflessivi (Siegel, 2004) e in particolare quella fondata sulla osservazione di sé (Guidano, 1995) introduce in ambito cognitivista la possibilità di “aggiornamento” e armonizzazione delle narrazioni – la guidaniana importazione di elementi pertinenti a sé dall’esperienza immediata-, dall’altro guadagnarne la possibilità di una attuazione che non sia tecnicistica sovrascrittura o effimera collusione è già per certi versi un traguardo del percorso terapeutico o comunque condizione non certo facile da realizzare. Ci dice in proposito la pragmatica linguistica che il raccontare storie, anche al di qua del suo essere sostanzialmente un fatto interpersonale, è sovente legato a specifiche azioni sociali cioè a quello che è chiamato posizionamento interattivo: si tratta dell’embeddedness (Galatolo, 2004) della narrazione con altre azioni linguistiche, che realizza una sorta di sfruttamento comunicativo dell’esperienza rendendola sfuggente, cangiante, difficilmente, se ci si passa il termine, afferrabile. La disamina di questa dimensione – da noi denominata della *convivenza* (Giannantonio, Lenzi 2009)- ci consente di

⁴ “Ebbene cosa le riservò la vita? A Zurigo al ritorno da Vienna fece le valigie, cancellò le nozze e immediatamente partì per Parigi per raggiungere il fratello. La trovò lavoro in una clinica privata e subito si innamorò del futuro marito. Si sposarono nel 1923 e rimasero insieme fino alla sua morte per sessant’anni” (Koellreuter, 2009).

⁵ Il parallelo potrebbe riferirsi ovviamente anche agli aspetti tecnici rispetto a quelli relazionali, ma ci sembra più specifico e rilevante l’aspetto relativo alla conoscenza oggettivante dell’altro.

tracciare un valido quadro dei fenomeni e dell'organizzazione conoscitiva⁶, che neanche la concezione delle organizzazioni conoscitive come weberiani ideal tipi sembra in grado di realizzare (Arciero, Bondolfi, 2009), divenendo garante a livello della singola interazione conoscitiva, attraverso il lavoro della sintonizzazione interattiva che ne consente l'apprezzamento e l'ordinamento di tutti i fenomeni, di quell'unicità e irripetibilità che è propria di ogni singola esperienza individuale.

Senza dubbio quella che è stata denominata trasparenza o autenticità del terapeuta (vedi Veglia, in questo volume) e il suo coinvolgimento radicale nella relazione con l'altro sono le condizioni del realizzarsi di quelle modalità di incontro e progressiva sintonizzazione interattiva che permettono una conoscenza dell'altro che non risulti né oggettivante sovrascrittura, né limitata comprensione empatica⁷. Riflette il terapeuta Sheldon Kopp: “la mia decisione di essere trasparente è un impegno e una lotta infinita. Non posso muovermi confidando nella forza guaritrice delle mie metafore e delle mie procedure senza essere saldamente centrato nei miei stessi sentimenti interni. Devo cominciare unendomi al paziente nel modo trasparente in cui dobbiamo camminare insieme, essendo innanzitutto trasparente a me stesso”. “Il modo più efficace di suscitare la rivelazione autentica nell'altro e dell'altro è quello di rischiare il primo passo e offrirla spontaneamente. La rivelazione di me stesso a me stesso deve precedere la rivelazione all'altro; spesso mi rivelo all'altro senza essere sicuro in che cosa mi stia immischiando. Potrei rimaner tanto sorpreso – inorridito o deliziato- quanto l'altro di fronte a ciò che emerge. Tuttavia in modo fondamentale la mia consapevolezza di quanto emerge dall'interno di me ha la funzione primaria di darmi la libertà/responsabilità di scelta circa i sentimenti che desidero o non seguire in ogni dato momento”.

Tenendo dunque in considerazione gli aspetti conoscitivi taciti della dimensione della convivenza, siamo in grado di fare nostre - senza cadere nella deriva, paradossalmente retorica, della ripetizione dei soli contenuti semantici - le affermazioni di Paul Wetson, il terapeuta della nota serie televisiva *In Treatment*: “I have to find something in each of my patient that I love. I can't treat somebody that I don't love”. Parole non certo “di burro”, congruenti e autentiche solo nell'unicità del loro proferimento situato. Che si snaturano nel momento di una intenzionale o ancor peggio normativa ripetizione.

Del resto personalmente non sono incline all'uso facile, profano oserei dire, delle parole, anzi lo trovo paradossalmente foriero dell'inesorabile inaridirsi della “fonte sacra” dell'esperienza autentica e quindi secondariamente di una autentica comprensione dell'altro. Posso però riferire quanto effettivamente accade nelle terapie che conduco descrivendolo attraverso una metafora che talora condivido con i pazienti, che è quella dell'illuminazione propria della coltivazione di bonsai: il momento di svolta –creativo e tecnico allo stesso tempo- è quando nella molteplicità delle diverse ramificazioni diviene possibile riconoscere qualcosa di nuovo, non presente fino a quel momento nella conoscenza del terapeuta né in

⁶ Tale estensione si mantiene legata all'osservabilità attraverso l'analisi della conversazione e alla possibilità di azione terapeutica attraverso la realizzazione della sintonizzazione interattiva nei diversi frame conversazionali

⁷ Ci riferiamo qui ai limiti della conoscenza in prima e in terza persona, proponendo, da una diversa ottica, una articolazione della prospettiva in seconda persona (vedi anche Stanghellini, 2007; Stanghellini et al., 2008).

quella del paziente, la figura preziosa e di inestimabile valore del bonsai che sarà quella da coltivare e curare di lì in avanti⁸.

Possiamo ora, alla luce delle precedenti argomentazioni, iniziare a definire quelli che secondo l'ispirazione post-razionalista risultano gli atteggiamenti più tipici della persona del terapeuta -in una formulazione che ci consentirà di illustrare come si possano praticare attraverso le procedure di formazione.

Il primo aspetto ha a che fare con la particolare accezione della conoscenza di sé intesa non solo come conoscenza informativa, semantica, fatta di insight su idee chiare e distinte, e neppure come funzione riflessiva, ovvero processo dinamico che coinvolge diversi sistemi conoscitivi, ma pure come funzione realizzata in un tempo e in un luogo, nel contesto specifico di una relazione interpersonale in corso - quasi che in essa il terapeuta sia primariamente e ineluttabilmente *gettato, prima ancora di essere alcunchè o chichessia*. Lo possiamo indicare, questo primo aspetto, come una sorta di disposizione pratica, sul campo, alla conoscenza di sé intrinsecamente legata alla apertura all'altro che si traduce in autentica e concreta capacità di *incontro*⁹ nel contesto di una conversazione che prima del raccontare e del documentare -attività di base proprie della terapia cognitiva post-razionalista- si struttura intorno ad un *parlare* inteso come attività sociale complessa, legata ad aspetti "intrecciati di vita umana" (Pinker 2007). Si viene a delineare in questo modo una co-costruzione della situazione di base sicura, intesa come condizione squisitamente intersoggettiva e situazionale, non predefinita da una concezione più o meno valida e avanzata da parte del terapeuta.

In secondo luogo caratterizza il terapeuta post-razionalista la capacità di mantenere un atteggiamento relazionale dinamico - dialetticamente teso tra le polarità della vicinanza e della distanza dette "affiliation" e "alignment", secondo i termini degli analisti della conversazione, nella misura in cui come già abbiamo avuto modo di sottolineare il "parlar di sé" è un "not just talking" (Pain, 2009) e quindi condizione di possibilità per la co-costruzione tramite le attività terapeutiche specifiche delle narrative personali, le "storie coerenti che convincono" alla cui costruzione le psicoterapia mirano (Holmes, 2001). Questa seconda attitudine riguarda sicuramente aspetti tematizzati nella teoria della relazione terapeutica, quali il trattamento delle rotture (Safran, Muran, 2003) e dei cicli interpersonali (Dimaggio, Semerari, 2003). Nella articolazione diacronica della distanza e vicinanza in seduta si attuano le vicende di quello che indichiamo come *posizionamento interattivo* che diventano una *metastoria che modella il dialogo* (Holmes, 2001, pag 112), aprendo il terreno agli avanzamenti terapeutici ovvero alla possibilità di condivisione focalizzata (elicitazione)

⁸ Una visione psicopatologica risulta per certi versi condizione -necessaria ma ovviamente non sufficiente- per esercitare un atteggiamento di reale interesse e quindi di comprensione per il singolo paziente, il quale atteggiamento a sua volta agisce come una sorta di attrattore delle dinamiche organizzative della conoscenza personale, che pure si realizzano attraverso diverse procedure di articolazione (vedi il successivo punto 3). Si potrebbe dunque dire che, se di amore verso i pazienti vogliamo parlare, allora un atteggiamento psicopatologicamente informato e ispirato rappresenti una sorta di atteggiamento di amore ("a sort of love") per i pazienti, una base sicura per la psicoterapia, che altrimenti rischia di perdere consistenza rispetto alla sua matrice "scientifica" in particolare rispetto alla possibilità di crescita e accumulo di "sapere esperto".

⁹ Colloquio di approccio globale al sistema conoscitivo è il termine con cui ci riferiamo alla riconcettualizzazione della moviola, nel momento in cui la pensiamo riferita ai disturbi gravi.

di temi personali (Stern, 2002) e quindi rendendo possibile l'attuazione delle procedure specifiche di articolazione delle narrative.

Infine è propria del terapeuta post-razionalista una attitudine rivolta a favorire la crescita della complessità organizzativa della conoscenza -di sé e dell'altro- attraverso l'utilizzo di procedure interattivo-conversazionali specifiche e tecniche terapeutiche specifiche, tra cui in particolare quelle di rielaborazione narrativa e riordinamento esplorativo, strategicamente orientato, delle esperienze soggettive. Ci piace ricordare come Mike Mahoney precorreva i tempi intendendo fin dagli anni '80 le tecniche come modalità ritualizzate di comunicazione, bypassando le spesso sterili contrapposizioni tra tecniche e attenzione alla comprensione della singolarità, tra fare e comprendere.

La formazione del terapeuta post-razionalista tra abilità personali e abilità tecniche

Una delle caratteristiche più interessanti dei recenti modelli cognitivisti delle abilità del terapeuta è quella di prendere in esame la molteplicità dei sistemi conoscitivi, nell'ambito dei quali si realizzano le diverse abilità. È specificamente il caso del modello DPR (dichiarativo, procedurale e riflessivo) proposto da Bennett-Levy (2006, 2007) che mira a fornire un quadro esaustivo delle abilità del terapeuta, a prescindere dal suo orientamento, a partire da una prospettiva basata sui diversi codici e sistemi conoscitivi o sistemi di elaborazione delle informazioni. Il modello, nelle intenzioni dell'autore, risulta rilevante anche a proposito delle modalità attraverso cui è possibile apprendere le diverse abilità descritte (Bennett-Levy, 2007). Gli aspetti più originali della formulazione di Bennett-Levy risultano quelli legati alla descrizione delle abilità procedurali e alla possibilità di individuare quel particolare intreccio tra sistemi conoscitivi che si realizza nelle procedure di formazione e supervisione (in particolare tra aspetti procedurali e riflessivi) e che è condizione di un apprendimento efficace. Il *sistema procedurale* risulta infatti inerente alle "abilità spesso implicite che emergono quando la conoscenza dichiarativa viene messa in pratica" (Bennett-Levy, 2006). Accanto alle abilità tecniche e concettuali che riguardano le più ovvie capacità di tradurre in "pratica" ciò che si conosce su un piano informativo, trovano spazio nel sistema procedurale le cosiddette *abilità interpersonali*, a loro volta suddivise in abilità ricettive o di ascolto, abilità attive o di comunicazione, e infine abilità relative agli schemi del sé come terapeuta e del sé come persona. L'insieme di queste abilità si configura, con il conseguimento e la maturazione continua dell'esperienza professionale, in una serie di *strategie se-allora* che permettono al terapeuta di prendere sul campo volta per volta le decisioni relative alla pratica professionale, di decidere cioè se ad un certo punto della terapia e per un certo tipo di problema sia il caso di utilizzare una determinata procedura piuttosto che un'altra o, una volta scelta, di articolarla in un certo modo piuttosto che in un altro.

Significativo è anche il modo in cui viene trattato da Bennett-Levy il terzo sistema conoscitivo: *sistema riflessivo*. Esso risulta costituito da un insieme di rappresentazioni a breve termine che può crearsi in funzione di specifici problemi che riguardano il mondo interiore del terapeuta (auto-riflessività) o l'esterno (riflessività in generale). Il sistema riflessivo si attiva infatti di fronte a un problema o difficoltà su cui ricade l'attenzione del soggetto e di cui viene costruita una più o meno dettagliata rappresentazione mentale, predisponendo alla possibilità di effettuare una gamma di operazioni cognitive mirate al fronteggiamento della difficoltà. Questo tipo di procedura – attenzione focalizzata,

rappresentazione mentale dell'ambiente e dell'esperienza, operazioni cognitive - rappresenta una sequenza che stimola il terapeuta a potenziare le proprie abilità divenendo più efficace e flessibile. Significativamente essa è utilizzata nell'approccio cognitivo-costruttivista, pur con le dovute differenziazioni relative ai contesti professionali, in ambito sia terapeutico che di formazione e supervisione.

Diventa dunque possibile, facendo riferimento a modelli di questo tipo, esplicitare meglio il razionale di una metodologia formativa e quindi, tenendo presente il tipo di abilità che mira a sviluppare, precisarne e ottimizzarne le modalità di attuazione, le situazione di setting e quindi gli aspetti concrete con cui viene attivata e praticata nell'ambito di uno specifico percorso formativo.

Di tale possibilità di articolazione e precisazione descrittiva diamo ora un breve esempio a proposito della pratica e dell'addestramento in formazione cognitivo-costruttivista alla procedura di elaborazione delle narrative personali, secondo quella modalità che è stata denominata "*simulata di seduta su materiale personale degli allievi*". Essa a nostro parere rappresenta il più originale aspetto della formazione post-razionalista e uno dei tanti innovativi contributi forniti alla nostra disciplina da Vittorio Guidano.

L'attività viene presentata agli allievi come uno degli snodi del percorso di formazione, rilevandone l'importanza nella realizzazione dei training formativi di area cognitivo-costruttivista, e anche nella vita personale dei didatti che pure hanno ricevuto una specifica formazione di quel tipo. Ne vengono poi dettagliatamente illustrati gli aspetti tecnici e le fasi della conversazione. Tali fasi o ambienti conversazionali in ambito formativo, con qualche differenza rispetto al corrispettivo clinico, risultano i seguenti: individuazione e definizione di un tema/problema, l'indagine sovra-episodica, la rievocazione di episodio, l'integrazione finale (vedi Lenzi, 2010). Senza entrare nel merito di ogni singola fase della conversazione, può essere utile rilevare alcune sue aree di confine con altre procedure terapeutiche di area cognitivista, pure applicate in ambito formativo al materiale personale degli allievi. Nella rievocazione di episodio si realizza un riordinamento dei componenti dell'esperienza soggettiva e dei codici conoscitivi per certi versi simili a quello effettuato tramite la compilazione delle schede di auto-osservazione (modello ABC in Beck, 1984; Ellis, 1990), seguendo un modello sulla struttura dell'esperienza soggettiva di matrice cognitivista. Un ulteriore aspetto di confine della "simulata di seduta" con altre procedure della terapia cognitiva quali la gestione dei cicli interpersonali e delle rotture dell'alleanza, riguarda il "posizionamento interattivo" che si realizza nella conversazione tra due partecipanti alla simulata. Si tratta di aspetti evidentemente appartenenti al livello della persona del terapeuta, rispetto ai quali viene qui realizzata una significativa "messa in gioco". Il posizionamento interpersonale è reso significativo anche dal ruolo del gruppo degli allievi del corso che, in quanto presenti in diretta alla conversazione, contribuiscono ad attivare quella serie di modalità esperienziali e comunicative inerenti alla presentazione di sé (Hutchby, Wooffitt, 1998; Bercelli, 2002), che caratterizzano in modo decisivo la conoscenza personale di ciascuno, fungendo da modulatori degli aspetti di contenuto e di elaborazione.

Tornando alle fasi di implementazione in ambito formativo della simulata di seduta, una volta presentati gli aspetti di procedura della metodologia, ne vengono illustrate e predisposte le modalità concrete e ambientali di realizzazione. Pur tenendo conto dei possibili vincoli contingenti di ogni singola situazione formativa, vanno puntualizzati alcuni aspetti di setting ritenuti costitutivi della procedura e direttamente legati allo sviluppo delle diverse abilità del terapeuta. Si comincia con la calendarizzazione delle specifiche simulate

tra coppie di allievi, che va a sancire l'impegno del singolo di fronte al gruppo e soprattutto rispetto al collega che andrà a costituire la coppia terapeutica che nel corso del quadriennio di formazione realizzerà in entrambi i ruoli di paziente e terapeuta conversazioni terapeutiche su diversi temi e aspetti del funzionamento individuale. In secondo luogo troviamo l'importanza di registrare e trascrivere i colloqui per poter poi riflettere su di essi e utilizzare i materiali disponibili in ulteriori momenti di lavoro volti a favorire l'integrazione della conoscenza personale via via emersa. Il contesto ambientale in cui si svolge la "simulata di seduta" dovrà risultare da un lato riservato alla coppia terapeuta/paziente, dall'altro legato alla presenza del gruppo. Senza entrare nel merito delle diverse possibilità tecniche di realizzazione di questa doppia opportunità (specchio unidirezionale stile terapia sistemica, stanze separate con ripresa audio-video, oppure salone doppio) rimarchiamo le caratteristiche dell'evento relazionale in questione: da un lato incontro e posizionamento interpersonale a due, dall'altro momento in cui pure il gruppo è coinvolto sia come spettatore che con modalità più attive e partecipative, quali ad esempio la possibilità di dare un contributo con osservazioni e commenti che incrementino l'attivazione delle capacità riflessive.

Il successivo momento della procedura formativa, una volta terminata realizzazione della simulata di seduta vera e propria che di solito ha durata leggermente superiore a quella di una seduta psicoterapica cioè di circa un'ora, riguarda la rilevazione, il commento e l'elaborazione del materiale emerso nel dialogo. Tale momento risulta di estrema importanza, per certi versi anche un vero e proprio completamento della conversazione stessa. Infatti si realizza attraverso il contributo del gruppo quella particolare attività propria della rielaborazione cognitivista delle narrative personali denominata *ridefinizione*, che ha come scopo il riordinamento e la rielaborazione integrativa degli aspetti conoscitivi emersi.

L'osservazione da parte dei componenti del gruppo viene organizzata in modo da consentire il rilevamento di diversi aspetti della conoscenza personale di entrambi i partecipanti (vedi Lenzi 2010). L'insieme degli elementi rilevati da ogni singolo osservatore viene condiviso in una sessione di gruppo che si conclude con un ulteriore lavoro integrativo e di sintesi realizzato attraverso la compilazione condivisa di uno schema sinottico in cui i principali elementi osservati vengono ordinati oppure tramite la formulazione da parte di ciascun allievo di uno slogan relativo all'andamento della conversazione. Si tratta di due contributi di estremo interesse seppure per ragioni opposte e complementari: il primo risulta utile relativamente alla costruzione di un linguaggio condiviso e propedeutico ad una visione esplicita e per certi versi standardizzabile dei percorsi terapeutici, il secondo risulta invece particolarmente adatto allo sviluppo del pensiero sintetico e intuitivo e ad incentivare i contributi creativi di ciascun partecipante.

Facendo riferimento al modello di Bennett-Levy delle abilità del terapeuta e dei sistemi conoscitivi, possiamo rilevare come sistemi e abilità risultino diversamente implicati e sviluppati dalle singole fasi della procedura di simulata di seduta su materiale personale degli allievi, così come indicato nella tabella 1.

FASE	SISTEMA PRINCIPALE	ABILITÀ SVILUPPATA
1. Impegno e scenario di lavoro: il calendario con le coppie terapeutiche	Dichiarativo, procedurale	Schemi del sé come terapeuta e come persona
2. L'istituzione del doppio setting ambientale	Procedurale	Presentazione e gestione di sé
3. Attivazione e gestione dei diversi ambienti conversazionali da parte di terapeuta e paziente (la simulata vera e propria)	Procedurale Messa in pratica delle conoscenze dichiarative	Abilità interpersonali attive e passive Sintonizzazione; attenzione sé/altro; riflessività in azione; Procedure-se allora
4. Osservazione guidata da parte di tutti gli allievi	Riflessivo Dal procedurale al dichiarativo	Riconoscimento delle abilità interpersonali: peculiarità comunicative e ricettive degli schemi del sé e di altre peculiarità dello stile personale
5. Descrizione sinottica e integrativa: schema e/o slogan sull'andamento della conversazione	Riflessivo	Contributo alla riflessività e alla descrizione esplicita e condivisa dei percorsi psicoterapici
6. Registrare e trascrivere le conversazioni	Riflessivo Dichiarativo (nuove acquisizioni)	Conoscenza tecnica Riconoscimento e riflessione su aspetti personali
7. Momento di integrazione delle conoscenze acquisite su di sé	Riflessivo Dichiarativo e modalità integrativa	Schemi del sé come persona e come terapeuta Competenza autobiografica

Tabella 1. Le fasi della realizzazione delle simulate di seduta su materiale personale e le abilità terapeutiche sviluppate.

Senza entrare nel merito di ogni singola fase e delle abilità in essa attivate (esaminate in Lenzi, 2010) possiamo qui osservare che l'insieme dei sistemi conoscitivi è coinvolto nella metodologia formativa in modo articolato e complesso, in una sistematica e strategica successione di interazioni.

Ad un primo livello e in un primo momento della procedura le conoscenze dichiarative¹⁰ vengono fatte oggetto di una messa in pratica, permettendo al terapeuta in formazione di articolare nella pratica le nozioni apprese a livello dichiarativo.

Il lavoro sul materiale personale nel ruolo di paziente permette inoltre di realizzare una *conoscenza di sé* articolata in un contesto dinamico e strategicamente perturbante. Infatti sia i contenuti autobiografici co-costruiti in una narrazione dialogica che l'agire e l'esperire in diretta in situazioni emotivamente coinvolgenti vengono fatti oggetto dell'attenzione riflessiva, sia a livello personale che sostenuto dal gruppo, realizzando una fitta relazione tra

¹⁰ Le informazioni procedurali sono offerte dal nostro modello in termini conversazionali quindi senza mediazioni di sorta tra il livello dichiarativo e quello procedurale, realizzando una proposta operativista alla Bridgmann. In un lavoro recente abbiamo tentato di sistematizzare le indicazioni conversazionali necessarie a realizzare i modi terapeutici della conversazione su materiale personale: Lenzi, Bercelli, 2010.

aspetti procedurali e aspetti riflessivi, ovvero lo specifico di quella modalità di formazione che va sotto il nome di self-practice/self-reflection. Si sviluppa inoltre qui l'abilità clinica e in particolare quelle abilità interpersonali attive e passive – di ascolto e di comunicazione – che si configurano nella serie di apprendimenti procedurali di tipo *se-allora*.

Infine nelle fasi finali dell'implementazione della simulata di seduta viene preso in considerazione il rapporto tra il livello riflessivo e quello dichiarativo ovvero la possibilità di generalizzare e integrare le acquisizioni riflessivamente ottenute, a loro volta inerenti l'operatività procedurale.¹¹

Conclusioni

Se da un lato, come sosteneva John Bowlby, è fortunatamente vero che “la mente come le ossa è molto incline all'autoguarigione” e che quindi il terapeuta è un catalizzatore, tramite la perturbazione che si realizza nel gioco dell'incontro tra due persone, dei processi di autoguarigione dell'individuo – la auto-organizzazione conoscitiva-, è anche vero che un tutore gessato impreciso anche solo di pochi millimetri è veramente doloroso e può provocare danni seri. Esistono strategie e strumenti terapeutici, non certo legati ad una concezione riduzionista della patologia e del cambiamento, di estrema precisione e sofisticatezza il cui uso è estremamente delicato e potente: sarebbe una responsabilità deontologica grave per una scuola non utilizzarne le potenzialità e non proporre l'apprendimento in formazione.

Abbiamo delineato gli atteggiamenti del terapeuta capace di mettersi in gioco in una relazione di trasparenza reciproca attraverso una conoscenza di sé dinamica e contestualizzata, capace di muoversi interattivamente tra le polarità della distanza e del coinvolgimento e infine capace di utilizzare procedure specifiche per facilitare l'elaborazione narrativa e il riordinamento dell'esperienza. Si tratta certo di un terapeuta che non si appiattisce su un efficientismo legato al conseguimento di obiettivi di cambiamento lineare, né di un terapeuta interpretativo che conosce già, grazie alle sue teorie e ai suoi modelli, le emozioni e le esperienze dei pazienti. Ma pure di un terapeuta che non può non essere efficiente e rigoroso nella conduzione dei dialoghi e delle diverse procedure terapeutiche, orientandole con precisione strategica alla facilitazione di processi di auto-organizzazione conoscitiva del paziente ovviamente ma anche propri.

Training o *bildung* nella formazione di un siffatto terapeuta non rappresentano più una opposizione ma due polarità in rapporto dialettico tra loro dalla cui sintesi derivano metodologie dinamiche e innovative¹² capaci di favorire lo sviluppo sistematico delle abilità personali relative ai diversi sistemi conoscitivi.

¹¹ Si realizza qui una mentalità e un atteggiamento di vera e propria ricerca sul campo.

¹² L'impostazione delineata consente di utilizzare in modo coerente e articolato metodologie formative proprie di altri approcci. Ad esempio il Training Integrativo Cognitivo Individuale (Rezzonico e Bani, in questo volume), rappresenta una versione post-razionalista dell'analisi didattica personale di origine dinamica in cui è possibile articolare pratiche e obiettivi rispetto allo sviluppo dei diversi atteggiamenti e abilità del terapeuta. Il fatto che le abilità del terapeuta si dispieghino su diversi sistemi conoscitivi rende immediatamente evidente che l'incremento della conoscenza di sé sia solo uno degli obiettivi del lavoro personale individuale, che viceversa va sicuramente a influire sulla capacità procedurale di incontrare l'altro con autenticità e di gestire a livello relazionale gli avvicinamenti e gli allontanamenti nella relazione.

Bibliografia

- Arciero, G. (2006). *Sulle tracce di sé*, Torino, Bollati Boringhieri
- Arciero, G., Bondolfi, G. (2009). *Selfhood, Identity and Personalità Styles*, Wiley-Blackwell, Chichester, UK.
- Bara, B.G., (2007), *Dinamica del cambiamento e del non cambiamento*, Torino, Bollati Boringhieri
- Beck A.T., (1984), *Principi di terapia cognitiva*, Roma, Astrolabio
- Bennett-Levy J., (2006), Therapist skills: a cognitive model of their acquisition and refinement, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 57–78
- Bennett-Levy J., Thwaites R., (2007), Self and self-reflection in the therapeutic relationship: a conceptual map and practical strategies for the training, supervision and self-supervision of interpersonal skills. In P. Gilbert and R. Leahy (Eds.), *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioural Therapies* (pp. 255–281), London, Routledge (trad. it. Eclipsi, Firenze, 2009)
- Bennett-Levy J., Turner F., Beaty T., Smith M., Paterson B., Farmer S, (2001), The value of self-practice of cognitive therapy techniques and self-reflection in the training of cognitive therapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 203–220
- Bercelli F., (2002), Identità e narrazione: di sé e di altri. In Lorenzetti R., Stame S. (a cura di) *Narrazione e identità*, Bari, Laterza, 2002
- Cionini L., Ranfagni C., (2009), Dire, fare, imparare: un modello di formazione alla psicoterapia in ottica cognitivo-costruttivista, *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 42-60
- Crittenden P.M., (1999), *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo alla Adult Attachment Interview*. Edizione Italiana a cura di G. Fava Vizziello e A. Landini, Milano, Raffaello Cortina Editore
- Crittenden P. M., (2008), *Raising Parents. Attachment, parenting and child safety*, Portland, Oregon, Willan Publishing
- Dimaggio, G., Semerari A., (2003) (a cura di), *I Disturbi di Personalità. Modelli e trattamento*. Laterza, Bari-Roma
- Dobson K.S., (2009), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, 3d Edition, New York, Guilford
- Dodet, M. (1998). La Moviola. *Psicoterapia*, 4, 13, pp. 89-93.
- Ellis A., (1990), *Ragione ed emozione in psicoterapia*, Roma, Astrolabio
- Galatolo R., (2004), La narrazione nella conversazione. (Di)mostrare l'ascolto e la comprensione. In: Lorenzetti, R., Stame, S. (a cura di), *Narrazione e identità*, Laterza, Bari-Roma
- Galatolo R., Pallotti G., (1999), *La conversazione. Una introduzione allo studio dell'interazione verbale*. Raffaello Cortina Editore, Milano
- Galli P.F. (2009), L'identità terapeutica nel regno dell'incertezza, *Psicoterapia e scienze umane*, 2009, 1, 47-58
- Giannantonio M., Lenzi S., (2009), *Il disturbo di panico. Psicoterapia cognitiva, ipnosi e EMDR*, Milano, Raffaello Cortina Editore
- Guidano V., (1987), *La complessità del Sé. Un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva*. Trad. it. Torino: Boringhieri, Torino, 1988
- Guidano V., (1991), *Il sé nel suo divenire*. Trad. it. Torino: Boringhieri, 1992

- Guidano V., (2008), *La psicoterapia tra arte e scienza*, Milano, Franco Angeli
- Guidano V., Liotti G., (1983), *Cognitive Processes and Emotional Disorders*, New York, Guilford
- Holmes, J. (2001). *Psicoterapia per una base sicura*. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2004.
- Hutchby I., Wooffitt R., (1998). *Conversation Analysis*. Polity Press, Cambridge.
- Koellreuter A. (2009), In analisi con Freud nel 1921: diario di una paziente. *Psicoterapia e scienze umane*, 2009, 2, 151-166
- Kopp, S. (1972), *Se incontri il buddha per la strada uccidilo. Il pellegrinaggio del paziente nella psicoterapia*, Roma, Astrolabio
- Lenzi S., (2009), La tecnica della moviola come rielaborazione delle narrative personali. Aspetti conversazionali e valenze terapeutiche, in *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, vol 14, N 1, pp 10-54, 2009
- Lenzi S. (2010), Le “simulate di seduta” su materiale personale nella formazione del terapeuta. Note su di un metodo complesso di apprendimento alla luce dei recenti modelli cognitivisti delle abilità del terapeuta, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 26, 2010, 1
- Lenzi, S., Bercelli, F., (2010), *Parlar di sé con un esperto dei sé. L'elaborazione delle narrative personali: strategie avanzate di terapia cognitiva*, Eclipsi, Firenze
- Lorenzetti, R., Stame, S., (2002), (a cura di), *Narrazione e identità*, Bari-Roma, Laterza
- Pain J., (2009), *Not Just talking. Conversation Analysis, Harvey Sack's Gift to Therapy*, London, Karnac
- Pinker, S. (2007), *Fatti di parole. La natura umana svelata dal linguaggio*. Trad. It. Mondadori, Milano, 2009
- Rabinow P. (1977), *Reflections on field work in Morocco*, Berkeley, University of California Press
- Safran J., Muran C., (2003), *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*, Bari, Laterza
- Siegel, D. (1999). *La mente relazionale*. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- Stanghellini G. (2007), The grammar of the psychiatric interview (Editorial). *Psychopathology* 40:69–74.
- Stanghellini G., Ambrosini A., Ciglia R., Fusilli A. (2008), *Atlante di fenomenologia dinamica*, Roma, Edizioni Magi
- Stern D. N., (2004), *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*, Milano, Raffaello Cortina Editore
- Villa L. (1989), *Esperienza e memoria. Saggio su Henry James*, Genova, Il Melango

ANALISI DELLA STORIA FAMILIARE E DELLO SVILUPPO DEL SIGNIFICATO
PERSONALE DELLO PSICOTERAPEUTA COGNITIVISTA POST-RAZIONALISTA IN
FORMAZIONE: RUOLO, MODALITA' E UTILITA'

Adele De Pascale

Abstract: Questa presentazione illustrerà anche con brani di materiali video registrati, le modalità con cui viene dato ampio rilievo, nella formazione post-razionalista dei *trainees*, alla analisi del loro materiale personale. Dopo un breve periodo di esposizione e di studio, con il gruppo, dei principali temi e contenuti teorici dell'approccio, si passa fin dall'inizio alla analisi del materiale personale, condotta in coppia tra gli allievi che si intervistano a turno: questi iniziano a raccogliere il genogramma familiare, utile elemento di contestualizzazione demografica, relazionale e di significato del soggetto, per procedere poi all'esame dei repertori comportamentali dell'evitamento, della rabbia e dello stile affettivo. L'intervista avviene alla presenza di tutto il resto del gruppo che partecipa poi all'analisi ed alla discussione per il riconoscimento delle personali organizzazioni di significato e viene anche video registrata e rivista con gli allievi per lo studio degli aspetti non verbali e taciti della relazione interpersonale.

Nella formazione dello psicoterapeuta cognitivista postrazionalista, un ruolo privilegiato è dedicato allo studio ed all'analisi degli aspetti personali del *trainee*: l'obiettivo è la ricostruzione del materiale personale di ognuno.

A parte la formazione di orientamento psicodinamico, che da sempre teorizza la necessità dell'analisi personale del terapeuta (2,10,14) – argomento che come saprete occupa da qualche tempo anche un folto dibattito fra i didatti della SITCC - e nei training di terapia familiare, nei quali è prevista la riflessione e la esposizione delle tematiche relazionali e familiari dell'allievo, la maggior parte dei training di vario orientamento non dedicano a questi aspetti un grande interesse, limitandosi al più ad invitare gli allievi ad avviare anche un percorso di "psicoterapia" personale, spesso incuranti della scelta, molte volte anche teoricamente ed epistemologicamente contraddittoria con la formazione in corso.

Chi adotta un approccio cognitivista post razionalista, ovvero un approccio evolutivo orientato in termini di processi sistemici complessi, e tanto più la sottoscrive, che fin dall'inizio della propria formazione ha seguito un addestramento prima ed una pratica clinica e didattica poi, sia cognitivista che relazionale, crede invece che il lavoro sul materiale personale dell'allievo debba fare sostanzialmente parte del periodo e del contesto della sua formazione professionale; crede altresì che questo sia indispensabile soprattutto perché, per fare questo lavoro, al terapeuta occorre una buona conoscenza di sé e non solo perché la professione di psicoterapeuta minaccia spesso l'equilibrio personale o spinge facilmente il terapeuta al *burn out*, ma soprattutto perché altrimenti in terapia non si notano molte cose, infatti ogni terapeuta vede solo quello che sa di sé. Se uno è ipocondriaco e inconsapevole di esserlo è difficile che riconosca un paziente ipocondriaco come tale, ciò che vede è assolutamente normale, ma anche se uno non ha elaborato la propria demarcazione dalle figure genitoriali, o non ha completato i propri processi di svincolo dalla famiglia di origine, o se ancora non è consapevole del proprio stile affettivo, e così via, avrà difficoltà a riconoscere nel paziente problematiche simili o peggio ancora non sarà in grado di formulare

con lui strategie per intervenire sulle stesse. Il nostro è un lavoro che presenta un certo e risaputo rischio emotivo per l'equilibrio del terapeuta, non è un lavoro facile, comporta molti problemi e fatiche sul piano personale, per lo più sulla gestione delle proprie emozioni: se il terapeuta non le riconosce, o le tiene da parte mantenendo un eccessivo distacco dal paziente, non entra in sintonia con lui, non costruisce la relazione terapeutica più utile e adeguata; deve basarsi sulle proprie emozioni per lavorare, ma non può farlo per pensare a sé come è naturale per ogni persona, per la quale una volta attivata una significativa reazione emotiva, questa fornisce informazioni sul proprio modo di funzionare e richiede e merita tutta l'attenzione personale; il terapeuta in questa fase di attivazione emotiva, continuamente sollecitato, dovrà utilizzare le sue emozioni, per lavorare con e per il paziente (3). Quindi ci sembra indispensabile, andando a fare un lavoro di "trincea", come diceva Vittorio Guidano, che si faccia per il terapeuta allievo anche una sorta di addestramento a sopravvivere, oltre che a saper lavorare; il terapeuta deve sapere come è fatto, come reagisce, come certe cose lo colpiscono e altre no, altrimenti va a fare un lavoro pericoloso completamente sguarnito, con il rischio che o non fa il lavoro che deve fare, per non ferirsi, o se lo fa, lo fa male, ferendosi ma anche facendolo e facendo male.

Molteplici sono le testimonianze tratte dalla letteratura (5,6) che dimostrano l'utilità della formazione personale del terapeuta da un punto di vista strettamente professionale. Numerosi sono gli studi sul terapeuta (8,12), chi è, che caratteristiche possiede, e quali sono i fattori importanti nella formazione. Uno dei fattori più significativi, riconosciuto da uno studio fatto diversi anni fa, riguarda la ricostruzione del materiale personale dell'allievo, durante il training (3).

Negli USA sono stati condotti parecchi studi sull'argomento e alcuni di questi, appartenenti ad un unico filone, identificavano e differenziavano i fattori o più variabili nella formazione dei terapisti "talented" dai "non talented" (6,8,12). Da questi studi venne fuori che quelli "talented" avevano iniziato il training di formazione con un indice apprezzabile di psicopatologia personale. Nel corso della formazione, con la ricostruzione del materiale personale, sono andati incontro ad una riorganizzazione della psicopatologia personale che ha coinciso con l'apprendimento durante il training.

Quindi gli psicoterapeuti "talented" avevano questo pattern formativo pressoché costante, e questa è un'altra indicazione sull'importanza di fare un lavoro su di sé non solo allo scopo di difendersi dal rischio personale ma anche per garantire un certo livello di qualità della professionalità.

Nel nostro modo di condurre un training, nel corso del primo anno, subito dopo la fine della esposizione degli aspetti teorici, iniziamo riproponendo la ricostruzione della dimensione della vita attuale di tutto il gruppo di *trainees*, compreso il terapeuta, che si espone tanto quanto i suoi allievi. Questo avviene inizialmente con la costruzione di alcune tappe "artificiali" in quanto create a scopo puramente didattico: ovvero l'intervista a coppie eseguita da tutti i *trainees* nel ruolo di terapeuta una volta e poi di paziente la volta successiva. L'intervista avviene alla presenza di tutto il resto del gruppo, che partecipa poi all'analisi ed alla discussione per il riconoscimento delle personali organizzazioni di significato, e viene anche video registrata e rivista con gli allievi per lo studio degli aspetti non verbali e taciti della relazione interpersonale.

La prima intervista inizia con la ricostruzione del genogramma familiare (4,11).

Di solito questo – come accade poi realmente all'inizio di una psicoterapia - è il momento opportuno, prima di affrontare direttamente il disagio personale vero e proprio, o

nel nostro caso prima di entrare bruscamente nei contenuti personali, di raccogliere i dati demografici, anamnestici, familiari, che riguardano la persona e di comporre così un quadro generazionale – il genogramma- (di solito tre generazioni: figli, genitori, nonni) nel quale di lì a poco potremo contestualizzare le caratteristiche socio culturali, la composizione familiare, le origini geografiche, le attività lavorative, lo status socioculturale ed economico di appartenenza, la familiarità per malattie, gli eventi di vita significativi – come lutti, distacchi, matrimoni, nascite etc. – che qualificano la situazione relazionale, esistenziale, affettiva, della persona con cui stiamo parlando.

Questa fase è finalizzata a raccogliere le informazioni relative alla storia del *trainee*/paziente/famiglia, che si possano in modo congruo integrare con quelle di tipo medico (come l'anamnesi fisiologica e quella patologica e psicopatologica prossima e remota). Sarà così necessario raccogliere dati riguardanti la nascita, lo sviluppo, le eventuali malattie personali o di qualche familiare, che insieme con eventuali eventi di vita hanno certamente contribuito alla qualità ed alle modalità con cui la persona stessa costruisce i suoi significati e le personali letture del mondo, né più né meno di come si fa in terapia. Seppure ciò possa sembrare complicato ed oneroso, di fatto non lo è, ma anzi è spesso considerato dal paziente e dalla sua famiglia una garanzia dell'interesse e della serietà con cui l'operatore si accinge a conoscere, e quindi a comprendere con esattezza e competenza, i problemi che gli vengono presentati. Nel nostro caso, in un contesto prettamente didattico serve ad esercitarsi a fare ciò che va fatto nel primo colloquio ma anche ad iniziare una conoscenza della situazione personale del *trainee*. Tutti questi dati riguardanti lo sviluppo e la storia della persona, vanno qui raccolti brevemente, ovvero in modo da segnare ad un primo sguardo le tappe e gli eventi significativi, sui quali si tornerà eventualmente, in un momento successivo, qualora se ne ravvisi la necessità e qualora si siano presi accordi per trattare questo materiale in termini specificatamente psicoterapeutici.

Raccogliere l'anamnesi o la storia dell'allievo come pure del paziente o di ciò che lo ha portato al disagio che si va analizzando, dunque non è un fatto semplice (5). Bisogna tenere conto che il paziente o la sua famiglia forniscono resoconti che sono stati già elaborati, sulla base di interpunzioni attraverso le quali chi racconta i fatti è già entrato nel merito di quei fenomeni, ovvero ha attribuito agli stessi i propri significati, li ha in qualche modo costruiti sulla base della propria personale coerenza. Chi raccoglie i dati, inevitabilmente li mette insieme a suo modo recependo non certo "esattamente" ciò che la persona ha raccontato, bensì quello che ognuno ha colto dal suo racconto. Ed è sul personale ed iniziale modo di vedere di ognuno che inizia il lavoro didattico e di supervisione e addestramento.

Le caratteristiche dunque, di ogni narrazione personale (15) sono particolarmente significative: i contenuti, la qualità degli stessi, se sono ordinati o confusi, elementari o raffinati, concreti o astratti e così via, nell'insieme stanno ad indicare - oltre agli oggetti di analisi propri della psicologia cognitiva, soprattutto i significati, come pure i miti, le relazioni, i rapporti, le gerarchie interpersonali – di interesse più dichiaratamente familiare-sistemico – propri della visione del mondo del paziente. Ma insieme con tutto ciò, è bene che l'allievo diventi sempre più consapevole, di come e da cosa viene colpito dal racconto che raccoglie, ovvero del suo stesso personale modo di attribuire significato e di ordinare gli eventi, ecco perché alcune riflessioni e consapevolezze di ordine epistemologico sono imprescindibili da una corretta pratica clinica.

Sarà dunque indispensabile avvalersi delle informazioni provenienti dallo studio e dalla analisi della comunicazione e dei sistemi relazionali e familiari integrate con quelle

provenienti dagli studi cognitivi, che specificano il funzionamento e la costruzione delle personali modalità di conoscenza: le percezioni, le emozioni, le rappresentazioni, le fantasie, i sogni ad occhi aperti, le memorie, le aspettative, le valutazioni, i giudizi e così via, ovvero tutto quanto attiene agli ambiti cognitivi, inteso e osservato con una competenza comunicazionale e sistemica, ovvero che renda conto e spieghi come tutti quegli elementi abbiano trovato la loro unica e originale organizzazione sistemica individuale.

E' importante dunque, oltre a come sono andati i fatti esterni, soprattutto come sono andati i fatti interni, ovvero come la persona (che riferisce e quella che raccoglie) li ha organizzati e assemblati.

L'aspetto più significativo di quanto detto sta nel riconoscere al punto di vista interno del paziente, espresso dalle caratteristiche del suo resoconto, un ruolo altrettanto importante che quello da sempre attribuito all'esperto, perché la diagnosi, la cura, la terapia, avvengono attraverso l'integrazione dei punti di vista, delle due diverse letture. Non una che viene dall'alto o da lontano o che si impone ad un'altra, ma una ricostruzione reciproca, integrata, dei significati attribuiti da entrambi a quello che è accaduto e a ciò che sta accadendo (13).

Come affermava Einstein "nella misura in cui le leggi della matematica si riferiscono alla realtà non sono certe. E nella misura in cui sono certe, non si riferiscono alla realtà", non esiste la possibilità di avere un metodo che ci porti alla verità assoluta, ma andiamo sempre verso approssimazioni della verità, assumendo, nella migliore delle ipotesi, una sorta di "oggettività" tra parentesi, come ricorda H.Maturana che afferma che "tutto quanto è detto, è detto da un osservatore" (9).

Fondamentali dunque non sono tanto i fatti in se e per sé ma il significato che le persone attribuiscono ai fatti.

Nel training questa raccolta che parte dal genogramma prosegue con la raccolta di una sorta di storia familiare, a volte a cominciare dai nonni, certo dai genitori per giungere alla raccolta dei contenuti che riguardano la storia di vita del *trainee* fino al momento presente.

Terminato il giro di reciproche interviste, nelle quali il materiale personale di ognuno è più conosciuto da tutto il gruppo ed ogni allievo è diventato più abile nel condurre tale raccolta anamnestica e comincia con più facilità a "vedere" gli aspetti taciti di ogni resoconto e relazione, ricomincia il giro di interviste reciproche tra coppie di allievi, questa volta mirate ad approfondire alcuni aspetti specifici, esattamente come si procede anche in terapia mostrando e sperimentando come tali approfondimenti siano utili all'assessment ed alla diagnosi e con questa alla costruzione sempre più adeguata della relazione terapeutica.

Tali aspetti specifici sono i repertori comportamentali della rabbia, dell'evitamento e dello stile affettivo, ovvero lo stile aggressivo, come ognuno di noi si arrabbia, come viene espressa la rabbia, o la paura o le modalità di costruzione mantenimento e rottura delle relazioni affettive.

Questo è utile perchè fare un'indagine su un repertorio attitudinale/comportamentale attuale, che sia però specifico, ci consente di avere uno schema, una traccia di costruzione di un' intervista.

Nella fase successiva si affronterà la dimensione di vita attuale. Qui troveremo le difficoltà maggiori perchè in questo ambito non è possibile fare uno schema. Si parte ricostruendo quello che è il problema o il tema esistenziale attuale, così come la persona lo avverte senza uno schema dato. Ci deve quindi essere già un minimo di abilità a cogliere il filo del problema che la persona porta e iniziare a svolgerlo.

Successivamente si giunge – sempre con il metodo delle interviste a coppia, alla ricostruzione dello stile affettivo. Qui ci stiamo ormai rivolgendo a contenuti ed esperienze che riguardano un passato o passato prossimo: si inizia con la pubertà e l'adolescenza e si arriva sino ai giorni nostri ricostruendo proprio qual'è il modo in cui una persona ha strutturato i suoi rapporti affettivi significativi. Si ricostruiscono, di ogni rapporto significativo, le fasi principali ovvero le fasi di formazione, mantenimento e rottura del legame affettivo, che sono quelle in cui le reazioni ed i vissuti emotivi sono meno modificate dalle rielaborazioni cognitive, ed attraverso le quali si esprime più che altrove l'identità e l'organizzazione di significato personale di ognuno.

L'ultima parte, che è quella dell'ultimo anno e che è anche la parte più interessante, ma pure la più complicata tecnicamente, è la ricostruzione della storia di sviluppo che va da zero anni fino alla giovinezza.

Come potete osservare queste fasi della ricostruzione del materiale personale dell'allievo ripercorrono più o meno le stesse fasi del lavoro terapeutico vero e proprio.

Questo è il primo versante applicativo, che si riferisce al materiale personale, mentre l'altro versante applicativo è costituito dalla supervisione ai casi clinici.

Questa, si centra sull'inquadramento e sul riordinamento in termini del modello che stiamo seguendo, dei casi clinici proposti dai *trainees* (spesso da loro video registrati o se possibile seguiti a volte in diretta dietro lo specchio unidirezionale, oltre che resocontati - 1,7); proponendo le indicazioni di strategia terapeutica ai casi che poi, negli incontri successivi, possono essere seguiti anche a distanza di tempo; la supervisione non si distanzia mai dalla discussione e dal ruolo svolto, nella conduzione della terapia, dal materiale personale dell'allievo.

La supervisione infatti più si va avanti più diventa meno tecnica o concretamente strategica per divenire sempre più centrata sulla reciprocità relazionale che con i suoi personali significati il terapeuta tende ad instaurare col paziente.

Bibliografia

- 1) Berger M.M., Videotape Techniques in Psychiatric Training and Treatment, Brunner-Mazel Publ., New York, 1978.
- 2) Gabbard GO, Ogden TH. On becoming a psychoanalyst. *Int J Psychoanal.* 2009 Apr;90(2):311-27.
- 3) Guidano V.F. La psicoterapia fra arte e scienza (a cura di) Giovanni Tutolo, Franco Angeli, Milano 2008
- 4) Gurman A.S., Kniskern D.P., Manuale di Terapia della Famiglia, Bollati Boringhieri, Torino, 1995
- 5) Karasu TB. The advanced practice of psychotherapy. *Harv Rev Psychiatry.* 2001 May-Jun;9(3):118-23
- 6) Herschell AD, Kolko DJ, Baumann BL, Davis AC. The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: a review and critique with recommendations. *Clin Psychol Rev.* 2010 Jun;30(4):448-66. Epub 2010 Mar 1.
- 7) Liddle H.A., Breunlin D.C., Schwartz R.C., Handbook of Family Therapy Training and Supervision, The Guilford Press, New York, 1988

- 8) Machado PP, Beutler LE, Greenberg LS. Emotion recognition in psychotherapy: impact of therapist level of experience and emotional awareness. *J Clin Psychol.* 1999 Jan;55(1):39-57.
- 9) Maturana H, Varela F *Autopoiesi e Cognizione* Marsilio Venezia 1985
- 10) Meyer JK. Training analysis and reanalysis in the development of the psychoanalyst. *J Am Psychoanal Assoc.* 2007 Fall;55(4):1103-28.
- 11) Montagano S., Pazzagli A., *Il genogramma*, Franco Angeli, Milano, 1989
- 12) Norcross JC. The psychotherapist's own psychotherapy: educating and developing psychologists. *Am Psychol.* 2005 Nov;60(8):840-50.
- 13) Rosenblatt PC. Providing therapy can be therapeutic for a therapist. *Am J Psychother.* 2009;63(2):169-81.
- 14) Sublette ME, Novick J. Essential techniques for the beginning psychodynamic psychotherapist. *Am J Psychother.* 2004;58(1):67-75.
- 15) Veglia F., *Storie di vita* Bollati-Boringhieri 1999

PRENDERSI CURA DELL'OSSERVATORE
E' POSSIBILE UNA FORMAZIONE ED UN TIROCINIO "NON RAZIONALISTI"
NEI SERVIZI PUBBLICI?

Giovanni Cutolo

*La conoscenza è l'incontro tra una coscienza
individuale, umana e l'informazione,
è la trasformazione di questa informazione
in qualche cosa di personale, un modo di agire,
di rapportarsi agli altri intorno a sé*
Tzvetan Todorov (Intervista -La Stampa 8-5-2010)

UNA FORMAZIONE PSICOTERAPEUTICA NEL SERVIZIO PUBBLICO

I Servizi di Salute Mentale costituiscono oggi uno dei terreni più fertili nei quali ci si possa formare per chi intenda apprendere la psicoterapia. Essi poi rappresentano il luogo di lavoro per molti operatori non "psico", che vivono a diretto e continuo contatto con la follia, ad ai quali si richiedono competenze conoscitive, relazionali e affettive, in assenza delle quali è molto alto il rischio di malpractice (verso gli utenti) e di burn-out (per loro).

Come ben riassunto nella frase iniziale di Todorov, penso che la possibilità di una formazione "non razionalista" degli operatori di un Servizio di Salute Mentale si differenzi nettamente da una formazione puramente "informativa" derivante dall'accumulo di nozioni slegate dall'esperienza emotiva che si fa quotidianamente. Essa appare facilitata da un ambiente "base sicura" nel quale vengano garantite condizioni di sicurezza emotiva a partire dalle quali l'operatore venga incoraggiato alla conoscenza dell'altro, dei suoi meccanismi mentali e relazionali, attraverso un atteggiamento che stimoli la sua curiosità (Reda, 1986, Bowlby 1988). Allo scopo partirò da alcune intuizioni di Vittorio Guidano sul tema delle *emozioni del terapeuta*, suscitate in lui dalla relazione col paziente (Butera e Cosentini, 2006), trasportandole in un altro setting, quello del Servizio pubblico. In questa direzione la formazione:

- presta all'osservatore-operatore la stessa attenzione che viene data all'osservato-paziente, in quanto soggetto-oggetto di indagine e di "manutenzione" per il lavoro usurante che fa.
- segue l'andamento e le regole che si usano in una psicoterapia, con la stessa attenzione alla soggettività della persona (in questo caso l'osservatore-operatore) e ai suoi processi affettivi seguendo una modalità "processuale".
- fa questo a partire dalla messa a fuoco dei *processi "taciti" di interazione* tra il Sistema-Osservatore (l'operatore-Servizio) e il Sistema-Osservato (il paziente e la sua famiglia).
- In senso operativo la formazione sia degli operatori di base (infermieri, educatori, ecc.) che quella degli psicologi e psichiatri, è centrata sulla riflessione di quanto

accade nell'attività quotidiana del servizio, quindi innanzi tutto su quanto osservato nel paziente e nella relazione con lui, poi sulle ripercussioni che la relazione ha sull'operatore stesso. Le due situazioni, quella esperienziale e quella riflessiva non possono essere disgiunte, così come è opportuno che procedano insieme la riflessione sul paziente e quella sull'operatore.

Le emozioni del terapeuta

Guidano ci parlava, in alcuni dei suoi interventi "orali", degli aspetti perturbativi che la relazione terapeutica innesca nella persona del terapeuta e divideva queste emozioni in due tipi.

Un primo tipo sono quelle originate dal contesto terapeutico che a sua volta divideva in difficoltà tecniche e quelle derivanti da atteggiamenti del paziente. Le emozioni generate dal contesto terapeutico sono quelle più comprensibili e affrontabili e comprendono quelle che chiamiamo "i giochi relazionali": nel contesto pubblico si lavora su queste perchè possono generare le situazioni di impasse più difficili, quando non una stabilizzazione della condizione psichiatrica (cronicità). Pensiamo a quanto succede con pazienti c.d. borderline, capaci di innescare in un Servizio le dinamiche più estreme, dall'inclusione incondizionata della persona all'esclusione pregiudiziale.

Un secondo tipo di emozioni perturbanti, più complesse, sono quelle che Guidano individuava come originate dalle risonanze della propria storia personale con quella del paziente, che non insorgono a causa del contesto terapeutico ma per la storia personale del terapeuta. Emozioni di cui non si può parlare in terapia perchè non possono essere utilizzate in quanto non hanno nulla a che fare con il problema del paziente, e se questo viene fatto con una apertura personale (*self disclosure*) non calibrata sul timing e sul livello di consapevolezza del paziente, possono danneggiare l'andamento della relazione.

Quello che è più interessante è che le emozioni di questo secondo tipo possono generare quella che Guidano ha chiamato una "consapevolezza vicaria" ovvero una consapevolezza che non si basa sull'esperienza propria del terapeuta, della sua vita reale, ma è mutuata dalla conoscenza delle situazioni di vita altrui, costruita sulla sua attitudine a ricostruire le esperienze degli altri senza poterle vivere direttamente.

E' questo fenomeno che sta alla base di conseguenze negative sul terapeuta, come la spersonalizzazione e l'esaurimento emotivo (*emotional depletion*).

Ogni aumento della consapevolezza non supportato dall'esperienza effettiva personale, va fatalmente a scapito dell'immediatezza, rischia di far diventare il terapeuta un'esperto nel manipolare le proprie emozioni, uno bravo a spiegare, un professionista del distacco, un esperto del "come se" .

Questi problemi, che fino a pochi anni fa erano di pertinenza degli psicoterapeuti, cominciano ad interessare gli operatori dei Servizi pubblici, se essi si pongono l'obiettivo di entrare in una relazione trasformativa del disturbo e non di semplice contenimento, assistenza e controllo della sintomatologia.

In genere nel lavoro di formazione degli operatori, anche in quello più accurato, viene considerato il primo tipo di difficoltà, quello innescato dai giochi relazionali del paziente grave, psicotico o borderline. Gli aspetti emotivi elicitati dalle risonanze della propria storia con quella del paziente risultano difficili da affrontare, ma è evidente che sono quelli che determinano, più degli altri fattori, la capacità di una risposta terapeutica efficace ed insieme

di “tenuta” dell’operatore. Nonostante questo per gli operatori dei Servizi, malgrado la carenza (a volte assenza) e la difformità di “precedente” formazione psicologico/psicoterapeutica, è più facile che si creino occasioni di incontro e di confronto in cui è possibile “considerare” questo tipo di emozioni (Cingolani 2006). In questo lavoro cercherò di mettere a fuoco alcune delle caratteristiche che si possono creare nel contesto pubblico, derivate dall’esperienza fatta nel Servizio di Massa Marittima Follonica da me diretto.

Differenze tra contesto privato e pubblico

L’approccio post-razionalista mette a fuoco il comportamento della persona interfacciandolo con le sue modalità narrative, con una considerazione simultanea del livello tacito (comportamento) con quello esplicito (narrazione), intervenendo su “*come la persona si racconta ciò che le accade*” (Guidano 2008). Nel Servizio pubblico c’è un notevole aumento del carico emotivo degli operatori dovuto alla loro frequentazione del paziente all’interno di contesti di vita reale, senza la protezione istituzionale come quella fornita dall’Ospedale Psichiatrico. Rispetto ai contesti duali psicoterapeutici, l’osservazione è notevolmente più ampia: essa si estende a come la persona si racconta ciò che le accade, in una situazione in cui quello che le accade, e come se lo racconta, può essere osservato e monitorato *in diretta dal vivo, con continuità e per lunghi periodi di tempo, da più osservatori in diversi contesti di vita.*

All’interno di questi contesti, più e meglio che all’interno di uno studio di psicoterapia, è possibile osservare in maniera “etologica” il comportamento della persona e allo stesso tempo ascoltare, sollecitandolo, il resoconto di questa esperienza nei *tempi* che possono essere più sintonizzati sulle possibilità della persona (*timing*) e nei *modi* che possono essere adattati alle sue caratteristiche di personalità.

La differenza col setting tradizionale duale non è tanto che i dati di osservazione siano di per sé più significativi, ma nel fatto che essi sono più concreti e più pregnanti emotivamente per l’osservatore, oltre ad essere più variegati, e complessi. La persona che vive in diretta la sua crisi, sia che essa si esprima con modalità psicotiche di rottura del *common sense*, sia che si manifesti con atteggiamenti relazionali oppositivi-acquiescenti, provocatori-autistici o esplosivi, investe con questa drammaticità l’emotività dell’osservatore-Servizio. Al massimo delle opportunità di osservazione corrisponde un altrettanto grande possibilità di usura emotiva. In assenza di un adeguato assetto organizzativo volto alla “messa in sicurezza emotiva” dell’operatore (che è compito specifico della formazione), il Servizio pertanto metterà in atto strumenti codificati socialmente (culturalmente e professionalmente) per arginare gli effetti di questa usura, riducendo la visuale di osservazione.

Da una parte per l’osservatore-operatore, questo comporta una esclusione percettiva dei dati emotivamente insostenibili con il conseguente intervento di contenimento, ovvero la creazione di un ambiente che escluda gli atteggiamenti socialmente dirompenti annullandoli con modalità farmacologiche o ambientali.

Dall’altra per l’osservato-paziente questo comporterà non solo l’esclusione di questi dati informativi su di sé, ma anche la convinzione tacita che sia sbagliato farlo.

Si crea così una *strana alleanza anti-osservativa*, volta a cancellare non solo nel presente, ma anche nella possibilità di raccontarla poi, l’esperienza perturbante, confermando implicitamente l’inutilità e la pericolosità di un lavoro narrativo di riconfigurazione

dell'esperienza. Quello che nel momento di crisi può essere un atteggiamento opportuno e a volte necessario di sollievo immediato dall'ansia (per entrambi gli attori), se prolungato nel tempo può diventare una strategia consolidata di evitamento di una esplorazione “narrativa” dei temi critici.

Parte di questo problema è quello che chiamo il *fenomeno del “va tutto bene!”* frequente nei contesti istituzionali, nel quale l'operatore di base tende, per reciproco e tacito accordo con le figure mediche, ad ignorare attivamente quelle informazioni pregnanti e significative che potrebbero “ri-contestualizzare” il comportamento psicotico e fornire elementi di comprensione su eventi che avvengono durante la permanenza in SPDC, Centro Diurno o durante la visita domiciliare.

La durezza e la intensità di queste misure di “contenimento” che io chiamo “automatismi burocratici di risposta” sono direttamente proporzionali alla incapacità del Servizio, nel suo insieme e nei singoli operatori, di comprendere, elaborare e gestire dentro di sé le emozioni suscitate nella relazione (Cutolo 2005,2008a,2008b). L'intensità di risposte contenitive è regolata anche dalla povertà e inadeguatezza delle strutture materiali di accoglienza e infine anche dalla assolutizzazione, da parte dell'osservatore-Servizio, dei sistemi nosografici (ICD,DSM) assunti come unica guida (*linee-guida*) per l'azione. Per inciso, mi preme fare una piccola precisazione semeiologica sul significato che ha assunto il termine winnicottiano “contenimento” o meglio sull'uso che si è fatto di esso, nella pratica clinica, come modalità che punta (nel migliore dei casi, ovvero quando non sia un termine eufemistico per chiamare pratiche meno eleganti come la contenzione) a ripristinare un senso di sicurezza attraverso il controllo sintomatologico finalizzato principalmente ad una “esperienza emozionale correttiva”, presupponendo che ci sia un ordine oggettivo che è stato violato cui la persona debba essere riportata. Io ritengo preferibile il termine bowlbyano “base sicura”, nel quale le misure di sicurezza e di controllo sintomatologico sono finalizzate dinamicamente ad una ripresa della attività esploratoria (Cutolo e Coscarella 1991, Cingolani 2006).

Credo che in questo senso ci sia una vicinanza tra quello che chiamiamo approccio direttivo “razionalista” nel setting psicoterapeutico e un approccio “normativo” tipico dei setting istituzionali. Essi sono accomunati dal porsi del terapeuta e dal Servizio come detentori della verità oggettiva, nel primo caso come “colui che sa” e nel secondo come “colui che detta le regole di comportamento”, detentori entrambi di una verità/posizione “oggettiva”. Modalità questa che nel caso del Servizio può travalicare la funzione, opportuna, propria del suo ruolo di mediazione sociale che gli richiede di farsi garante nel creare un ambiente sociale condivisibile (e quindi limitando correttamente i comportamenti “psicopatologicamente eccessivi”), quando arriva ad invadere la sfera della soggettività anche su aspetti che dovrebbero e potrebbero essere contrattabili. Parafrasando Guidano, che si riferiva ad un setting psicoterapeutico duale, il paziente non può che porsi in un ruolo passivo, *primo perché egli non sa quale sia la razionalità della terapia* o dell'ambiente terapeutico nel quale si trova, *secondo perché spesso non esiste proprio una strategia conoscibile nel terapeuta* o nel Servizio (Guidano 2008). E' questo un discorso che andrebbe sviluppato nelle sue implicazioni epistemologiche perché esso, nella prassi dei Servizi, determina interferenze nel comportamento e nel pensiero del paziente, che non hanno nulla a che fare con un intervento terapeutico. Oltre ai contributi storici e recenti della fenomenologia (Gallagher Zahavi 2009, Stanghellini 2006) un ulteriore chiarimento in questa direzione ci viene dall'interessante discorso che fa Marco La Rosa sulla “distinzione di domini”, quello dell'osservato e quello dell'osservatore, che definiscono la necessità di

effettuare una distinzione tra il mondo del soggetto e quello oggettivo dei significati condivisi (La Rosa, 2005).

Una nuova modalita' di guardare l'altro e se' stesso

Perché questa lunga premessa quando si parla di formazione? La domanda è: a quale tipo di intervento è diretta la formazione? A che tipo di “paziente” ci riferiamo? La formazione non può prescindere dal modo con cui si “guarda” alla persona: e torniamo così all’importanza del modello epistemologico di riferimento.

Se ci interessa la ricchezza e la pregnanza emotiva, la soggettività che la persona esprime nello scompensarsi, per cogliere *dall'interno di essa* una possibile modalità psicopatologica che abbia un senso per lei, senza confonderla anzi distinguendola dalla violazione del senso comune che essa porta con sé (violazione che determina, se invade il campo conoscitivo, l’esclusione di qualsiasi attività esplorativa) la formazione dell’operatore sarà incentrata sul costruire una capacità e possibilità (come sua *tenuta emotiva*) di cogliere questa messe di dati.

Non è più questo un mero elenco di informazioni della psicopatologia nosografica, ma è un modularsi sul “come” funziona il sistema osservato, da cui deriva una diversa concettualizzazione del tipo di scompensarsi al di là della concretezza, la materialità potremmo dire, con cui si esso si manifesta, che si fonda sulla possibilità di individuare dei temi o significati più astratti a cui esso rimanda.

Quali sono i dati di osservazione a cui “addestrare” l’operatore? Sono quelli immediati che registriamo nell’interazione naturale, spontanea della persona con gli operatori così come avvengono nel luogo in cui essi si incontrano. Questi dati possono essere letti mediante una griglia emotiva e cognitiva che tiene conto di come ogni persona, specialmente in una situazione di crisi, esprime processi mentali, ovvero attitudini emotive, disposizioni relazionali, convinzioni (linguaggio) che sono espressione indiretta, tacita, di un tema di vita, di un preesistente “significato personale”.

Bruner ha chiamato questa modalità basilare e immediata di conoscenza personale, *psicologia popolare (folk psychology)*, intendendo con questo termine “un insieme di descrizioni più o meno interconnesse tra di loro, più o meno “normative”, riguardo al ‘funzionamento’ degli esseri umani, ai meccanismi della nostra e dell’altrui mente, alle aspettative riguardo al manifestarsi dell’azione in una situazione, ai possibili modelli di vita...” (Bruner 1992). Bruner ha anticipato così il tema poi ripreso dai ricercatori cognitivi che hanno poi sviluppato questi concetti parlando di capacità di “teoria della mente”, di attitudini metacognitive o meta rappresentative (Camaioni 1996, Frith 1996, ecc.).

Guidano ha preferito parlare di *mentalismo* come capacità di comprendere le menti altrui e contemporaneamente la propria (cosa che comporta la capacità di mentire e di auto-ingannarsi), come funzione organizzativa unitaria espressione del significato personale. Per Guidano la capacità di capire gli altri procede simultaneamente alla capacità di comprendere sé stessi e a differenza dei cognitivisti “razionalisti” ritiene che questa capacità non sia una “funzione mentale” isolabile e analizzabile separatamente da “un senso unitario di sé” mediante un “monitoraggio metacognitivo” come sostenuto da autori sia di area psicoanalitica che cognitivista (Fonagy 2001, Semerari 1999). Per cui nell’addestrare l’operatore all’osservazione partiamo da questa attitudine naturale degli esseri umani a conoscere l’altro e sé stesso, e da qui andiamo oltre per ricercare e ricostruire, nella e con la

persona scompensata, possibili percorsi che seguono strade “non comuni”, diverse, a tratti incomprensibili se non contestualizzate con le situazioni storiche e familiari che vanno conosciute alla luce di percorsi affettivi particolari. Le quattro “organizzazioni di significato personale”, in questo senso operativo, sono le tracce di possibili percorsi che l’osservatore-operatore può seguire per non perdersi nel mare magnum della soggettività.

L’operatore viene addestrato ad esplorare il tema affettivo della persona nelle modalità spontanee, naturali e concrete (etologiche) espresse nel mentre che interagisce con essa. Tema affettivo che dà forma alla modalità psicopatologica con cui si manifesta il disturbo (Guidano 1991). A considerare la sua (del paziente) situazione di sbilanciamento affettivo in corso e il tipo di relazione con le figure di riferimento significative, che la persona sta vivendo in quella fase del suo ciclo di vita, cosa che a sua volta dà forma al tipo di relazioni instaurate con gli stessi operatori nei contesti di osservazione (è questo comportamento relazionale con l’operatore che ci dà conto del tipo di attaccamento *in atto*). A valutare, su questa base, il tipo di contesto terapeutico che si può modellare intorno alla specifica situazione che sta vivendo la persona cercando di fare in modo che sia costruito in maniera tale che la persona possa riconoscersi in esso.

Questa osservazione-riconfigurazione insieme operativa e narrativa nei confronti del paziente e del suo contesto di vita, è la prima parte di un processo di formazione nel vivo del percorso terapeutico. Ad essa seguirà un momento successivo, staccato dall’esperienza diretta di interazione con la persona, di discussione e riflessione in un ambito separato dove sia più facile analizzare e ricollocare le proprie esperienze emotive suscitate dal contatto e confronto con essa.

Che tipo di addestramento per gli operatori: Una “base sicura” anche per loro

Il tipo di “addestramento” che privilegiamo all’interno del Servizio è una formazione “live”: consiste nell’aiutare l’operatore ad apprendere modalità di interazione (comportamentale e dialogica) che aiutino la persona-paziente prima a raggiungere un livello comportamentale di una minima accettabilità sociale, poi ad una rielaborazione narrativa del suo tema espresso nella crisi con modalità concrete. La ricerca e l’individuazione del tema di significato personale aiutano l’operatore a vedere la trama più astratta nella quale si muovono i comportamenti concreti nella loro drammaticità fuorviante. Ad esempio quando il paziente ha un tema di paura dei pericoli del mondo circostante e di perdita del controllo delle proprie reazioni emotive (es. delirio di persecuzione) l’operatore viene addestrato a riconoscere l’aspetto emotivo sottostante al delirio, ad esempio la paura fisica di essere aggrediti, di sviluppare una malattia o di perdere il controllo, e ad aiutare il paziente, dopo averlo rassicurato secondo la direzionalità di questo suo tema di significato, a poterlo gradualmente riconoscere e ricostruire.

Strumenti immediati

In questo processo interattivo il primo problema dell’operatore è quello di riconoscere gli aspetti emotivi personali che vengono attivati in lui, elicitati dal paziente, poter analizzare in che modo analoghe tematiche possono essere suscitate o vissute da lui magari con modalità meno concrete più integrate nel sé. Se non ho provato la paura di perdere il controllo potrei non riconoscerla nell’altro, mi potrebbe sembrare una cosa estranea che potrebbe diventare pericolosa per me; viceversa se questo è un tema per me centrale potrei enfatizzarlo entrando

in risonanza con lui, oppure escluderlo dal mio campo percettivo per non “farci i conti”. In tutti i casi potrei entrare in confusione, spaventandomi e spaventando di conseguenza il paziente. Per questo è necessario approntare strumenti operativi in grado di affrontare la situazione senza ricorrere subito a modalità burocratiche: es. affrontare l'evento con un operatore più esperto, avere la possibilità di un ricambio per uscire temporaneamente dalla situazione, parlare del proprio problema con un operatore meno coinvolto emotivamente. In questo senso la formazione non è disgiunta dalla disponibilità di strumenti “organizzativi” dell'intervento territoriale che altrimenti rischia di diventare mera distribuzione farmacologica o assistenziale istituzionalizzando l'incompetenza relazionale dell'operatore.

Strumenti strategici

In una prospettiva strategica di formazione di questo tipo è opportuno prevedere e formalizzare momenti di riflessione “al di fuori della situazione” ovvero staccati dall'immediatezza della relazione problematica; prevedere momenti e luoghi ove poter rielaborare il materiale emotivo dell'operatore, in situazioni di gruppo preordinate, dove sia possibile per lui poter esplorare le tematiche affettive personali innescate dal rapporto col paziente.

Nel lavoro coi pazienti gravi afferenti al SPDC, ad esempio, abbiamo predisposto ogni giorno una riunione degli operatori sia prima che dopo l'incontro di gruppo che si svolge ogni mattina con il gruppo dei pazienti. Mentre nella prima riunione, quella precedente l'incontro, si raccolgono tutte le informazioni del giorno precedente che orientano sul possibile “tema o significato” espresso dal paziente nei comportamenti quotidiani, nella riunione successiva si verifica la congruità delle ipotesi fatte e si valuta come questi temi, espressi nella relazione con gli altri utenti e con gli operatori, “risuonano” in loro, quali sentimenti e atteggiamenti evocano, ecc.

Queste stesse risonanze affettive personali vengono poi considerate in momenti di riflessione più lontani nel tempo e più strutturati mediante un lavoro di supervisione fatto da un formatore esterno al servizio: in questo lavoro è possibile distinguerle, come risonanze specifiche dell'esperienza e della storia del singolo operatore, da quelle più generalizzabili a tutti e innescate dai comportamenti e atteggiamenti del paziente che hanno a che fare con il *suo* tema di significato.

Un'altro tipo di formazione, rivolto questo più specificatamente agli psicoterapeuti, medici e psicologi, compresi quelli in tirocinio, è stato fruttuosamente iniziato mediante cicli di incontri tra psicoterapeuti interni al Servizio Psichiatrico ed operanti in altri Servizi (Minori, Tossicodipendenze) e psicoterapeuti che operano nel contesto “privato”, provenienti dalla Scuola di specializzazione in Psicologia Clinica di Siena che si sono formati mediante un tirocinio all'interno del Servizio. La comune attenzione agli aspetti soggettivi dell'esperienza psicopatologica permette di verificare analogie e differenze nei due contesti con un arricchimento reciproco denso di sviluppi e approfondimenti.

Bibliografia

- Bowlby J. (1988) “Una base sicura” Cortina Ed.Milano
Bruner R. (1992) “La ricerca del significato” Bollati Boringhieri ed. Torino

- Butera N., Cosentini M.A. (2006) "Il primato della relazione. Come venirme fuori per starci dentro" *Psicobiiettivo* n.1, 2006 pg.27-41
- Camaioni L. (1995) (a cura di) "La teoria della mente" Università Laterza – Psicologia, Bari.
- Cingolani S. (2006) "L'usura professionale del terapeuta da una prospettiva cognitivista. Risultati di un'indagine esplorativa" *Psicobiiettivo* n.1 2006 pg.43-57
- Cutolo G. (2005) "Soggettività e istituzioni: una sintonia possibile? Intervento istituzionale post-razionalista nelle psicosi" Atti del V° Convegno di psicoterapia post-razionalista, Siena 28 maggio 2004, a cura di Mario Reda
- Cutolo G. (2008a) "Il Servizio di ricovero base sicura: dal contenere al 'tenere con noi'. L'esperienza del Servizio di Massa Marittima". Articolo reperibile a questo indirizzo http://www.centrobasaglia.provincia.arezzo.it/convegno_16-10-2008.asp?menu=4&stmenu=39
- Cutolo G. (2008b): "Intervención institucional postracionalista en las psicosis (Hacia un Servicio de "base segura") su Revista de Psicoterapia n.74/75 pg.43-72 Barcelona
- Cutolo G Coscarella C (1991) "Il Servizio Psichiatrico come 'base sicura' " su *Etruria Medica* 1\1991
- Fonagy P. & Target M. (2001). "Attaccamento e funzione riflessiva". Milano: Cortina.
- Frith C. (1995) "Neuropsicologia cognitiva della schizofrenia" Cortina Ed. Milano
- Gallagher S. Zahavi D. (2009) "La mente fenomenologica- Filosofia della mente e scienze cognitive" Cortina ed Milano
- Guidano V.F. (1991) (a cura di G.Cutolo) "Psicoterapia cognitiva sistemico processuale e ciclo di vita individuale" su <http://www.psicoterapiacostruttivista.it/articoli/costruttivismo/costruttivismo.asp>
- Guidano V.F. (1992) "Il sé nel suo divenire" Bollati Boringhieri Torino
- Guidano V.F. (2008) "La psicoterapia tra arte e scienza" a cura di G. Cutolo F. Angeli ed. Milano
- La Rosa M. (2005) "La prospettiva post-razionalista come distinzione tra domini" su internet www.scienzedellamente.it su Epistemologia La prospettiva post-razionalista
- Reda M.A. (1986) "Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia" Carocci ed.
- Semerari A. (a cura di) (1999) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica* Cortina ed.
- Stanghellini G. (2006) "Psicopatologia del senso comune" Cortina ed.

L'ILLUMINAZIONE POST-RAZIONALISTA

Giuliana Biasiucci

Abstract

Ricordando ciò che ha rappresentato la mia formazione come terapeuta, ripercorro non solo momenti di piacevole confronto e conoscenza condivisi con il gruppo di colleghi ed i miei trainers, ma ciò mi aiuta a capire l'importanza di questa giornata. Credo che uno degli aspetti fondamentali per la comprensione di ciò che si intende per formazione post-razionalista, si possa rintracciare proprio in ciò che V. Guidano considerava come "condivisione dell'esperienza umana" che proprio in questo spazio di condivisione mi porta ad alcune riflessioni sulla scelta di essere terapeuta in un'ottica costruttivista.

La consapevolezza acquisita nel lavoro clinico e nel "processo generativo" che si costruisce durante il percorso terapeutico, consente di adoperare questo modello con continuità e congruenza. Una modalità di approccio processuale e quindi esplicativo, favorisce una chiara lettura e ricerca del significato personale di ognuno. Inoltre, un approccio di tipo esplicativo è caratterizzato dalla comprensione e spiegazione della conoscenza che secondo il modello post-razionalista, creano il cambiamento. Secondo questo approccio per rendere possibile il cambiamento è necessaria una perturbazione emotiva orientata strategicamente, cioè riconoscibile dal paziente e dal suo modo di dar significato all'esperienza.

La formazione post-razionalista offre uno spazio più ampio alla curiosità ed a ciò che si intende per conoscenza: chiedersi come avviene un processo, quale è la modalità...Da ciò è sicuramente importante considerare *la possibilità*, possibilità intesa come considerazione di più alternative senza procedere in una direzione univoca e *l'integrità* nella co-costruzione della realtà del paziente e del terapeuta. La co-costruzione della realtà è un ingrediente essenziale per sostenere la motivazione nel lavoro clinico e per rilevare la coerenza e la mancanza di "staticità" di questo modello. Si è motivati se paziente e terapeuta co-costruiscono la conoscenza di sé e del mondo nello spazio esperienziale. Nell'ambito della formazione post-razionalista e nel lavoro clinico, si coglie l'importanza di non utilizzare soltanto il piano "descrittivo" e quindi i criteri diagnostici e la raccolta dei dati. La *storia* del paziente è caratterizzata non solo da una raccolta anamnestica, ma dalla ricerca dei significati personali che rendono "unica" ed "esclusiva" quella storia.

Oggi ritrovo ogni aspetto considerato, vivendo l'esperienza di co-trainer all'interno di un gruppo di training speciale formato a Salerno due anni fa. La dimensione della curiosità, della possibilità e dell'integrità che caratterizzano questo modello, ha fatto

in modo che si creasse un lavoro stimolante tra colleghi medici, psichiatri e neuropsichiatri nonostante le diverse formazioni professionali.

Il modello post-razionalista può creare quindi un linguaggio coerente e comprensibile, che favorisca la conoscenza anche nell'ambito delle relazioni con le equipè dei Servizi di appartenenza di ognuno. La motivazione del "gruppo salernitano" è consolidata dal riconoscere nell'approccio costruttivista, una coerenza interna non solo nella ricostruzione della storia del paziente ma anche nella modalità clinica adoperata da ogni terapeuta nell'ambito della relazione con il paziente. La voglia di porsi delle domande, di poter valutare e riconoscere delle risposte nuove e differenti, è ciò che caratterizza il cambiamento. Cogliere sempre il fascino di muoversi come "perturbatori strategicamente orientati" per creare quindi la giusta cooperazione nel corso del percorso terapeutico e nell'evolversi della relazione tra osservatore e osservato.

Bibliografia

Guidano V F Complexity of the Self, The Guilford Press, New York 1987, trad.italiana La complessità del sè, Bollati Boringhieri, Torino 1988

Guidano V F The Self in Process, The Guilford Press, New York 1991, trad.italiana Il sè nel suo divenire, Bollati Boringhieri, 1992

Ruiz A Fundamentos teóricos del enfoque Post-Razionalista, Documento dell'Istituto di Terapia Cognitiva di Santiago del Cile

Dodet M Psicoterapia cognitiva post-razionalista: il modello, la clinica, la formazione. Studi di Psichiatria. Volume 3- Numero 2. 2001

Reda M A Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia, Carocci, 1986

Guidano V F Psicoterapia cognitiva post-razionalista. Una ricognizione dalla teoria alla clinica, Franco Angeli, 2007

de Marchis M. - Zaratti R. Quaderni di "la psicoterapia come processo generativo"- Psicoterapia Cognitiva, 20 Vol.12 n°1, Giugno 2007

Reda M.A. Canestri L. " Un approccio post-razionalista alla relazione terapeutica"- Quaderni di Psicoterapia Cognitiva 19 Vol.11 n°2, Giugno 2006

LA MIA “ILLUMINAZIONE” POST-RAZIONALISTA

Giuliano Cuoghi

In questo mio breve intervento pensavo di raccontarvi la mia personale ‘illuminazione post-razionalista’: cioè come sono arrivato a scegliere questo modello tra i tanti che il panorama psicoterapico attuale propone, e cosa in particolare mi ha colpito e affascinato.

Premessa fondamentale: io mi sono laureato in psicologia a Parma, e a Parma regnava (regna?) un solo verbo, indiscusso e indiscutibile: quello cognitivo-comportamentale. Tutto il resto è non solo noia - per parafrasare una vecchia canzone - ma superstizione non-scientifica. Prima di iscrivermi a psicologia la mia formazione in materia - da autodidatta, naturalmente - era al contrario prettamente psicoanalitica: casa mia era piena di libri di Freud, e ogni ‘psicologia’ che prescindesse da Freud era considerata poco più che spazzatura. Avevo fatto mio un po’ quello che pensa Umberto Galimberti delle odierne psicoterapie cognitivo-comportamentali: psicoterapie che ‘normalizzano’, che difendono sempre e comunque lo status quo, psicoterapie semplici (o semplicistiche?) che servono ad ‘adeguare’ le persone ad una realtà talvolta alienante. Dati questi presupposti, potete immaginare come per certi versi studiare a Parma sia stata un’agonia: non ne potevo più di sentir parlare di desensibilizzazione sistematica, rilassamento muscolare progressivo, pensieri ‘disfunzionali’ o ‘irrazionali’. Ma com’è possibile - mi chiedevo - liquidare una persona in questo modo?! ‘Lei pensa e sente in maniera sbagliata, la realtà oggettiva (?) è un’altra, ora venga qui che aggiustiamo un po’ di cognizioni e di emozioni e il gioco è fatto’. Non funziona così neanche dal meccanico!!

Insomma mancavano dei pezzi, secondo me. Tutta la dimensione che noi chiamiamo ‘tacita’ dell’esperienza, ad esempio. Da ragazzino ricordo che mi colpì molto la lettura de ‘Il giovane Torless’ di Musil, che scriveva: *“Sotto tutti i miei pensieri, io ho in me qualcosa di oscuro che non posso misurare razionalmente, una vita che non può essere espressa con le parole e che tuttavia è la mia vita”*. Possibile che a Parma tutti la pensassero diversamente? O meglio: possibile che avessero deciso di non occuparsi di questa ‘seconda vita’, assolutamente a-razionale e pre-verbale?!

Poi ho avuto la fortuna di laurearmi con Fabio Celi, che mi ha insegnato che esiste un modo di fare psicoterapia cognitivo-comportamentale del tutto diverso: ‘relazionalmente orientato’, come disse una volta il nostro Furio Lambruschi. Da un lato ho cominciato a guardare alla psicoterapia cognitiva con maggiore interesse, con occhi diversi, meno rigidi, più flessibili; e dall’altro ho iniziato a cogliere alcuni grandi limiti della psicoanalisi, soprattutto dal punto di vista, come dire, ‘concreto’ della pratica psicoterapeutica (4 sedute settimanali nel terzo millennio?!). Se non

fosse stato per Fabio Celi, probabilmente mi sarei iscritto a una scuola di psicoterapia a orientamento psicodinamico, se non addirittura alla SPI - comunque oramai sono salvo, e questo dimostra quanto sia importante conoscere le persone giuste al momento giusto...

E a proposito di persone giuste al momento giusto, arriviamo a Guidano. Tra ricerche infinite su internet e sui libri che avevo in casa, nel tentativo di trovare una strada post-lauream che facesse per me, mi imbatto casualmente in Guidano e Liotti, nel loro libro dell'83. Introvabile in Italia, lo ordino immediatamente su Amazon: un libro vecchio, usato, dalle pagine ingiallite - chissà quale folle americano l'aveva avuto tra le mani prima di me. E' subito amore. O meglio, 'illuminazione': 'illuminazione' proprio in senso letterale, in quanto ha dato luce a quegli aspetti che a mio avviso erano rimasti in ombra in tutti quei libri che avevo studiato durante i miei cinque anni di università.

Innanzitutto la focalizzazione verso la dimensione tacita dell'esperienza e della conoscenza, come accennavo prima. Che non è il vecchio inconscio freudiano o kleiniano - ricchissimo, vivacissimo, suggestivo, sofisticato, ma ahimè in ultima analisi inconoscibile - quanto piuttosto qualcosa come i Modelli Operativi Interni di Bowlby: qualcosa cioè di molto più 'relazionale', concreto e indagabile. E anche - perché no? - di più intuitivo: perché usare parole complesse quando si possono usare parole semplici per dire la stessa cosa?

Un altro concetto che mi affascinò da subito - concetto mutuato da Maturana e Varela - era l'idea che esistesse una sorta di 'chiusura organizzazionale' su cui poggiava però una 'apertura strutturale' densa di opportunità - la vecchia idea cioè che ogni vincolo sia al tempo stesso, appunto, una possibilità... Il ricorso alla dialettica tra 'organizzazione' e struttura' risolveva un mia personale importante insoddisfazione, come dire, 'epistemologica': poichè io non sono così malleabile dall'ambiente come il comportamentismo voleva farmi credere, com'è possibile il cambiamento terapeutico? Come si può essere 'chiusi' e 'aperti' al tempo stesso?

E poi c'è l'attaccamento. Io ho una vera e propria passione per la teoria dell'attaccamento. Secondo me quella dell'attaccamento è una cornice teorica straordinaria: è empiricamente osservabile, scientificamente fondata, è applicabile al cane, al gatto, alla scimmia, all'uomo. Una teoria darwiniana, in fin dei conti - e non è un caso che proprio Bowlby abbia scritto una biografia di Darwin. E poi è anche una teoria 'calda', oserei dire quasi 'materna': chissà, forse anch'io come Bowlby ho un po' di problemi con la figura materna...e magari prima o poi troverò qualche psicoanalista che possa aiutarmi! Comunque continuo ad essere affascinato dall'idea che il cucciolo di macaco preferisca il digiuno accanto a una mamma di peluche calda e pelosa piuttosto che essere nutrito da una mamma fredda e metallica (mi riferisco naturalmente agli esperimenti - per certi versi sadici - di Harlow). Perché questo significa, letteralmente, che *noi ci nutriamo di relazioni*. Probabilmente anche la teoria dell'attaccamento - ancora una volta - risolve alcune mie perplessità (oddio ma ero davvero uno studente così frustrato e inquieto?!): la psicoanalisi mi diceva

che l'adulto in verità non è altro che un bambino ancora innamorato di sua madre, il comportamentismo viceversa mi diceva che solo il 'qui e ora' è importante, e che il passato è fardello (quasi) inutile da indagare...ma io non credevo né all'una né all'altro. La psicoanalisi mi sembrava avesse lo sguardo rivolto troppo all'indietro, mentre il comportamentismo mi dava l'impressione di non vedere al di là del proprio naso: sentivo la necessità di uno sguardo più ampio.

Personalmente, penso dunque di aver trovato nel modello post-razionalista alcune risposte per me fondamentali. Ma non è solo questo: non voglio farne una questione meramente teorica. L'approccio post-razionalista secondo me offre un modello di interazione paziente/terapeuta - ma forse di 'interazione' in generale - molto umano e tollerante (mi verrebbe da dire 'democratico', ma non lo dico), dove non esistono 'normalità' e 'follia' ma grande rispetto e accettazione verso l'esperienza dell'altro. *Tutta* l'esperienza dell'altro: anche il delirio più inspiegabile e doloroso ha un senso all'interno del sistema di significati dell'individuo, e non è possibile ricondurlo solamente a particolari 'deficit cognitivi'. Forse una delle cose più belle che ho imparato in questi anni - e me ne accorgo sempre di più quando parlo con colleghi di orientamenti diversi - è il potersi quasi dimenticare delle cosiddette 'diagnosi descrittive' in favore di una diagnosi che cerchi di essere il più possibile 'esplicativa', nel tentativo di comprendere quella che è l'esperienza e la storia del paziente, storia sempre unica e irriducibile (questa in fin dei conti è 'Teoria della Mente' allo stato puro: non sono sicuro che tutti gli orientamenti ne siano così equipaggiati...). Eh sì, perché a volte ho l'impressione che le diagnosi descrittive è come se tagliassero le cose con l'accetta: o sei dentro o sei fuori una determinata categoria, o di qua o di là - e se sei di qua in fin dei conti è sempre meglio. Ma tagliare con l'accetta significa sempre lasciare fuori dei pezzi, a volte anche importanti. Un atteggiamento, quello post-razionalista, che invece dà spazio e voce al *raccontarsi* (e quindi al *costruirsi*) del paziente - atteggiamento che alla fine ho sentito riverberare anche su me stesso, sul modo in cui osservo la mia esperienza, non solo mentre lavoro con i pazienti ma, penso, anche nella vita privata: l'importanza delle emozioni, ad esempio, di tutte le emozioni, che sono sempre informative rispetto a qualcosa che sta accadendo (in me? nel paziente? nella relazione?). E poi - last but not least - c'è stato naturalmente il mio training alla Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, una di quelle cose che segnano in qualche modo un prima e un dopo: la condivisione all'interno di un gruppo, la sensazione di avere un base sicura, l'accettazione incondizionata...tante sarebbero le cose da raccontare, ma questa è un'altra storia - e forse anche un'altra tavola rotonda...

L'ILLUMINAZIONE POST-RAZIONALISTA

Livio Della Seta

Quando Mario Reda mi ha telefonato chiedendomi di intervenire al convegno di Siena per parlare della mia illuminazione post-razionalista, in un primo momento avevo capito, creduto, che lui mi stesse chiedendo cosa, secondo me, potesse essere, in un'ottica post-razionalista, un'illuminazione. Mentre mi parlava, e per dei lunghi istanti, il mio cervello si era subito messo al lavoro: "un'illuminazione...di certo deve trattarsi di una ristrutturazione cognitiva che avviene, si verifica, in una frazione di secondo...anzi, con la velocità della luce...; un' interruzione subitanea della coscienza-memoria e una sua altrettanto istantanea ricostituzione... ma in termini post-razionalisti... potrebbe trattarsi del caso più unico che raro in cui l'aspetto del Me che integra e spiega, precede l'Io che esperisce...ma esperisce cosa?... ma sì, certo, l'emozione deve essere proprio uno stupore inaspettato, la felicità, la quinta ed ultima delle cinque di darwiniana memoria...quella quasi mai provata... " Una follia! Fortunatamente dopo pochi secondi dall'inizio di queste elucubrazioni (e qui non c'è nessuna illuminazione...c'ho messo un po'...), ho cominciato a capire cosa Mario mi stesse chiedendo, vale a dire parlare di cosa del post-razionalismo mi fosse così tanto piaciuto, mi avesse così tanto colpito, da farne la fonte di utilizzo principale nella mia pratica clinica quotidiana.

Per parlare della mia illuminazione devo, da buon post-razionalista, (ammesso naturalmente che io lo sia), estendere il contesto (il contesto!) in cui questo fenomeno si è verificato nella mia mente, intesa, naturalmente, come manifestazione del funzionamento del mio cervello. E devo estenderlo a più o meno tutta la mia vita...Ma niente paura, sarò breve!

Era molto tempo fa, e mancavano tre anni alla mia laurea in Medicina e Chirurgia, quando mio padre, psicoanalista junghiano, notando in me un peraltro evidente e non meglio identificato stato di agitazione/nervosismo/insoddisfazione nei confronti della vita, ma anche (questo però l'ho capito solo più tardi) con la subdola strategia di mettermi in condizione di poter esercitare, eventualmente, in futuro, la sua stessa professione, mi metteva in contatto con una sua amica-collega freudiana, per una serie di colloqui dai quali avrei sicuramente, così mi disse, tratto giovamento. (Non ho ancora capito perchè uno junghiano manda qualcuno da un fruediano... un giorno di questi glielo devo domandare...). Fatto sta che caddi nella trappola, e passai con la terapeuta tre anni molto piacevoli che mi aiutarono tantissimo a capire molti dei miei meccanismi. Erano delle sedute che non avevano nulla di psicoanalitico in senso classico, a cominciare dal fatto che eravamo seduti l'uno di fronte all'altra. Parlavamo pochissimo dei miei sogni. Edipo, rimozioni, libere associazioni, non hanno mai fatto la loro comparsa. Ripensando a lei credo che fosse, senza saperlo, un'ottima terapeuta cognitiva, che mi ha molto aiutato a pensare, a cercare di capire le cose, i problemi, che quotidianamente si presentavano nella mia vita. (E' proprio vero che parlando agli altri uno rende le cose più chiare anche a sé stesso...non c'è nulla che io debba chiedere a mio padre...).

Quello che successe, poi, fu che mi laureai in Medicina, ma presi tutt'altro tipo di specializzazione, praticando e impegnandomi, anche all'estero, per molti anni in campi diversi dalla psicoterapia.

Aprile 1996: ricordo benissimo la data. E' il momento in cui mio padre (ancora lui!), mi tende una seconda, definitiva trappola, nella quale, come si dice a Roma, casco con tutte le

scarpe. E' laureato in Psicologia, e quindi non può prescrivere farmaci. Mi chiede se mi va, se me la sento, di aiutarlo visitando alcuni suoi pazienti che potrebbero aver bisogno di terapia farmacologica. Accetto con entusiasmo. Inizio a vedere una grande quantità di pazienti. Durante i miei studi di Medicina avevo fatto l'esame di Psichiatria. Mi rileggo quel testo, ne compro di nuovi, tra cui il DSM; comincio a studiare i farmaci per il Sistema Nervoso Centrale. Cerco quindi di fare delle diagnosi, più descrittive non si potrebbe, entrando, fra l'altro, nel magico e già all'epoca per me misterioso mondo dei disturbi di personalità. Gli psicotici, invece, venivano smistati da subito...

Estate 1998: Mio padre, che da anni è in crisi con la psicoanalisi, e che, di fatto, anche lui senza saperlo fa il cognitivista, dopo aver letto i Principi di Terapia Cognitiva di Aaron Beck, mi chiama nel suo studio. E' molto eccitato. "Ecco", mi dice, "vedi, questi hanno capito tutto! Non può esserci altro modo per far star meglio le persone che non sia l'affrontare i problemi nel qui ed ora. La psicoanalisi non può funzionare. Dobbiamo far capire ai nostri pazienti che se non cambiano il loro modo di pensare, di ragionare, non potranno mai guarire! E poi bisogna che facciano degli esercizi comportamentali; devono capire che stanno applicando delle vecchie strategie che non possono più funzionare...devono fare delle cose, e scoprire che non è vero che moriranno!". Credo che quello che gli piacque del libro di Beck erano non solo i concetti, che come ho già detto lui peraltro applicava già da tempo, ma anche il fatto che quelle idee erano tutte di psicoanalisti insoddisfatti delle loro terapie.

Naturalmente lessi anch'io il libro, facendo così il mio ingresso nel cognitivismo, almeno di un certo tipo.

Consigliato da Tony Fenelli (grazie, Tony!), quando nel 2005 mi iscrissi alla Scuola di Terapia Cognitiva di Roma, chiesi di frequentare il corso tenuto da Lorenza Isola e da Mario Reda. Con Isola avrei rivisitato un cognitivismo diciamo così, di tipo standard, arricchito dai contributi dei sistemi motivazionali, soprattutto dell'attaccamento; della metacognizione, eccetera. E poi, con Reda, avrei conosciuto qualcosa di un po' diverso (secondo me, devo dire ora, molto, molto diverso), rappresentato appunto dal post-razionalismo.

Quello che mi colpì da subito, fu, a mio modo di vedere, la straordinaria differenza tra i due approcci. A cominciare dalla Relazione terapeutica: nella terapia cognitiva standard l'idea fondamentale è che la causa della sofferenza emotiva e dei così detti comportamenti disadattivi, (in ultima analisi della psicopatologia), sia da rintracciare nelle convinzioni e nel modo disfunzionale di interpretare la realtà che hanno i nostri pazienti. Si discute del modo soggettivo attraverso il quale l'individuo si rappresenta la realtà, e tutto ciò, naturalmente, in un clima di empirismo collaborativo, per verificare la fondatezza delle convinzioni, dei pensieri, onde esplorare nuovi modi per interpretare la realtà. E' chiaro che in questo modo io terapeuta devo, per così dire, persuaderti, farti capire, che non vi è corrispondenza tra le tue convinzioni, e la realtà esterna. Che se sei chiuso in casa perché se esci temi di morire per l'ennesimo attacco di panico, devo farti capire, convincerti, che non è vero che morirai; e che se invece rinunci ad uscire, e quindi a vivere, è come se tu fossi già morto...

Studiando il post-razionalismo scoprii, e questo mi piacque molto, che il miglioramento, la guarigione, potevano anche passare attraverso una strada diversa; quella cioè, del diventare consapevole del proprio modo di funzionare. Se devo modificare le convinzioni del paziente compio due operazioni: gli devo dire che quelle che ha non vanno bene; e gli devo spiegare quale è il modo giusto di interpretare la realtà. E' chiaro che in questo modo non

posso non metterci un pezzo mio molto grosso, ovvero il mio particolare modo di vedere il mondo. Ma cosa voleva dire tutto questo? Cosa significava quel così tanto affascinante: “diventare consapevole del proprio modo di funzionare?” Significava, così capii, che non bisognava modificare le convinzioni del paziente, bensì farlo diventare consapevole del suo particolare modo di elaborare quelle convinzioni. Deve capire, ma non perché glielo dico, glielo spiego io, qual è il tipo di coerenza interna, il suo modo profondo, tacito, quindi inconsapevole di essere, attraverso il quale egli legge e si spiega il mondo, e contro cui sbatte, perché non viene integrata, quella determinata emozione disturbante. E’ quindi come lui regola quell’emozione, il punto importante.

E’ chiaro come qui occorra compiere, da parte del terapeuta, un’operazione secondo me estremamente complessa, vale a dire orientare l’attenzione del paziente sul suo modo particolare di spiegarsi quella esperienza, quella emozione. E’ questo guidare, questo orientare, questo portarlo gradualmente verso ciò che per lui è invariante, lo strumento per rendere il paziente, come dicevo prima, consapevole del suo modo di funzionare.

Eravamo al secondo anno, Mario stava tenendo lezione. Ad un certo punto me ne uscì con una domanda: “Ma per quale motivo”, dissi, “una volta che ho finalmente capito, o almeno ho creduto di capire, dopo sforzi a volte notevoli, il tipo di organizzazione di significato personale di quel determinato individuo, non glielo posso dire chiaramente? Perché, ad esempio ad un fobico, non posso far notare che ha un attacco di panico ogni volta che deve ristabilire la polarità che sente minacciata? Perché, a questo punto, devo fare un altro sforzo mostruoso, e selezionare, nella speranza di ottenere da parte sua una buona auto osservazione, un cospicuo numero di episodi dai quali possa trarre gli elementi della sua ricorsività?” La risposta di Mario fu semplice, lapidaria, per me al momento assolutamente incomprensibile: “Eh no, se glielo dici non vale!” E non aggiunse altro. Solo molto tempo dopo ho capito che non poteva dirci tutto. Che anche per noi studenti, almeno per quanto riguardava determinati argomenti, sarebbe stato indispensabile che ci fossimo arrivati da soli; che in qualche modo, anche in noi, si potesse verificare un apprendimento che ha come base la consapevolezza, appunto, di esserci arrivati da soli. Non siamo mica dei razionalisti, dopo tutto. A noi interessa la sintattica, non la semantica!

Mi sto avvicinando alla mia illuminazione...

Ad un certo momento ho capito che nel post-razionalismo l’assessment era un qualcosa che oscillava tra il provare, il sentire un’emozione, e la spiegazione che ce ne diamo. Il lavoro, deve svolgersi in questa interfaccia; rendendo consapevole il paziente di cosa stia provando, e della spiegazione che lui si dà del fatto che in quel particolare momento, in quella particolare situazione, stia provando, appunto, proprio quella emozione. E’ chiaro però, che al meno all’inizio, se io chiedo ad un paziente che spiegazione si dà dell’intensa rabbia o della tristezza provata quella mattina, quando la moglie, contrariamente al solito, non gli ha preparato il caffè, ma anzi è uscita un’ora prima da casa; ebbene, presumibilmente, il tipo di spiegazione che ci verrà data, avrà a che fare con un “perché”. Il paziente, cioè, ci potrà dire ad esempio, che l’emozione provata è dovuta al fatto che da quando sono sposati lei gli aveva sempre fatto trovare il caffè pronto, e che siccome questo fatto non si era verificato quella mattina, era evidente, sicuro, che questa fosse la prova del diminuito interesse nei suoi confronti.

La mia illuminazione, perché di una vera e propria illuminazione si è trattato, si è verificata una mattina in cui in sella alla mia moto percorrevo le strade affollate dal traffico del centro di Roma. Vera e propria illuminazione, dicevo, perché come già altre volte nella mia vita mi era accaduto, la comprensione di una cosa, la consapevolezza di aver risolto un problema, che magari mi ronzava nella testa da diverso tempo, avveniva in maniera repentina, del tutto inaspettata, in un momento in cui stavo pensando o facendo tutt'altro.

L'illuminazione si è verificata nel preciso istante in cui ho capito la differenza tra "come" e "perché". Cerco di spiegarmi. Se di un'emozione io ti chiedo come te la spieghi, questo, lo ripeto, ha a che fare con il perché: cioè perché pensi di aver provato quell'emozione. Ma il fatto estremamente importante, qui, è capire che "perché" non spiega nulla. "Perché" ha a che fare con le cause. Il compito dello psicoterapeuta post razionalista è quello di spostare, dirigere l'attenzione del paziente, da questo piano, al "come" è fatta quell'emozione. Sono meravigliose e illuminanti, a proposito di questo argomento, le pagine curate da Giovanni Cutolo nel libro "La psicoterapia tra arte e scienza. Vittorio Guidano insegna 'come si fa' la psicoterapia cognitiva post-razionalista". Come si fa, appunto. Se tu dai una coltellata a tua moglie perché non mette il sale in tavola e io ti chiedo perché hai dato la coltellata, il perché, come te lo spieghi, è il fatto che mia moglie sa che mangio salato, e quindi è una carogna perché non ha messo il sale in tavola, e quindi se ne frega di me. Il "come è fatta", invece, va al cuore della psicoterapia del significato personale: cosa significa per te quella rabbia significa individuarne i componenti. Il 'come' rappresenta la scomposizione degli ingredienti di cui è fatta; perché, cioè, tra tutti i possibili tipi di rabbia, provo proprio quella. E il centro del centro della mia illuminazione, è stato, credo, capire che il come equivale all'organizzazione di significato personale. Allo psicoterapeuta post-razionalista non interessa l'oggettività della realtà, che non esiste, ma come il paziente la ordina. In che modo la richiesta del sale è intollerabile. E questo è in base al significato personale, all'organizzazione cognitiva. Bisogna partire dall'episodio del sale per andare a vedere cos'è per lui l'aggressività: come ragiona, come vede il mondo e se stesso. Quell'emozione di rabbia che lo porta ad accoltellare la moglie può essere fatta di una perdita di protezione, o per un senso di costrizione, per lui intollerabile; oppure può rappresentare la conferma che una volta di più lei lo sta giudicando male, lo fa sentire un fallito; oppure può essere la prova provata che non si è mai sentito capito veramente, e che quindi tutto è inutile, nulla ha senso; oppure, ancora, può ritenere il suo comportamento assolutamente inammissibile in quanto trasgredisce delle norme, delle regole, che devono rigorosamente essere rispettate.

Per concludere: quello che mi piace, del post-razionalismo, è il fatto che il miglioramento terapeutico è dato dal cambiamento del modo di avvertire, di sentire, una determinata emozione. Non è più estranea; la posso regolare, e quindi integrare, ottenendo un aumento della consapevolezza del sé, del senso di identità personale. Si tratta, in qualche modo, di una modifica del punto di vista che il paziente ha su di sé mediante un aumento della flessibilità, e delle capacità di astrazione.

L'ILLUMINAZIONE POST RAZIONALISTA

Aldo Diavoletto

Come è noto dalle mie parti, sono nato come neuropsichiatra Infantile, e quindi ho pensato successivamente di affinare e ampliare le mie competenze con la psichiatria dell'adulto, lavorando poi di fatto sostanzialmente nell'ambito della salute mentale. Attualmente sono impegnato su diversi fronti, l'azienda sanitaria, nella quale sono il referente dell'adolescenza per il DSM, la formazione universitaria degli assistenti sociali, con lo sforzo di contribuire a dare dignità e spessore a una professione di frontiera, e il Tribunale dei Minori, dove ho attraversato sei anni di grande, intensa e poliforme formazione umana e psico-sociale.

Sono solito pensare all'età evolutiva come una nuova emergenza dei servizi, sia per la diversificazione e la vastità del campo di intervento, sia per i cambiamenti sociali cui stiamo assistendo, tipo l'adolescenza prolungata e le nuove prospettive sia della sanità pubblica sia del ruolo della famiglia. Vi è la spinta alla precocità cognitiva dei bambini, che sono comunque soggetti e (a volte drammaticamente) oggetti del mondo degli adulti, senza che gli adulti abbiano costruito l'assetto emotivo per reggere questa complessità, e con famiglie deboli e confuse; vi è globalmente una grave fragilizzazione dei sistemi di rete, di solidarietà e di protezione socio-relazionale.

I bisogni dell'utenza, soprattutto quella in età evolutiva, sono estremamente diversificati e articolati, con mandati istituzionali variati e complessi, a volte vaghi, a volte tutt'altro che come percorsi di invio, ma sempre con un carico emotivo intenso e tale da smuovere e perturbare profondamente l'operatore; questi mandati, tra cui quelli del tribunale dei minori e dei servizi sociali, sono anche quelli che chiedono più intenso sforzo di integrazione tra competenze diverse e prassi operative condivise.

Nell'età preadolescente vi è il problema dei disturbi esternalizzati e della fragilità educativa e genitoriale rispetto all'infanzia che tende a sfuggire alle regole. Intanto una visione che prende le varie generazioni con uno sguardo d'insieme ci fa avvertire la fragilità attuale del mandato e delle competenze genitoriali, dove è costante la tendenza al disinvestimento e alle deleghe, l'indebolimento della cultura di famiglia patriarcale e dei valori passati senza la capacità di costruzione di riferimenti alternativi, il grave senso di solitudine delle famiglie e dei genitori.

La tematica prevalente è quella del controllo sociale delegato all'esterno, dove la scuola e la famiglia non sentono più la propria forza e la indiscussa investitura psico-sociale di educatore, e quella dell'apparire, quindi l'importanza di quello che si è in funzione dello sguardo, del giudizio e del sistema di valori altrui. Inoltre, la velocità delle informazioni e una tematica di facile "vicinanza" vedi Internet e "Facebook" non attenuano anzi semmai intensificano le angosce persecutorie e la debolezza delle relazioni e dei sistemi di attaccamento.

Inoltre, se da un lato, dagli USA fino a noi, i ragazzi ci hanno preoccupato per i disturbi di tipo esternalizzato e per i comportamenti impulsivi, dall'altra stanno emergendo marcati e gravi sintomi di ritiro sociale a valenza pre-psicotica che non consentono sovente una vera diagnosi ma si mantengono in una area di marginalità, che oscilla tra la grave ansia sociale, la chiusura relazionale e la globale disfunzionalità psico-sociale e scolastica. Dalla fobia

scolare alla internet dipendenza, fino ai ragazzi simil-Hikikomori, ormai sono avvezzo al genitore che arriva e mi racconta una vicenda, sovente molto standard, di ritiro volontario e persistente dagli investimenti relazionali. Altrettanto tipico è ormai il ragazzo che si arena nel “guado” del percorso universitario, e che scivola verso il disadattamento proprio partendo da un fallimento universitario e da un ‘adolescenza interminabile. Un forte investimento per gli spazi di ascolto nelle scuole e nelle università è indice, a mio parere, dei livelli di ricchezza e soprattutto di civiltà di un popolo, considerando quanto preziosa è la formazione e il destino culturale e formativo, oltre che di salute, di ogni singolo ragazzo.

Giudicare il potenziale evolutivo e la valenza psicopatologica di un sintomo o di un comportamento non è semplice e spesso non ci è di aiuto un modello descrittivo come quello del DSM, soprattutto perché le domande che gli adulti di riferimento si pongono e ci pongono sono quelle molto semplici, inerenti a un futuro di adattamento o di sofferenza, di salute o di malattia.

Pensiamo ai disturbi come i comportamenti cosiddetti “a rischio” che interessano trasversalmente la popolazione giovanile interessando sia ragazzi che non hanno e non avranno forse mai una cartella di presa in carico territoriale sia ragazzi che hanno già una diagnosi in senso psicopatologico; I comportamenti a rischio sono possibili sia per le caratteristiche psicosociali dell’adolescenza, sia per la complessità del contesto sociale e culturale di riferimento; è difficile nella nostra cultura una iniziazione semplice e chiara alla vita adulta, (come in diverse civiltà primitive) ma occorrono sovente esperienze forti, magari ritualizzate dalla condivisione col gruppo, per accettare sé stessi e superare le ansie della trasformazione somatica e psichica.

Pensiamo a come in questa “categoria” (termine volutamente provocatorio) dei comportamenti a rischio abbia importanza una ipotesi di disturbo depressivo o bipolare con le sue marcate atipie in età giovanile e come sia fondamentale andare a approfondire il tipo di organizzazione di personalità che si sta evolvendo sotto i nostri occhi per poter decodificare il bisogno in quel momento e la evolutività psicopatologica del sintomo. I disturbi affettivi possono essere molto diversi tra loro, ancor più in adolescenza, come sintomi, decorso, genetica e ruolo dell’attaccamento. Le forme depressive più interiorizzate, ad esempio, senza sintomi esternalizzati fanno riferimento al tipo C-resistente o al tipo A-evitante; invece le forme più gravi fanno ipotizzare uno stile disorganizzato-disorientato.

Pur con la grande variabilità che il materiale umano e psicologico dei ragazzi ci propone, pur con tutte le riserve del caso, (in quanto nel modello bio-psioco-sociale molte variabili interverranno nel destino di salute o non salute di un ragazzino) è sempre eticamente di immenso valore darsi e dare delle coordinate cliniche e psico-sociali che facciano sapere in una certa misura dove stiamo andando con una presa in carico.

Allora occorre un modello che: abbia riferimenti scientifici solidi e un ancoraggio saldo alla conoscenza della biologia, della etologia e delle scienze psico-sociali in genere. Non si fermi alle categorie nosografiche che hanno standardizzato la sofferenza psichica e che pur tanto merito hanno avuto di insegnarci a fare diagnosi, ma che poi ci portano a ricondurre ogni caso ad una categoria, anziché occuparci della storia di quella persona. Un modello che sappia tenere insieme lo studio della personalità e lo studio delle relazioni precoci genitori-figli, che col tempo hanno dimostrato in maniera sempre più indissolubile il proprio nesso con le emozioni e con le competenze cognitive ed emotive del bambino; sappia dare una chiave di lettura quindi che dia abbastanza rilievo sia alla psicopatologia dello sviluppo sia all’ambito relazionale, e che quindi possa consentire una lettura in termini generativi ed

esplicativi del disagio e dei sintomi che arrivano all'attenzione dell'operatore. Un modello che possa funzionare anche abbastanza fuori e lontano dal classico spazio dell'"analisi", a in questo senso penso al territorio come strada, come ascolto nelle scuole, come spazio di ascolto nelle comunità per minori, e nei vari luoghi di incontro con i minori in difficoltà. Ultimo, un modello che possa dare una "bussola" formativa anche agli operatori non psicoterapeuti che, e sono molti e diversificati, incontreranno il paziente adolescente o bambino nelle varie tappe del suo percorso di cura, dentro e fuori il servizio, dentro e fuori l'ambito psichiatrico o anche riabilitativo, dentro e fuori la famiglia.

Nella specie umana le interazioni e le situazioni di reciprocità orientano, fin dai primi giorni di vita, la conoscenza di sé e quella del mondo attraverso un processo autonomo di sviluppo mentale; la conoscenza di sé e dell'ambiente prende forma e si struttura, infatti, attraverso una dimensione intersoggettiva di rapporto con i propri simili.

Grazie alla relazione madre bambino (che si articola attraverso un sistema comportamentale di accudimento-attaccamento-esplorazione che a me ricorda la "madre sufficientemente buona del Winnicott della mia giovinezza) ed attraverso la creazione ed il continuo adattamento di modelli operativi interni di tipo cognitivo-emozionale, iniziano a prendere forma le future caratteristiche di personalità e le modalità di modulazione delle emozioni. I modelli operativi interni, che inizialmente poggiano in gran parte sulle rappresentazioni di sé e del caregiver, sono la base da cui successivamente prende forma la propria visione del reale e le proprie modalità di comportamento, che si esplicitano in ogni relazione umana, compresa quella di tipo terapeutico. Da questi dati, ad esempio, può partire l'unitarietà di visione e interpretazione di disturbi precoci dello sviluppo che da decenni sono stati mortificati con approcci o rigorosamente psicoanalitici o rigorosamente biologici e che hanno di fatto sottratto a questi pazienti enormi energie spendibili per approcci terapeutici validi e con esiti misurabili.

L'approccio epistemologico di tipo costruttivista risponde a bisogni di cura diversificati e capaci di modificarsi profondamente nel corso del tempo come quelli che ci porta un'utenza emergente tipo quella delle famiglie e dell'età infantile-adolescenziale; implica quindi una propria modalità di intendere il ruolo del terapeuta degli interventi di cura e presa in carico e della relazione; il terapeuta e i vari attori del processo di presa in carico rappresentano parte attiva ed emotivamente implicata nella terapia; in tal modo la relazione è lo specifico contesto intersoggettivo dove operare, in modo strategicamente orientato, quelle perturbazioni emotive necessarie al ri-orientamento dei sistemi di conoscenza dell'utente.

Quindi, formarsi come terapeuta a orientamento post-razionalista significa, a mio parere, innanzitutto la possibilità di rileggere in termini di organizzazione di significato personale la propria vicenda umana e professionale. Inoltre, pur alla luce di altri modelli che nel corso di una carriera (ormai non più breve) ci hanno appassionato, questo approccio consente di tracciare punti di riferimento fin da subito nell'ambito del percorso di presa in carico e cura, il che è fondamentale nei circuiti in cui lo scrivente si trova ad operare, sia quelli della terapia individuale, ma anche quelli dei servizi pubblici e di spazi di consultazione diversificati, per famiglie e minori in difficoltà; molte volte, in base all'invio o alle caratteristiche dell'utente, è necessaria una lettura del bisogno che determini una risposta non dico rapida, ma che rappresenti una prima riformulazione, un aggancio iniziale da cui poi dipende tutto il percorso futuro. questo vale soprattutto rispetto ai casi gravi che come è noto trovano nella cornice istituzionale del SSN un luogo di accoglienza "forte" e rendono necessario il mantenimento di una guida terapeutica solida.

Inoltre, è possibile proporre come responsabile di gruppi di formazione e supervisione di casi, e come componente di équipe pluridisciplinari, un modello coerente, unitario e relativamente ancorato alle esigenze operative. Infine questo modello assolve all'esigenza ormai improcrastinabile di superare la contraddizione epistemologica tra biologico e psicologico che ha da sempre segnato la psichiatria e la neuropsichiatria infantile, trovando nello studio dei processi di attaccamento e nell'intersoggettività il nodo evolutivo che modula la biologia e la psicologia dell'esperienza umana fin dall'età infantile e che può consolidare la capacità dell'operatore di trovare una via d'intervento (esplicativa e terapeutica) di fronte alla sofferenza e al disagio dell'individuo.

Bibliografia

Adamo S.M.G., Valerio P.(a cura di): Atti del Seminario di Studi: "Condividere e contenere: la funzione della supervisione nella pratica degli operatori socio-sanitari". La città del Sole, Napoli 1994.

AAVV: Atti del Convegno "Comportamento e disturbi psicopatologici in età evolutiva. Disturbo dell'attenzione, della condotta e dell'umore". Centro stampa Az. USL Bologna 1999.

American Psychiatric Association DSM IV-text Revision Masson

Ammanniti M.: Manuale di psicopatologia dell'infanzia. Cortina 2002

Ammanniti M.: Manuale di psicopatologia dell'adolescenza Cortina 2003

Ainsworth MDS: Attachment as a related mother-infant interaction. Adv Study Behav 1979; 9.

Bonino S., Cattelino E., Ciairano S. Adolescenti e rischio Giunti 2003

Beck AT: Principi di terapia cognitiva. Astrolabio Editore, 1984.

Bowlby J: La costruzione e rottura dei legami affettivi. Raffaello Cortina Editore., Milano, 1980.

Bowlby J: Una Base Sicura. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997.

Cicchetti D, Tucker D: Development and self-regulatory structures of the mind. Development and Psychopathology 1994; 6:533-549.

Guidano VF: Il Sé nel suo divenire. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.

Guidano VF: La complessità del Sé. Bollati Boringhieri, Torino, 1989.

Liotti G, Ceccarelli M, Chouhy A: Regole e rappresentazioni della relazione. Un confronto tra prospettive cognitivo-evoluzioniste e relazionali. Terapia Familiare 1993; 41:19-34.

Liotti G: Emozioni motivazioni e conoscenza nel processo della psicoterapia cognitiva: intersezioni tra cognitivismo ed epistemologia evoluzionista. Psicobiettivo 1992; 12: 3.

Liotti G: Le emozioni del terapeuta come informazioni sulle strutture cognitive del paziente. In: G. Rezzonico. La relazione terapeutica. Franco Angeli Editore, Milano, 1993.

Machado PP, Beutler LE, Greenberg LS: Emotion recognition in psychotherapy: impact of therapist level of experience and emotional awareness. J Clin Psychol., 1999; Jan;55(1):39-57.

Main M, Cassidy J: Categories of response to reunion with parents at age six. Developmental Psychology 1988; 24: 415-426.

Maturana H, Varela F: L'albero della conoscenza. Garzanti, 1992.

Palazzi S. Indicatori di utenza nei primi 6 anni di un Servizio di salute mentale dell'età evolutiva Giorn. Neuropsich. Età Evol. , 15, 2, 1995

Reda MA: L'organizzazione della conoscenza. In: B. Bara. Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva. Bollati Boringhieri, Torino, 2005, pp.259-68.

Reda MA: Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia. Carocci Editore, Roma, 2001.

Reda MA, Pilleri MF, Canestri L Un approccio post-razionalista alla relazione in psicoterapia Siena 2008

Winnicott D. Dal luogo delle origini Raffaello Cortina

LA MIA ESPERIENZA DI TERAPEUTA IN FORMAZIONE

Roberta Girau

Premessa

Sono stati tanti i momenti importanti per me durante il mio periodo di formazione, ma credo di poter dire che posso identificarne due in particolare, che hanno rappresentato il mio “debutto” e la mia entrata nel mondo del cognitivismo postrazionalista.

Ho scelto i due momenti che ricordo più coinvolgenti e importanti dal punto di vista affettivo.

Il primo è certamente la scoperta di Vittorio Guidano. Io non ho mai conosciuto quest'uomo, né l'ho mai visto o sentito parlare se non nelle registrazioni, ma è incredibile come qualcuno che non c'è più abbia potuto diventare così importante nella mia crescita personale e possa ancora suscitare in me delle emozioni intensissime.

Ricordo un giorno in particolare, mentre ero intenta a leggere uno dei suoi libri, ad un certo punto ho avvertito una sensazione fortissima di benessere.... finalmente esisteva qualcuno che esprimeva in parole quello che avevo sempre sentito e non avevo idea di come poter definire o spiegare. Non mi sembrava vero! Questa sensazione mi faceva e continua a farmi sentire bene e credo che gli sarò sempre grata perché mi ha aperto le porte ad un mondo che sento assolutamente mio, non smette mai di incuriosirmi e ancora mi regala un sacco di sorprese e di novità che mi arricchiscono ogni giorno.

Il secondo momento risale al giorno in cui, durante una supervisione che si è svolta durante il primo anno della scuola di specializzazione, ho presentato un caso clinico che mi stava particolarmente a cuore. Si trattava di un paziente che mi aveva molto colpito e che seguivo con speciale devozione.

La docente ha utilizzato uno strumento che ancora non conoscevo, la moviola, per analizzare un episodio che riguardava un esempio di dinamica relazionale tra me e quel paziente. Dal lavoro eseguito insieme, emergeva chiaramente che le modalità con le quali mi relazionavo al paziente, erano molto simili a delle dinamiche che mettevo in atto in alcune delle mie relazioni personali significative; Ricordo bene che mentre la docente mi faceva le domande e io descrivevo il caso, provavo questa strana sensazione di disagio, qualcosa che mi faceva sentire di dovermi difendere; avvertivo le sue domande perturbanti, sentivo violati dei confini che non sapevo nemmeno che esistessero..e siccome non avevo idea di cosa stesse succedendo, mi sentivo spaesata e nervosa. Mentre lei cercava di farmi ragionare sulle tematiche del significato personale mie e del paziente, era evidente come avessi completamente scotomizzato degli aspetti fondamentali sia dell'uno che dell'altro, e continuavo a innervosirmi e tra me e me, a rifiutare categoricamente quello che mi stava dicendo, ma qualcosa da qualche parte dentro di me aveva cominciato a farsi strada, e a dare vita a un debole ma già accecante barlume.

Quel giorno, la supervisione è terminata con una domanda diretta, nella quale la docente mi chiedeva chi c'era nella mia famiglia che poteva rappresentare una figura con la quale io interagivo nella stessa maniera con cui io mi relazionavo col paziente. Nonostante le mie difese, a quella domanda a bruciapelo io ho risposto subito e istintivamente, indicando chi fosse quella persona e ricordo bene che in quel momento ho percepito il sollevarsi di un

vocio generale di assenso e soddisfazione. Dopo di che tutti si sono alzati e siamo andati via. A me è montata istantaneamente una fortissima rabbia. Come poteva lei essere così sicura di cose che io non avevo nemmeno mai visto di me? Tornata a casa, ho preso in mano i libri e ho iniziato a rivedermi le cose di cui avevamo parlato ed è stato come se si accendessero tutta una serie di lampadine dentro di me, come in un risveglio ho iniziato a capire tutto ciò da cui mi ero strenuamente difesa durante la supervisione e alla fine, questo episodio, ha destato in me l'inizio di una curiosità infinita che non si è più spenta.

Considerato il fatto che personalmente ho vissuto il mio periodo di formazione come un vero e proprio percorso di crescita e di evoluzione, e che la mia identità di terapeuta si è modellata e costruita attraverso delle dinamiche all'interno delle quali erano riconoscibili delle somiglianze con i processi che si dispiegano durante la formazione dell'identità di un individuo, facendo un piccolo sforzo di immaginazione, ho provato a raccontarlo -a partire dal suo inizio, passando per la progressiva evoluzione durante gli anni di training, fino al raggiungimento della condizione di terapeuta maturo e pronto a confrontarsi con i pazienti -facendo una sorta di parallelismo con il **processo di sviluppo del sé** che avviene nell'essere umano così come ci è stato presentato da V.Guidano e poi integrato e acquisito alla base del modello postrazionalista.

Tale paragone rende evidente quanto sia stata fondamentale durante la mia formazione e quella dei miei colleghi, la presenza di un lavoro personale che ha partecipato in maniera determinante al perseguimento e conseguimento dell'obiettivo finale del corso, e cioè l'introduzione nel mondo della psicoterapia di terapeuti autonomi e maturi.

ETA' PRESCOLARE

- *Così come nella differenziazione dei contorni del sé di un bambino e nello sviluppo della sua identità, è fondamentale la reciprocità e la sincronia che si creano nell'interazione con le figure di attaccamento, anche nella costruzione della mia identità di terapeuta è stato determinante il livello di reciprocità che si è creato con le figure di riferimento che hanno partecipato alla nostra formazione e tra noi colleghi; il rapporto tra tali figure si è potuto sviluppare secondo dinamiche e ritmi diversi che si sono costruiti soprattutto attraverso il lavoro personale che è stato parte integrante del corso e presente durante la maggior parte del tempo di formazione.*
- *Noi sappiamo che, durante le prime fasi della vita, il bambino sviluppa una tonalità emotiva di fondo che determina il grado di affidabilità del mondo esterno e il livello di aspettative che nutrirà nei confronti dell'eventuale soddisfacimento dei propri bisogni e del proprio senso di competenza personale. La qualità di tale tonalità emotiva dipende principalmente dalla qualità della risposta data al bambino da parte delle figure di attaccamento.*

Nel nostro caso, allo stesso modo, la qualità delle risposte ricevute dai docenti in termini di rassicurazioni, risoluzione dei dubbi espressi e dimostrazione dell'efficacia di determinati strumenti, ha condizionato e influito in maniera decisiva sullo sviluppo della sicurezza in noi stessi e della padronanza dei nostri mezzi in qualità di terapeuti. E' palese come una qualità adeguata di tale risposta fosse proporzionale e direttamente conseguente al livello di reciprocità e di interattività creatosi durante il corso, il quale si è sviluppato ed evoluto soltanto durante le varie fasi del lavoro personale, e certamente non sarebbe stato possibile raggiungerlo attraverso la mera esposizione di nozioni teoriche, che per quanto fondamentali, non avrebbero mai potuto indurre il coinvolgimento emotivo e produrre le

perturbazioni che hanno dato vita a tale reciprocità, suscitato la nostra curiosità, e mantenuto sempre vivo e alto il nostro livello di interesse.

- *Lo sviluppo di un adeguato senso di competenza personale e di autonomia avviene in base al comportamento dei genitori all'interno di due ambiti fondamentali:*

a a - la qualità della relazione, così come è stato appena detto

b b - la capacità di favorire la ricerca di autonomia (importante nel nostro parallelismo), che si manifesta attraverso le prime azioni finalizzate ad esplorare l'ambiente esterno.

Infatti, affinché noi potessimo sentirci sempre più sicuri di noi stessi e in grado di affrontare delle sedute autonomamente, il lavoro personale ha rappresentato un'ottima palestra, nel senso che attraverso le molteplici prove durante le quali ci siamo cimentati, sotto la supervisione del docente, sia in qualità di terapeuti che di pazienti, nelle varie tecniche del modello postrazionalista, abbiamo potuto comprendere a fondo, proprio in quanto lo abbiamo sperimentato personalmente, il funzionamento e l'efficacia dei vari meccanismi terapeutici, e abbiamo acquisito gradualmente il senso di sicurezza e la competenza per poter poi padroneggiare tali attività in maniera del tutto autonoma.

In tutto ciò è stata determinante la costante volontà dei docenti di valorizzare e favorire le nostre iniziative fungendo da *base sicura* correggendoci negli errori e sostenendoci nelle insicurezze.

- *Così come da una serie di situazioni affettivamente significative sperimentate ripetutamente dal bambino in occasioni simili, si sviluppano delle **scene nucleari** che poi vengono ordinate e si organizzano determinando uno specifico senso di sé associato a specifici comportamenti ed emozioni, durante le molteplici situazioni nelle quali, durante il lavoro personale effettuato all'interno del corso ci siamo sperimentati ripetutamente come terapeuti nelle diverse tecniche, si sono sviluppate delle tipiche modalità di interazione con il paziente, diverse per ognuno di noi e sempre più riconoscibili man mano che andava avanti il corso, che avrebbero caratterizzato poi il nostro essere psicoterapeuti e lo faranno per tutto il resto della nostra carriera.*

Tali modalità, specifiche e peculiari per ognuno di noi, erano ovviamente coerenti con i nostri pattern di attaccamento e con le nostre tematiche di significato personale; alcune di esse potevano rappresentare delle aree di vulnerabilità nel momento in cui emergevano quando ci sperimentavamo come pazienti e contemporaneamente venivano valorizzate e trasformate in risorse man mano che emergevano, si manifestavano e ne acquisivamo sempre maggiore consapevolezza. Allo stesso tempo, poter vedere il manifestarsi di tali modalità negli altri colleghi non ha fatto altro che darci continui esempi reali e concreti di ciò che studiavamo teoricamente, consentendoci di non affacciarci direttamente nel mondo dei pazienti e delle loro ultracomplesse interiorità senza aver mai visto con i nostri occhi come funzionano la mente e l'anima di un individuo. È stato anche divertente constatare come ciascuno di noi abbia sviluppato progressivamente delle peculiari modalità di espletare il nostro lavoro, che ci hanno distinto in maniera sempre maggiore dando luogo alla formazione di identità di terapeuti sempre più coerenti che diventavano sempre più stabili e continue nel tempo. Ironizzare tutti insieme in maniera bonaria sulla tendenza all'ipercontrollo di uno piuttosto che sulla particolare sensibilità al giudizio di un altro

confermava continuamente la rappresentazione di noi stessi come terapeuti, dandogli ulteriore consistenza e stabilità nel tempo.

E' quello che Guidano, citando Tomkins(1978) definisce *magnificazione psicologica*, processo secondo il quale le scene passate vengono continuamente connesse con quelle presenti e con le aspettative su quelle future, dando così continuità e coerenza al senso di sé che va sviluppandosi.

- *Quindi,così come alla fine dell'età prescolare il bambino acquisisce una sempre maggiore capacità di differenziare le proprie emozioni da quelle dell'altro estraendo dal modello costituito dalle figure di riferimento indizi sempre più sottili che gli consentono di riconoscere in maniera sempre più specifica i propri stati d'animo e si riduce l'ansia da separazione in quanto si sviluppano delle aspettative condivisibili con la figura di attaccamento anche quando questa è assente fisicamente*, allo stesso modo, continuando a percorrere il nostro parallelo, man mano che si è andati avanti nel periodo di formazione, ognuno di noi ha acquisito sempre maggiore capacità di fare proprie le tecniche che ci venivano insegnate, estrapolando dal modello fornito dai docenti delle informazioni sempre più definite, che ci permettevano un continuo processo di identificazione ma allo stesso tempo di differenziazione da loro, sviluppando una sempre maggiore sicurezza e senso di autonomia che ci avrebbero consentito di affrontare il paziente non più in teoria ma nella vera pratica terapeutica anche quando tali figure non sarebbero state più presenti a supportarci.

Fanciullezza.

- *Come ben sappiamo, nonostante a quest'età il bambino abbia già acquisito, insieme al linguaggio, la capacità di descrivere la propria realtà, i processi di astrazione sono ancora limitati ed è quindi ancora notevolmente dipendente dai genitori nell'abilità di riconoscere e codificare i propri stati d'animo. Infatti, quando una sua esperienza differisce dalla spiegazione fornita dai genitori, il bambino esclude emozioni e pensieri propri relativi a tale esperienza, accettando la ridefinizione genitoriale; il che si ripercuote negativamente sullo sviluppo del senso di sé in quanto determina l'esclusione di una vasta gamma di esperienze emotive dal senso di sé percepito in modo che questo divenga il più consono possibile all'immagine accettata più favorevolmente dai genitori e ciò produce un senso di incompetenza personale nel riconoscere i propri stati interni.*

Anche noi, terapeuti in formazione, durante il susseguirsi delle lezioni, nonostante la sempre maggiore acquisizione di capacità che ognuno ha fatto proprie, eravamo ancora molto dipendenti dai docenti e dal modello da essi fornito.

Quindi, come il genitore dovrebbe evitare di ridefinire le percezioni e le sensazioni proprie del bambino, dandogli modo di esprimere sé stesso indipendentemente dal fatto che egli condivida o meno tale espressione e lasciando spazio all'emergere e all'evolversi della sua identità personale senza che questa venga soffocata da una presenza ingombrante e reprimente, anche i docenti hanno favorito le iniziative proprie di noi allievi, valorizzandole e incoraggiandole anche quando erano immature pur apportando le dovute correzioni,

evitando di scoraggiarle proponendo un modello troppo assoluto all'ombra quale sarebbe stato poi difficoltoso lo sviluppo e l'individuazione di un'identità autonoma di terapeuti.

- *Il processo di ricerca di coerenza interna è un processo molto complesso ma assolutamente funzionale, attraverso il quale abilità cognitive e differenziazione emotiva sono due elementi che si sviluppano parallelamente e funzionano in maniera interdipendente: ogni nuova esperienza insieme alle sensazioni ad essa correlate, viene assimilata e ordinata all'interno dell'impalcatura che si è costruita assemblando i vari schemi emozionali emersi a partire dalle esperienze precoci, orientando le capacità cognitive disponibili verso l'elaborazione di un insieme di convinzioni, aspettative e comportamenti, che sono assolutamente coerenti con l'impalcatura descritta e a loro volta regolano e rendono espliciti gli schemi emozionali. In questo modo lo sviluppo avviene con continuità e coerenza interna sempre più definita e articolata e con una direzionalità precisa.*

Anche il nostro sviluppo di terapeuti è avvenuto con le stesse caratteristiche di ricerca di coerenza. Ogni nuova nozione acquisita e in particolare quelle acquisite attraverso il lavoro personale e di conseguenza in corrispondenza di un certo livello di coinvolgimento emotivo, veniva assimilata in base agli elementi tipici di significato di ognuno di noi, così che l'evoluzione del nostro senso di essere terapeuti avvenisse sempre entro certi parametri coerenti con il nostro senso del sé e le nostre modalità specifiche di interazione che si ripetevano e stabilizzavano; e le relazioni terapeutiche che avremmo contratto sarebbero, sono e saranno poi sempre condizionate e regolate dalle caratteristiche del nostro significato personale.

Adolescenza

- *Con l'adolescenza emerge l'acquisizione delle capacità logico-formali, che corrisponde all'elaborazione di un codice concettuale sovraordinato che diventa un punto di riferimento per la creazione di ipotesi e inferenze, il che consente al giovane di percepire la propria esperienza immediata non più come l'unico mondo esistente ma come uno dei mondi possibili. Si verifica un vero e proprio "ampliamento" del mondo" dell'individuo, il quale può finalmente cogliere l'esistenza di aspetti della realtà differenti da quelli che sperimenta personalmente.*

Nel momento in cui sta avvenendo la formazione di un terapeuta, la capacità di astrazione dovrebbe essere già stata acquisita da tempo, ma è utile sottolineare come fosse importante che il modello studiato e appreso potesse essere considerato come "una delle realtà possibili" che poteva comunque essere integrata e arricchita con diverse altre teorie e che fosse percepita come utile l'integrazione delle diverse interpretazioni presenti all'interno del modello stesso, e non che esso dovesse essere percepito come un verbo assoluto che si trova in antitesi con tutti gli altri; il che non avrebbe fatto altro che limitare la generatività del nostro evolvere come terapeuti ma anche del nostro acquisire e metabolizzare il modello stesso.

- *Nonostante i processi di identificazione siano ancora estremamente importanti per confermare la propria identità personale e il giovane, sviluppi una codificazione della realtà sulla base del modello fornito dai*

genitori, essi iniziano ad essere percepiti come persone comuni e non più come depositari di verità assolute.

Ad un certo punto della formazione, i docenti che fino ad allora avevamo idealizzato, cominciarono a poter essere messi in discussione e a non essere più percepiti come assoluti, cioè con stati, d'animo, narrazioni e elaborazioni della realtà propri.

Altri concetti importanti

- Un'altra cosa importante che ho capito e scoperto durante il periodo di formazione, è quanto sia assolutamente a mio avviso necessario, sia attraverso il lavoro svolto all'interno del training che al di fuori di esso, che uno psicoterapeuta entri nell'ottica di dover fare un percorso personale di crescita ma soprattutto di acquisizione di consapevolezza del proprio modo di funzionare e di interagire con gli altri e con il mondo, data la necessità di differenziare le proprie caratteristiche di significato con relativi limiti e aree di vulnerabilità da quelli dei pazienti, requisito fondamentale per garantire l'efficacia del processo terapeutico e soprattutto per non generare danni anche seri su sé stessi e sui pazienti. Sembra banale e ovvio ma spessissimo è un elemento che sottovalutiamo, vuoi per paura di metterci in gioco e vedere turbato il nostro equilibrio, vuoi anche perché a volte manchiamo di umiltà. In realtà quell'equilibrio, come ben dice Guidano, è una dimensione dinamica, dove non c'è un punto d'arrivo definitivo, un traguardo dopo il quale siamo finalmente arrivati in cima. Non c'è una cima. Questa cosa, quando l'ho capita mi ha spaventata, mi è sembrata una fatica senza fine, dove non avrei mai raggiunto il benessere, ma poi ho capito che il benessere stava proprio nel suo dinamismo, nel fatto che ogni nuovo spostamento di quello stato di equilibrio mi avrebbe arricchito di qualcosa, e che non smettiamo mai di conoscerci e di crescere, possiamo migliorare sempre, e soprattutto avere sempre delle sorprese da noi stessi, siamo in continua e perenne evoluzione, il che non ci farà mai annoiare di noi stessi nel momento in cui siamo in quest'ottica.

Ovviamente noi terapeuti non siamo al di sopra di tutto questo. Spesso ci illudiamo di trovare un posto comodo nel ruolo di terapeuta, che ci rende apparentemente più forti e giusti degli altri, e meno vulnerabili. In realtà durante la mia formazione, ho capito che facciamo tutti parte del genere umano, che ogni essere umano ha le sue aree di vulnerabilità ed è esposto a scompensi e che non esistono linee di demarcazione tra sani e malati ma ogni comportamento o sintomo è funzionale al modo in cui abbiamo costruito la nostra realtà. Quelle linee servono solo quando abbiamo troppa paura di ciò che non conosciamo e su cui non abbiamo il controllo e allora ci raccontiamo che il ruolo di terapeuta ci può rendere immuni alle scosse di assestamento imprevedibili che riguardano chiunque.

Nell'ottica in cui la teoria che abbiamo studiato e acquisito vale per tutti gli esseri umani e un percorso terapeutico diventa un percorso di crescita che arricchisce la nostra consapevolezza in maniera generativa e non qualcosa che si fa quando si è carenti di qualcosa, oltre ad essere più obiettivi, diventa più semplice trasmettere questo concetto anche ai pazienti. Sappiamo bene come ancora esistano dei pregiudizi nei riguardi della psicoterapia...andare dallo psicoterapeuta è per i pazzi...per i malati...e allora arrivano da noi

quasi sempre quando sono già ad un livello di scompenso conclamato ed è anche più difficile data l'imponenza dei sintomi che offuscano il quadro e compromettono la lucidità che ci consente di lavorare insieme in maniera efficace. Se noi per primi siamo convinti che acquisire consapevolezza del nostro modo di vedere noi stessi, gli altri e il mondo può solo arricchirci di qualcosa, farci scoprire le nostre risorse in modo da poterle utilizzare nel gestire le situazioni di difficoltà e non solo, riusciremo a far capire ai pazienti che la psicoterapia non serve ad aggiustare qualcosa che non funziona bene, a riempire dei buchi, ma è uno strumento che aggiunge qualcosa al nostro modo di rappresentarci la realtà.

Così, questa mi è sembrata la maniera migliore per raccontare il mio percorso, perché è esattamente così che l'ho vissuto.

Bibliografia.

- Guidano V. F., La complessità del sé, Bollati Boringhieri, Torino, 1988
- Guidano V. F., Il sé nel suo divenire, Bollati Boringhieri, Torino, 1992
- Guidano V.F., Reda M.A., Cognitivismo e Psicoterapia, Franco Angeli editore, 1981
- Guidano V. F., Liotti G, Elementi di psicoterapia comportamentale, Bulzoni, 1979
- Bowlby J., Attaccamento e perdita, vol 1, Boringhieri, 1972
- Bowlby J., Attaccamento e perdita, vol 2, Boringhieri, 1973
- Bara G., Manuale di Psicoterapia Cognitiva, Bollati Boringhieri, 1995
- Lambruschi F., Psicoterapia Cognitiva dell'età evolutiva, Bollati Boringhieri, 2004
- Reda Mario A., Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia, Carocci, 1986

L'ILLUMINAZIONE POST-RAZIONALISTA

Roberta Rossini

Io proverò a raccontarvi come è stata per me l'illuminazione post-razionalista, dal mio punto di vista.

Ho sentito parlare di Post-Razionalismo mentre facevo l'università, in una delle annate anconetane di questi convegni e da lì ho cominciato a sfogliare Guidano e a documentarmi un po'.

Diciamo che l'avvicinarmi al Post-Razionalismo è stato per me l'inizio di un viaggio.

Mi piace utilizzare questa metafora per descrivere il mio percorso, perché mi dà l'idea di qualcosa in divenire e di continua esplorazione e scoperta. E già in questo modo mi vengono in mente alcuni concetti che mi hanno affascinato e spinto verso questa prospettiva teorica e nello scegliere a quale scuola di specializzazione iscrivermi, concetti che sento più vicini al mio modo di essere e che rispecchiano meglio il mio modo di pensare la terapia.

In primis c'è quello di un individuo in continuo divenire, che costruisce attivamente il proprio senso di sé, nel suo essere unitario e continuo. E questo concetto ha risuonato in me, con la mia idea che ogni individuo può costruirsi ciò che diventare ed ha mille possibilità.

Altro concetto è poi la centralità data alla soggettività individuale, l'esplorazione attenta e piena di interesse delle modalità che ognuno ha di esperire le proprie emozioni e, in questa direzione, la possibilità di incuriosirmi, piuttosto che spaventarmi, verso le tante sfumature del sentire della persona e nel conoscere insieme ad essa come sono fatte.

E questo "insieme a" mi collega ad un altro concetto che mi piace, quello di terapeuta e paziente che, insieme, "mettono le mani in pasta", co-costruiscono; e il paziente cambia fisionomia: non è quello da istruire o interpretare, ma è l'esperto unico di sé, e così anche il ruolo del terapeuta diventa più umano e io mi ci vedo e mi ci sento più a mio agio!

Lungo il viaggio, parallelamente all'illuminazione teorica, ha cominciato ad essere illuminata anche un'altra parte, altrettanto fondamentale, quella personale. E' cominciata, ed in continuo divenire, l'esplorazione di me stessa, delle mie modalità organizzative, delle mie attivazioni emotive, dei miei temi critici, delle mie aree emotive più scoperte, delle mie strategie: uno sguardo alla teoria e uno sguardo a me stessa, in un movimento a pendolo in cui mi sono scoperta e riscoperta.

E da qui è stato poi possibile orientarmi meglio nelle storie che ogni paziente chiede di districare. Con la teoria che fa da bussola per non perdermi in ciò che il paziente porta, ho cominciato a essere più consapevole di quel accadeva, ma anche di come ogni paziente mi fa vibrare emotivamente in maniera diversa, osservando poi come, di conseguenza, cambiava la mia modalità interattiva e man mano ho cominciato a utilizzare la mia esperienza emotiva con quel paziente per arrivare a capire insieme a lui "che cosa sta succedendo qui". E' cambiato il mio modo di stare nelle sfide o nelle provocazioni del paziente, la possibilità di concedermi mosse più riflessive, a prendermi il tempo di sentirmi cosa fare con quel paziente e di non dover subito fare. Poi sicuramente un'altra cosa che di buono ha fatto per me quest'illuminazione post-razionalista è l'avermi dato una modalità diversa di leggermi e gestirmi le dinamiche che ci sono nell'équipe del Servizio in cui lavoro: sicuramente ho guadagnato in serenità!!

E in questo viaggio illuminato, per continuare la metafora, non sono meno importanti i compagni di viaggio, i miei compagni di corso, Furio Lambruschi, Silvio Lenzi e il gruppo marchigiano di Bernardo Nardi con cui ho fatto tirocinio, che hanno fatto sì che queste esplorazioni fossero sicure per me. Mi tornano in mente tanti momenti, momenti di lavoro, di fatica, di divertimento, con alcuni è nato un legame particolare, tanto che abbiamo coniato l'espressione "famiglia bolognese". E proprio la dimensione di gruppo, che era quella che mi più spaventava e mi intimoriva, è stata quella che mi ha fatto crescere maggiormente e che mi ha fatto sperimentare in "vivo" le tematiche approfondite sul piano teorico. E in questa dimensione di gruppo, considerando che per me il tema del giudizio esterno non è certo irrilevante, mi sono sentita di potermi mettere in gioco nel tempo con meno difficoltà e con un po' più di serenità.

E il viaggio continua e continua l'esplorazione e vedere, per esempio, che effetto fa ripartire con la scuola, stavolta non da allieva ma da co-didatta. Sicuramente è stato fin qui un viaggio pieno di stimoli e sono certa che andando avanti ci saranno tante altre esplorazioni che potrò fare!