

Susanna Premate

***LA FORMAZIONE IN
PSICOLOGIA CLINICA:
PROBLEMATICITÀ E
PROSPETTIVE
FUTURE.***



LA FORMAZIONE IN PSICOLOGIA CLINICA: PROBLEMATICITÀ E PROSPETTIVE FUTURE

INDICE

0. INTRODUZIONE.....	pag. 1
1. QUESTIONI E SCELTE FORMATIVE.....	pag. 4
1.1 Confronti tra psicoterapie.....	pag.4
1.2 Domande per, sulla formazione.....	pag. 11
2. LINGUAGGI E PSICOTERAPIE.....	pag. 22
2.1 Analogie verbali.....	pag. 22
2.2 Analogie non verbali e paraverbali.....	pag. 40
2.3 Transteoricità: Verdetto di Dodo e ‘Maghi’ transteorici.....	pag. 53
3. GHETTIZZAZIONE vs. ECLETTISMO.....	pag. 54
3.1 Trasgressione.....	pag. 58
3.2 Integrazione.....	pag. 60
3.3 Contaminazione.....	pag. 79
3.3.1 Multi-disciplinarietà e creatività.....	pag. 79
3.3.2 Dalla mancanza: Servizi Pubblici e nuovi setting.....	pag. 82
3.3.3 Dal <i>surplus</i> : Internet e Psicoterapia.....	pag. 82
4. CONCLUSIONI.....	pag. 85
5. RINGRAZIAMENTI.....	pag. 88
6. BIBLIOGRAFIA.....	pag. 89

0. INTRODUZIONE

“Adesso ero libera di studiare quello che ho scelto di chiamare il PERCHÉ che sta dietro al perché. [...]

Perché *io*? Perché *questo*? Perché *adesso*?”

(Norwood, 2011, pag. 16, 21)

Il bisogno dell'uomo di curarsi e di stare meglio è sempre esistito, come ci descrive bene M. Foucault (1982), già nell'antica Grecia si praticava l'”*Epimeleia Eauton*”, ovvero la cura di sé.

“Possiamo constatare come la cura di sé abbia costituito non solo un **principio**, ma anche una **pratica costante**” (Foucault, 1982, pag. 440).

Innanzitutto, **Platone** (Atene, 428/427 a.C – Atene, 348/347 a.C) ne parla nei *Dialoghi Socratici*, ossia nell'*Alcibiade* e nell'*Apologia*, in cui **Socrate** (Atene, 470 a.C/469 a.C – Atene, 399 a.C) afferma che è importante una cura permanente del sé.

La stessa affermazione si ritrova anche in **Epicuro** (Samo, 341 a.C – Atene, 270 a.C), nelle *Lettere a Meneceo* ed in **Seneca** (Cordova, 4 a.C – Roma, 65 d.C), che ci descrive delle pratiche per stare meglio in molti dei suoi libri, quali il *De Providenzia* ed il *De Ira*.

Filone d'Alessandria (20 a.C – 50 d.C, Alessandria d'Egitto), nel *De vita contemplativa*, descrive il gruppo dei **Terapeuti**, ossia coloro che avevano deciso di ritirarsi nei pressi di Alessandria in una comunità e che si designavano come terapeuti, ossia come coloro che curavano l'anima, al pari dei medici che curavano il corpo. Vi è quindi un parallelismo tra la *Therapeutiké* (cura dell'anima o Terapeutica) e la *Iatriké* (la medicina, la cura del corpo). La Terapeutica è una forma di attività molto più ampia e spirituale, meno direttamente fisica, rispetto a quella dei medici. Nel 50 d.C, **Epitetto** (Ierapoli, 50 a.C – Nicopoli d'Epiro, 130 a.C), Stoico, nelle *Diatribes*, rimproverava gli allievi di essere andati in quel posto residenziale per imparare l'arte della retorica e non per la propria guarigione, infatti, secondo lui, prima è necessario guarire le proprie ferite e poi imparare e per guarire bisogna soffrire.

Questa tesi tratta delle **problematicità e prospettive future nel campo della formazione in psicologia clinica**.

In particolare, nel **1^o capitolo**, viene articolato un confronto tra i diversi modelli di psicoterapie a partire dal concetto di **sintomo**, che, seguendo il pensiero congiuntivo di **Edgar Morin** (1983), è orientato contemporaneamente verso il soddisfacimento di una “pulsione di morte, ma anche di

vita”, in quanto, togliere un sintomo o rompere un determinato assetto collusivo può portare ad uno scatenamento psicotico o ad un crollo depressivo, dato che il soggetto ha costruito la propria identità in base ad essi. Successivamente, vengono trattate le questioni relative all’ambito formativo, in particolar modo le motivazioni cosce ed inconscie della scelta di una formazione clinica e psicoterapeutica, le modalità di scelta di una Scuola di Psicoterapia e l’attuale dibattito sull’università non professionalizzante al lavoro clinico. Per quanto riguarda le motivazioni inconscie al lavoro dello psicologo clinico e dello psicoterapeuta, è stata riportata una classificazione delle stesse, suddivise in 3 categorie: funzionali, disfunzionali ed incompatibili. Oltre alle motivazioni incompatibili, in letteratura si è riscontrata anche la presenza di particolari strutture psichiche che non permetterebbero lo svolgimento del lavoro di clinico e psicoterapeuta. Inoltre, ci si è interrogati sull’attuale significato della scelta di una Scuola di Psicoterapia, ed è stato riscontrato che più del 50% di psicoterapeuti si dichiara eclettico e che c’è maggiore somiglianza tra terapeuti esperti appartenenti a scuole differenti piuttosto che tra aspiranti terapeuti appartenenti a scuole dello stesso tipo.

Nel 2^a capitolo, premettendo che il **linguaggio** è uno degli elementi che differenzia l’essere umano dall’animale, viene operata una riflessione su tale aspetto, che risulta di particolare rilevanza in psicoterapia. Vengono trattate le analogie, a livello di artifici linguistici appartenenti ad orientamenti psicoterapeutici diversi, che designano i medesimi costrutti di pensiero. Ad esempio, vengono presi in rassegna i sinonimi dal punto di vista processuale della dimensione terapeutica e da quello teleologico, ossia sono stati individuati sinonimi rispetto al concetto di relazione e, dunque, del processo curativo, ma anche dell’obiettivo, ossia del cambiamento, nelle sue numerose accezioni. Vengono trattati anche il **linguaggio non verbale e para-verbale**, in quanto è stato riscontrato che bravi terapeuti, appartenenti ad orientamenti differenti, utilizzano questi due tipi di linguaggio nello stesso modo, ossia rispecchiando il paziente, per produrre effetti psicoterapeutici. Inoltre, si parlerà anche del **Verdetto di Dodo**¹, secondo il quale ogni tipo di psicoterapia funziona, in quanto i diversi orientamenti psicoterapeutici sono accomunati da fattori aspecifici che producono cambiamento, nelle sue più mutevoli sfaccettature. In accostamento a questo, si accentua la dimensione critica, da parte del clinico, come foriera di una migliore formazione professionale, di progresso e sviluppo di nuove teorie e modalità di aiutare i pazienti.

¹ Tale espressione linguistica deriva da un episodio presente in *Alice nel paese delle meraviglie* di Lewis Carroll, nel quale tutti i personaggi sono bagnati e Dodo, volatile attualmente estinto, afferma che, per asciugarsi, devono correre, cominciando e fermandosi quando ne hanno voglia. Siccome, dopo circa un’ora, sono tutti asciutti, Dodo afferma che sono tutti vincitori.

Nel 3^a capitolo, viene ripreso il Verdetto di Dodo a partire dal tema della **Ghettizzazione vs. Eclettismo e Contaminazione**. Infatti, si sono aperte sempre più Scuole di Psicoterapia; in tutta Italia ce ne sono 144 riconosciute dal MIUR, delle quali 35 si trovano in Lombardia e, di queste ultime, ve ne sono 30 solo nella provincia di Milano. Questa proliferazione di Scuole di Psicoterapia – influenzata sia dall’apertura di molte più Facoltà di Psicologia in tutta Italia che dalla creazione dell’albo di psicoterapeuti che ha portato queste scuole ad una corsa per il riconoscimento – ha creato un disorientamento nella scelta, da parte del clinico aspirante terapeuta, e anche ad una scarsa comunicazione tra psicoterapeuti di origini diverse per paura di perdere la propria identità. Successivamente, con il tempo, questa Ghettizzazione si è affievolita, portando, in alcuni casi, i diversi esponenti di differenti approcci a dialogare tra loro, in quanto, se non ci fosse un minimo di dibattito non vi sarebbe trasformazione e cambiamento. Ad esempio, i Comportamentisti sono diventati Cognitivo-Comportamentali, gli Psicoanalisti meno rigidi ed i Sistemici anche Cognitivo-Costruttivisti. Inoltre, anche a causa di forze maggiori, quali l’apertura dei Servizi Pubblici e la maggior diffusione delle tecnologie, senza volerlo, si è arrivati a costruire un linguaggio che è il risultato dell’integrazione e contaminazione di più modelli. Tutto questo rispecchia la complessità della persona. Si può, dunque, parlare di Eclettismo², ma con l’intento di togliere, da questa parola, la sua accezione negativa. Sono, a tale titolo, riportate diverse modalità in cui tale termine è declinato. I diversi orientamenti psicoterapeutici possono confrontarsi su **problemi comuni** rispetto la psicoterapia, come ad esempio, l’Auto-critica del paziente e l’influenza della soggettività del terapeuta sulla cura. Possono, inoltre, confrontarsi su **strumenti e teorie comuni** che li aiutano nella conduzione della cura terapeutica, quali l’EMDR della Shapiro, il CCRT di Luborsky, le metafore e la Teoria dell’Attaccamento di Bowlby. Spesso, dal dialogo tra i vari esponenti delle Scuole di Psicoterapia sono nate anche molte **teorie integrative**, quali la Teoria Multimodale di Lazarus, una declinazione del Transfert secondo le coordinate Piagetiane di **assimilazione ed accomodamento** da parte di Wachtel e, da parte di Wakefield, il rintracciamento di assunti di carattere cognitivo all’interno dei testi Freudiani.

Da queste diverse direzioni, anche a livello teorico, sono state elaborate espressioni linguistiche corrispondenti a quanto operato nella pratica integrativa dei diversi orientamenti psicoterapeutici. In particolare, tratteremo i filoni dell’**Eclettismo Tecnico**, dell’**Eclettismo Teoretico** e dell’**Integrazione Meta-Teoretica ed Epistemologica**.

² Dal greco *Ekletikós*, “colui che sceglie, ossia: scelta tra sistemi o indirizzi diversi; elaborazione teorica risultante dalla coordinazione di elementi di diversa provenienza; coordinazione di principi e dottrine scelti tra più ambiti o correnti” (Devoto & Oli, 1997, pag. 972).

1. QUESTIONI E SCELTE FORMATIVE

“Sicché mi tocca di leggere tutto quel che abbia attinenza con l’argomento [...] e per la prima volta. Ma non leggo volentieri.”
(Freud, 1912-1936, pag. 96, 97)

“Quello che a noi interessa sapere è fino a che punto gli uomini si sforzino di **non cambiare le istituzioni, benché d’altro canto cerchino di cambiarle, considerandole inadeguate e insoddisfacenti.**”
(Bleger, 1966, pag. 88)

1.1 Confronti tra psicoterapie



Schiele, *La madre morta* (1910)

“Essere o non essere, questa è la domanda” (Shakespeare, 1603, pag. 165). **Shakespeare**, in *Amleto*, formula un interrogativo mediante l’accostamento di azioni che percepisce come antitetiche, nella forma del *out-out*, anziché congiuntiva del ‘e...e’, richiamando il **principio ologrammatico** di Edgar **Morin** (1983), secondo il quale non solo la parte è nel tutto, ma anche il tutto è nella parte, superando così una Prospettiva Riduzionista, che non vede che le parti, ed anche Olistica, che non vede che il tutto: epistemologia della complessità adeguata alla conoscenza dell’uomo. Morin afferma che, per poter conoscere qualcosa, si

può utilizzare, in alcuni casi, il pensiero disgiuntivo, in modo tale da, ad esempio, orientarsi nella scelta di qualcosa ed, in altri, il pensiero congiuntivo, quando due azioni non sono necessariamente antitetiche. In psicologia, per quanto riguarda il sintomo, potrebbe essere più utile adoperare un pensiero di tipo congiuntivo per mostrare come esso spinga il soggetto verso una direzione mortifera, ma, allo stesso tempo, di vita, essendo l’unico modo che la persona ha trovato per ovviare un crollo depressivo o uno scatenamento psicotico (A.A., V.V., 2009; McWilliams, 2012).

Quindi, vivere o morire? Vivere e morire? Inizialmente, **Freud** parla di pulsione di vita e solo successivamente si accorge che esiste anche una pulsione di morte, *thanatos*, che attrae il Soggetto (Freud, 1920).

Anche altri autori, appartenenti a professioni diverse dagli ambiti di psicologia, psicoterapia e psicanalisi³ mettono ben in luce la logica ‘e...e’ del **continuum vita-morte**, ma lo fanno a partire

³ Spia di una **contaminazione** tra discipline, che verrà successivamente approfondita (cfr. capitolo 3).

da una **Prospettiva Teleologica** e non anche processuale. Ad esempio, **Heidegger** (1927), filosofo, afferma che la persona, che chiama *Esser-ci* (essere qui, gettato nel mondo) è un *Essere-per-la-morte* e questo significa che è un 'già e non ancora' la sua essenza e, quindi, è anche già da sempre la sua morte. La medesima idea la ritroviamo in **Schiele**, pittore, nel dipinto, sopra riportato, *La madre morta*, in cui la morte è già vista come presente (e non più contrapposta) all'interno della vita stessa, dato che tutto ciò che vive è anche morto perché ha in sé il suo esistenziale compimento, fin dal momento del concepimento.

Ritornando a **Freud** (1920), egli, con l'introduzione del concetto di **Coazione A Ripetere**, mostra come vita e morte non siano in contrapposizione non soltanto da una Prospettiva Teleologica, ma anche da una **Prospettiva Processuale**: la ripetizione di schemi relazionali disfunzionali tendenti alla morte, e la loro eventuale espressione in sintomi, tiene in vita il Soggetto perché ne costituisce l'id-entità, che un tempo è stata ex-entità, determinata dall'esterno. I terapeuti ad **Orientamento Psicodinamico** affermano che togliere un sintomo dell'asse I del DSM, senza tener conto dell'asse II della struttura, può portare ad uno scatenamento psicotico, quindi il sintomo è contemporaneamente una spinta verso la morte e verso la vita (AA. VV., 2009).

I terapeuti ad **Orientamento Sistemico-Relazionale** affermano che il sintomo può essere considerato una risorsa perché designa un sistema disfunzionale, che, proprio grazie ad un'espressione sintomatica, può essere cambiato (Gurman & Kniskern, 1995). **Carli** (2004) introduce il termine **Collusione**, che è sinonimo di **Gioco** per l'**Approccio Transazionale** (Berne, 1964), di Tema Relazionale Conflittuale Centrale o **CCRT** per **Luborsky**⁴ (1992), di **Re-**

⁴ **Luborsky** (1992), a differenza di altri autori precedentemente citati, non è il capostipite di un determinato tipo di approccio psicoterapeutico, ma si fa carico del tentativo di rendere maggiormente scientifica la psicanalisi, **operazionalizzando il concetto di transfert** nelle componenti RO (risposta dell'altro), RS (risposta del soggetto) e W (desiderio del soggetto), codificate a partire dall'intervista RAP, in cui il soggetto è tenuto a raccontare 10 episodi relazionali significativi (ER: Episodi Relazionali). Tale operazionalizzazione è inserita all'interno della fase storica della ricerca in psicoterapia dei **Microprocessi** e rappresenta una svolta fondamentale per la psicanalisi perché precedentemente, con le fasi dell'**Outcome-Research** e della **Process-Research**, le uniche terapie scomponibili in componenti erano di stampo Cognitivo-Comportamentale, come ad esempio, la terapia per la Depressione di Beck, scomponibile in A (componente affettiva), B (componente comportamentale) e C (componente cognitiva). Per quanto riguarda la psicanalisi, invece, è molto più difficile scomporla in sotto-componenti perché esse sono difficilmente ed arbitrariamente individuabili ed è per questo che è stata accusata di mancanza di scientificità

Enactment (riattualizzazione di esperienze mentali passate) per **Jacobs** (1999) e di **Godimento** per **Lacan** (Palombi, 2009). Dunque, vengono usati **sinonimi** per denominare il pattern relazionale disfunzionale, che, assieme alla sua eventuale manifestazione in sintomi, congiuntamente ad essi, viene considerato contemporaneamente pulsione di morte e di vita (Logica dell'e...e in una Prospettiva Processuale).

Altre modalità in cui la **coazione a ripetere** si esprime in modo più subdolo e sottile sono tutte quelle forme di **'Vita Per Procura'** (Hurni & Stoll, 2004), in cui il Soggetto è come un parassita perchè ha bisogno costantemente dell'Altro per poter vivere e sentire emozioni attraverso di lui (Molinari & Labella, 2007). Questi individui, per lo più, si legano a persone contro-dipendenti (Hurni & Stoll, 2004) e passano da un partner all'altro perché altrimenti non sentono di esistere (Norwood, 2009). Un esempio è Jacqueline, ultima moglie di Pablo **Picasso**, scelta da quest'ultimo perché era una donna completamente devota alle sue necessità e questo era uno degli elementi essenziali al rafforzamento della relazione perversa, instauratasi tra i due. Per ulteriore chiarificazione e presentificazione di tale concetto, voglio riportare un breve paragrafo tratto dal volume *L'odio dell'amore* (Hurni & Stoll, 2004, pag. 242).

Se tutto procedeva bene per lui, anche per lei andava tutto bene. Lei era un essere che viveva per procura, un parassita la cui energia proveniva dalla vita di cui si nutriva, contribuendo a minarla nel fisico molto tempo prima della dichiarazione di morte clinica. S'abbandonava a lui in una monomania che escludeva perfino la figlia, la quale doveva accontentarsi delle poche briciole di affetto che la madre poteva dispensarle.

Similmente, allontanandoci dall'ambito perverso-narcisistico, possiamo ritrovare lo stesso fenomeno anche in relazioni prettamente disfunzionali di Soggetti, deprivati dalle gioie sensoriali ed anche relazionali della vita, apparentemente forse diagnosticabili come depressi, ma che tuttavia sono affetti da una forma di sofferenza che potremmo designare **Manipolazione**, non avente, però, lo scopo di sfruttare l'Altro, ma di sentire di esistere attraverso egli (Molinari & Labella, 2007), a causa di emozioni che, da bambini, si è dovute reprimere perché inconciliabili con il proprio ambiente di vita (Liotti, 2009). Tuttavia, onde evitare un atteggiamento critico verso questa tipologia di meccanismi, fuorviante lo scopo clinico-psicoterapeutico, possiamo notare e, forse,

(Dazzi, Lingardi & Colli, 2006). Tuttavia, è necessario ricordare che non bisogna incorrere nell'errore di "considerare vero soltanto ciò che in realtà è più facile da misurare" (Di Nuovo & Lo Verso, 2005, pag. 15).

annoverare tra i Meccanismi di Difesa, non una semplice repressione-rimozione di emozioni e sensazioni, ma una **Lateralizzazione**, un movimento laterale delle stesse, compiuto da un individuo, in modo tale da non rinunciare totalmente ad esse – come avviene, ad esempio, nei Disturbi di Personalità, quali Schizoide ed Evitante (McWilliams, 2012) – ma di poterle esperire attraverso un Altro. Per maggiore comprensione di queste dinamiche abbastanza ostiche, riporto un estratto di un'esemplificazione clinica di Renzo Carli (Molinari & Labella, 2007, pag. 7, 8).

“Sono un grande manipolatore”. Un paziente passa la sua vita a cercare di influenzare, costruire, controllare, determinare i pensieri, le valutazioni dell'altro su di lui. Esiste solo attraverso ciò che gli altri pensano di lui, quale risultato della sua influenza e della sua manipolazione. Questo esercizio viene orientato, in particolare, nei confronti delle donne.

Dice di non saper godere direttamente di un libro, di un tramonto, di uno spettacolo teatrale, di una relazione: può provare emozioni solo indirettamente, quale risultato del suo influenzare l'altro, se riesce a far pensare e valutare all'altro quell'evento che non riesce a vivere direttamente. [...] Questa persona esiste solo in quanto sa influenzare l'altro [...] con l'obiettivo di offuscare la propria identità sino a farla scomparire entro le mille sfaccettature, che il paziente pensa di poter assumere entro la mente altrui.

Quindi, riprendendo la questione originaria, com'è possibile svincolarsi da questa Coazione A Ripetere/Collusione/Gioco/Tema Relazionale Centrale Conflittuale/Re-enactment/Godimento e trascinare maggiormente⁵ la propria esistenza verso il polo della vita del continuum vita-morte? Questa domanda coincide con la questione che generalmente si pone un terapeuta o un aspirante tale perché corrisponde alla domanda sulla modalità – o sulle modalità, se possiamo prendere a prestito il Verdetto di Dodo (Dazzi, Lingiardi & Colli, 2006) e considerare le psicoterapie di egual efficacia e, metaforicamente, paragonarle a svariate strade che portano tutte a Roma – più utili per aiutare un paziente.

La maggior parte degli approcci psicoterapeutici risponde a questo interrogativo sul **cambiamento** cercando di far arrivare il Soggetto ad una **consapevolezza** della propria situazione, che è chiamata,

⁵ Ho voluto specificare ‘maggiormente’ in ricordo di Freud (1920) e del suo cambiamento di idea dalla possibilità all'impossibilità ad analizzare totalmente una persona: cambiamento di veduta che gli costò l'allontanamento di molti dei suoi discepoli, disillusi dall'impossibilità di una completa guarigione di se stessi e dei propri pazienti (cfr. capitolo 3).

da **Bion** (1989), **Verità** e da **Lacan, Questione** (Palombi, 2009). Inoltre, molti approcci, per lo più di matrice psicodinamica, assieme ad una consapevolezza cognitiva, ritengono essenziale che tale *insight* venga raggiunto all'interno di una **relazione**⁶, in modo tale da far vivere al paziente quella che **Alexander** definisce **Esperienza Emozionale Correttiva** (Liotti, 2011) per permettere, al paziente, di intercettare, nel mondo, altri, con i quali instaurare legami più funzionali e meno dolorosi, come ripetizione della relazione con il terapeuta, che si è sostituito alle figure genitoriali, correggendone gli errori.

Indipendentemente dal tipo di approccio, tutte le Scuole di Psicoterapia insegnano a produrre un **cambiamento** – denominato con diversi termini, a seconda del modello teorico di riferimento, quali **consolidamento, guarigione, crescita, illuminazione, modificazione del comportamento**, ecc. – ma in diverso modo (Blander & Grinder, 1981) ed utilizzano in differenti modi l'**esperienza di vita**, portata dal paziente in terapia, concentrandosi su determinati aspetti ed ignorandone degli altri. Ad esempio, i Cognitivo-Comportamentali lavorano su una dimensione concettuale-cognitiva e, dunque, usano delle tecniche, quali il *disputing* e l'ABC (Robichaud & Dugas, 2005), per entrare nei concetti e nelle funzioni loro sottostanti. I Sistemici, invece, lavorano su una dimensione interpersonale del contesto e delle relazioni, quindi, sul sistema familiare e la modalità che abbiamo di interconnetterci nelle relazioni con gli altri. Un terapeuta di matrice psicodinamica, generalmente, si concentra, invece, sui conflitti del passato e le esperienze traumatiche e, dunque, c'è un tentativo di agire, in qualche misura, sull'inconscio, attraverso una serie di strumenti, quali, l'analisi dei sogni, le libere associazioni, la riflessione sui movimenti transferali, ecc. Così come i cognitivo-costruttivisti lavorano sulle convinzioni limitanti e sui traumi del passato favorendo anche un potenziamento dell'autostima. La cosa interessante in psicoterapia è che, qualunque sia il punto di partenza da cui si inizia l'indagine con una persona, si arriva a stabilire una relazione ed a produrre un cambiamento. Dunque, ogni Scuola si rapporta in maniera differente con il medesimo concetto dell'esperienza di vita del paziente e questa differenziazione implica una serie di ripercussioni sugli strumenti da utilizzare nel percorso psicoterapeutico per produrre un miglioramento (Blander & Grinder, 1981).

⁶ Specifico che la componente relazionale è considerata uno dei fattori aspecifici delle psicoterapie e così onnipresente (AA. VV., 2009), ma ritengo necessario distinguere la semplice componente relazione da un'esperienza emotiva e correttiva, che, a mio avviso, rappresenta un valore aggiunto rispetto al fattore aspecifico, precedentemente menzionato, perché non in tutte le psicoterapie, il terapeuta reagisce in modo opposto alle aspettative del paziente per permetterne una modificazione dei suoi Modelli Operativi Interni o del suo Stile di Attaccamento (Bowlby, 1982).

Altra differenza che possiamo individuare tra i differenti approcci psicoterapeutici può essere introdotta con una riflessione di **Kahneman** (2012), psicologo che ha vinto il premio Nobel per l'economia, il quale ha scoperto che al nostro interno abbiamo due sistemi deputati al cambiamento ed alla presa di decisione, che si attivano ogni volta che ci troviamo di fronte a situazioni in cui dobbiamo scegliere cosa fare e che influenzano il nostro modo di leggere la realtà. Un **sistema** è più **intuitivo**, mentre l'altro è più **razionale**, questi due sistemi non si possono attivare contemporaneamente, ma, nel momento in cui, ad esempio, prende il sopravvento il pensiero intuitivo, fa un passo indietro il sistema razionale e viceversa. Questo è un altro punto importante, dal quale i diversi Approcci di Psicoterapia si differenziano perché alcuni approcci puntano più sull'intuizione e sulla stimolazione e crescita della capacità intuitiva, che, solitamente, è più veloce, automatica ed immediata; mentre altri si focalizzano sul meccanismo del ragionamento che è più lento, controllato e seriale. Intervenire su uno dei due meccanismi implica grandi differenze dal punto di vista tecnico perché l'intervento sul sistema razionale è maggiormente codificato ed i Cognitivo-Comportamentali sfruttano questo vantaggio producendo più facilmente ricerche che hanno credibilità, attendibilità ed affidabilità scientifica (Dazzi, Lingiardi & Colli, 2006).

Al contrario, il sistema dell'intuizione è più incentrato sulla creatività. Le Scuole di questa seconda tipologia sono caratteristiche perché hanno avuto dei leader geniali che hanno saputo sviluppare un modello particolarmente appropriato nelle loro mani, ma non sempre sono riusciti a codificare questi concetti in termini pratici, con una serie di problematicità di queste tecniche in mano a terapeuti bravi ed onesti, ma con meno slancio creativo e genialità rispetto ai capiscuola.

In questa dicotomia tra razionalità scientifica e creatività, la Psicoterapia può essere vista ed immaginata a metà strada **tra arte e scienza**, proprio come Vittorio **Guidano** (2008) intitolò un suo bellissimo libro: *La psicoterapia tra arte e scienza*. La dicotomia tra il sistema intuitivo e quello razionale rimanda, in psicoterapia, alla differenza tra le dimensioni **tra il sapere ed il saper fare**. Ci sono pazienti che sanno benissimo cosa fare, come ad esempio gli alcolisti, che sanno che non dovrebbero più bere, ma non riescono a farlo. Ci sono, quindi, una serie di patologie, dove lavorare solo ed esclusivamente su una dimensione razionale non funziona perché non è sufficiente dato che sarebbe necessario spostare l'attenzione dal cosa fare al perché farlo, in modo tale da riuscire ad agire nel Reale. Lo stesso vale anche per il contrario perché ci sono persone che sanno benissimo fare una cosa, ma non riescono a spiegarsela, non sanno entrare nella profondità emotiva della situazione, per come loro la vivono, e a darle un'interpretazione. Quindi, per questi motivi, è importante avere un approccio psicoterapeutico che non sia **fondamentalista**, ma aperto a influenze di orientamenti differenti perché è proprio nella differenza e nell'incontro con approcci lontani da quello elettivamente adottato, che è possibile trovare una grande e forte fonte di arricchimento,

come terapeuti ed anche come uomini. Anche in questo caso, risulta essere vero che “la curiosità è una salutare spinta alla conoscenza” (Vitolo, 1997 pag. 10).

Similmente a Guidano (2008), anche **Gadamer** (1993) propone una distinzione tra scienza ed arte – **non** valutandole come **l’una l’opposto dell’altra** (Resnik, 2001) – considerando, come scienza, il **sapere generale**, mentre, come arte, l’**applicazione di tale sapere al singolo caso**.

Oltre agli autori precedentemente riportati, anche altri personaggi, psicoterapeuti e non (rif. contaminazione, cfr. capitolo 3) hanno proposto argomentazioni relative ad una commistione tra scienza ed arte per indicare la pratica psicoterapeutica.

Innanzitutto, Edgar Morin (1983) riprende **Cartesio** che, sotto l’influsso del dominio dei principi semplificanti la realtà di disgiunzione, riduzione, astrazione e gerarchizzazione, operò una distinzione tra **Res Cogitans** (cosa che pensa) e **Res Extensa** (realtà materiale), ossia tra Filosofia e Scienza. Dunque, a partire da Cartesio, scienza e filosofia vennero concepite come antitetiche ed inconciliabili, mentre sono molti gli esempi di commistione tra intuizioni e prodotti scientifici. Come pensa Morin “la complessità scientifica è la presenza del non-scientifico nello scientifico, che non annulla lo scientifico, ma al contrario gli consente di esprimersi” (Morin, 1983, pag. 106).

Ad esempio, i lavori di **Hurni e Stoll** (2004) sulla Perversione riguardano una validazione scientifica di tale tema, messo già a punto, in fase di pre-scienza, da poeti e scrittori e lo stesso concetto di inconscio era già presente in filosofia ed in letteratura, con artifici linguistici differenti. Degli esempi di tali artifici sono il *daimon* greco, la reminiscenza platonica, il pensiero intuitivo di Plotino, il libro di von Hartmann, del 1869, intitolato *Filosofia dell’inconscio*, Schopenhauer, Nietzsche, Janet, ecc. Dunque, Freud operò soltanto una sistematizzazione del concetto di inconscio, ma può essere difficile staccarsi dall’idea che sia lo scopritore dell’inconscio, in quanto il mito dell’eroe che lotta contro tutti e tutto per affermare una verità è molto radicato nell’opinione pubblica e piace molto (Janet, 1914).

Particolare e dubbioso risulta, invece, il tautologico tentativo di Jacques **Lacan** (1970) dell’**assimilare la Psicanalisi alla Scienza**, dato che sostiene che non bisogna chiedersi se la psicanalisi sia una scienza, ma se esista una scienza capace di includere la psicanalisi. Ma, tuttavia, è Lapalissiano, forse non Lacaniano, che cambiando il significato di un dominio, si potrebbe far rientrare all’interno di esso qualsiasi disciplina.

Sull’argomento, Dazzi et al. (2006), afferma che vi sono **due fazioni di psicanalisti**, una che vuole aprire la psicanalisi al metodo scientifico, in modo tale da renderla operazionalizzabile, misurabile e ripetibile – al pari delle altre psicoterapie – mentre un’altra che vuole lasciare la psicanalisi nel dominio dell’arte, sostenendo che, essendo nata in esso, la sua trasposizione ad un dominio scientifico, la snaturerebbe.

1.2 Domande per, sulla formazione

A partire dal sopra esplicito modo di denominare le medesime strutture profonde con differenti artifici linguistici dei diversi approcci psicoterapeutici (cfr. capitolo 2), potrebbe essere auspicabile che uno studente di Psicologia Clinica incominciasse, o continuasse, a chiedersi:

- **Quale tipo di Scuola di Psicoterapia scegliere**, sulla base di cosa e se abbia ancora senso una scelta di orientamento, dato che bisogna anche tener conto che vi sono addirittura più somiglianze tra psicoterapeuti esperti appartenenti a scuole differenti, piuttosto che tra esperti ed inesperti, appartenenti alla stessa scuola, perché questi ultimi si attengono rigidamente a ciò che è stato loro insegnato (Carere, 2002).
- Dato il noto dibattito pluridecennale sulla **difficoltà a formare clinici e psicoterapeuti**, domandarsi il perché di questa difficoltà ed il come fare per superarla.
- Ma, ancor prima, chiedersi **perché** si voglia **diventare psicologi clinici e psicoterapeuti**.

Nel corso di questo paragrafo, cercheremo di produrre riflessioni inerenti tali tematiche, provando a seguire un ordine logico di queste domande, ma non necessariamente cronologico, in quanto il singolo potrebbe cominciare ad interrogarsi da qualsiasi dei quesiti sopra riportati, né obbligatoriamente sequenziale, dato che tali questioni possono risultare intrecciate e, quindi, i processi di articolazione di queste domande potrebbero essere anche portati avanti parallelamente. Cercheremo, quindi, di **semplificare la complessità dei fenomeni**, come, del resto, viene fatto anche all'interno della stessa formazione in Psicologia Clinica, con il ricorrente monito che teorie, costrutti e modelli sono soltanto degli idealtipi che non si incontrano nel Reale: problema che, comunque, riprenderemo, in quanto può costituire un possibile nodo problematico della difficoltà a **formare clinici e psicoterapeuti**. Anche in questo caso, siamo in presenza di una logica 'e...e', non 'out-out': il medesimo processo può risultare, per il medesimo scopo (quello formativo), contemporaneamente **facilitante ed ostacolante**.

Ad ogni modo, la letteratura offre numerosi contributi riguardo le motivazioni, da parte delle persone, ad intraprendere un percorso di formazione in psicologia clinica e psicoterapia. Questa molteplicità sembra essere causata dalla diversità dei soggetti e delle loro storie di vita che li hanno condotti verso la medesima decisione.

Farber et al. (2005) individuano alcune possibili motivazioni alla base della scelta di intraprendere una formazione clinica e psicoterapeutica, ossia:

1. Aver vissuto in prima persona l'esperienza di una marginalizzazione sociale e culturale;
2. Essere dei "guaritori feriti", ossia aver vissuto, durante l'infanzia, esperienze dolorose che hanno portato ad una maggiore disposizione a comprendere ed aiutare altre persone in difficoltà;

3. Lo sviluppo precoce di uno stile cognitivo volto alla esplicazione dei comportamenti propri ed altrui;
4. La costruzione di una propria identità, incentrata sul ruolo di confidente;
5. La ricerca, in un formatore o in un docente, di una guida o di un mentore;
6. La sperimentazione personale di un'analisi o di una psicoterapia. Tuttavia, dato che la **guarigione** potrebbe essere attribuita all'**identificazione con il proprio terapeuta** (Migone, 2003), tale identificazione potrebbe anche causare la scelta di intraprendere un percorso di formazione nella medesima disciplina.
7. Il bisogno personale di poter comprendere ed aiutare gli altri;
8. Il bisogno personale di autonomia professionale, tipica dell'ambito privato. Tuttavia, anche molti altri tipi di professioni possono essere condotte privatamente.
9. Il bisogno di costruire un rapporto intimo, ma all'interno di difensive regole di tempi e setting che permettano allo stesso tempo di mantenere una distanza dal paziente.
10. Il costante bisogno di stimoli e sfide intellettuali;
11. La necessità di costante crescita e cura personale, continuando ad imparare a come lavorare sui propri limiti, per migliorarsi.

Lalli (2004) riporta le motivazioni inconse del mestiere del terapeuta, dividendole in **3 categorie: funzionali, disfunzionali ed incompatibili**. Aggiungendo, quindi, anche la variabile della compatibilità della struttura psichica del terapeuta.

A-Motivazioni funzionali	B-Motivazioni disfunzionali	C-Motivazioni incompatibili
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Curiosità ed interesse per gli altri ➤ Capacità di ascolto ➤ Empatia e comprensione ➤ Introspezione ➤ Intuito emotivo ➤ Tolleranza alla frustrazione 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Malessere psichico senza consapevolezza ➤ Adattamento vicariante ➤ Tendenza all'isolamento ➤ Identificazione su base idealizzante 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bisogno di potere-dominio ➤ Necessità di essere amati e riconosciuti ➤ Nuclei perversi (esibizionismo, voyeurismo, elementi sado-masochistici)

(Tratto da J.D. Guy, modificato)

Secondo Lalli, le motivazioni funzionali sono la curiosità e l'interesse per gli altri, la capacità di ascolto, l'empatia e la comprensione, l'introspezione, l'intuito emotivo e la tolleranza alla

frustrazione. Le motivazioni disfunzionali, che possono essere più facilmente modificabili rispetto quelle incompatibili (più incistate ed amovibili nella struttura psichica), sono:

- La presenza di un malessere psichico senza consapevolezza;
- Un adattamento vicariante, ossia la propensione, da parte del terapeuta, ad essere una specie di entomologo che, tramite il paziente, cerca di studiare se stesso e, nel momento in cui non riesce a rimanere abbastanza distanziato dal paziente, può succedere che si lanci in una sorta di **catarsi duale**, che può sfociare in situazioni di **traumatiche rotture**.
- Una tendenza all'isolamento. Riprendendo le motivazioni di Farber et al. (2005), chi cerca di costruire un legame intimo nel contesto sicuro del setting può rischiare di mettere in atto un circolo vizioso, per il quale ha sempre più pazienti e meno vita sociale, isolandosi ulteriormente dal mondo.
- Identificazione su base idealizzante. Si può idealizzare un terapeuta e voler diventare come lui, ma questo non consente l'elaborazione di uno stile personale e la costruzione di un'identità professionale specifica.

Per quanto riguarda le motivazioni incompatibili, esse potrebbero essere:

- Bisogno di potere-dominio. Alcune persone, per compensare il loro senso di inferiorità, utilizzano il mestiere dello psicoterapeuta per affascinare gli altri, sentirsi onnipotenti ed onniscienti, **sfruttando aggressivamente il paziente o cercando di convertirlo alle proprie credenze**, in modo tale da curarlo portandolo ad identificarsi con se stessi.
- Necessità di essere amati e riconosciuti.
- Nuclei perversi (esibizionismo, voyeurismo, elementi sado-masochistici). Ad esempio, soggetti che si sono identificati con un proprio aggressore, possono **godere infliggendo dolore al paziente**.

In *Psicologia Clinica: Dialoghi e Confronti*, tale problematica è articolata a partire dall'individuazione di determinate **strutture mentali-emotive** ritenute essenziali per lo svolgimento di un'attività clinica e, ancor più, psicoterapeutica. Tali strutture sono la **capacità auto-riflessiva** (Fonagy, 2001; Fonagy & Target, 2001), la **permeabilità intrapsichica** (Imbasciati, 2006a, 2006b) e l'**assenza di alessitimia** ed emerge una prospettiva piuttosto pessimistica, anche a fronte di una psicoterapia duale, di gruppo o di un'esperienza costante di supervisione, di poter plasmare tali strutture al fine di renderle adatte alla pratica clinica e psicoterapeutica ed anche un'incapacità di poterle valutare in modo univoco negli studenti che si stanno formando come clinici e/o psicoterapeuti (Molinari & Labella, 2007). Effettivamente, potrebbe essere difficile, ad esempio, distinguere un individuo alessitimico da un altro che non esprime quello che prova perché si sente inibito dalla situazione oppure perché ha bisogno di maggiore tempo per dare un nome a ciò

che prova o, ancora, non vuole condividere i propri stati emotivi più profondi. E, tuttavia, anche l'assenza di alessitimia e, dunque, la capacità descrittiva, anche, a volte, minuziosa, degli stati emotivi esperiti non corrisponde necessariamente ad una brillante capacità clinica e/o psicoterapeutica.

Tiedemann (1976) solleva tale questione, affermando che, a volte, le vulnerabilità del terapeuta ed i suoi **'punti ciechi'** (*blind spots*) – gli stessi punti ciechi che, condivido con Maria Teresa Maiocchi (2010), possono però, contemporaneamente, avere anche il punto di forza di illuminare e guidare quanto si trasmette a livello di formazione psicoterapeutica – lo fanno sentire in pericolo ed incapace di rispondere con serenità a particolari sentimenti del cliente. Anche **Lella Ravasi Bellocchio** (1987) afferma che un terapeuta potrebbe avere la tendenza ad investigare, e conseguentemente teorizzare, partendo dai propri problemi: motivo per cui, le relazioni madre-figlio e padre-figlio sono state studiate più a fondo, mentre quella **madre-figlia** è stata meno analizzata, ad esempio da **Luce Irigaray**, psicanalista Lacaniana. Oltre a ciò, anche il particolare training di un determinato **orientamento psicoterapeutico** può contribuire a minare⁷ l'accettazione di particolari contenuti dell'esperienza del paziente (Rogers, 1957). Dunque, la paura di vivere un processo regressivo, all'interno di una relazione psicoterapeutica (AA. VV., 2009), non è affatto infondata. E se siamo portati ad intrecciare relazioni con persone che confermeranno i nostri MOI, o Credenze Patogene, allora anche la scelta di un terapeuta personale potrebbe essere viziata da tale predisposizione. Tuttavia, chi, se non noi stessi, dovrebbe scegliere il nostro terapeuta?

E, anche reciprocamente, secondo **Carotenuto**, la situazione non cambia, ossia, un terapeuta è più predisposto ad accogliere, nel proprio setting terapeutico, pazienti vicini ai propri punti ciechi e, questa **sincronicità** – chiamata **'Psicopatologia dell'analista'** – è un monito per il terapeuta stesso. Carotenuto afferma che tale problema deve essere ovviato mediante il **completo attraversamento**, da parte del terapeuta, dei propri **fantasmi**: condizione essenziale per permettere al paziente di attraversare i propri (Antonelli, 2006).

Tuttavia, la completezza di tale attraversamento è impossibile perché si scontra con l'idea del resto insimbolizzabile e la presunzione che possa esistere un **'Analista Perfetto'**, privo di un inconscio – utile e non solo potenzialmente dannoso alla pratica terapeutica (Tower, 1956) – quindi, ci sarà sempre il rischio che un terapeuta possa sentirsi, di fronte ad un paziente, in pericolo e vulnerabile (Tiedemann, 1976), confermandone ulteriormente i MOI.

⁷ Per un maggiore apprendimento, nell'istituzione della 1^a Commissione Nazionale, abilitata al riconoscimento delle Scuole di Psicoterapia, venne stabilito l'obbligo di inserire, in ogni Scuola, la presenza di insegnamenti relativi a Scuole differenti (Mahoney, 1993).

Inoltre, ritornando al problema originario dell'Accettazione Incondizionata – oltre alla questione dei punti ciechi sollevata da Tiedemann (1976), secondo un'*accezione negativa terapeutica*, e da Maiocchi (2010), secondo un'*accezione positiva formativa* – vorrei articolare il concetto dal punto di vista del difficile riconoscimento dell'Alterità nella pratica terapeutica, in rapporto a concezioni teoriche ed opinionistiche, spesso riportate dai **terapeuti in libri e/o articoli**. E, conseguentemente, dell'impatto di quanto ciò potrebbe avere su pazienti, per i quali, dunque, il terapeuta ed i relativi pensieri non sarebbero più **invisibili**, impedendo, secondo quanto riportato da Nancy McWilliams (2012), qualunque analisi dei movimenti transferali. Ad esempio, **Maiocchi** (2010), in riferimento alla tematica precedentemente citata delle nuove tecnologie, parla, riprendendo Lacan (1983, pag. 80), di **“godimento dell'idiota”** per indicare le sempre più numerose persone che, oggidi, si accingono ad usare le chat di internet per parlare o fare sesso virtuale senza l'imbarazzo Reale del corpo, ironizzando, tramite un gioco di parole – tipico dell'ambito Lacaniano – che, al posto di una **reTTifica**⁸, vi sia, invece, una **reTifica**: termine per nulla spiritoso, designante un collegamento in rete! Inoltre, critica anche le persone che utilizzano i social network, quali Facebook o Twitter, e Youtube per inviare filmati e fotografie di quanto esperiscono durante la giornata o pensieri e stili di vita, quali i *childfree*, affermando “ma per condividere che? La seduzione o la ripulsa?” (Maiocchi, 2010, pag. 20). Ora, senza entrare nel merito dell'argomento – che, per l'articolazione della mia questione, potrebbe essere qualsiasi – io suppongo che un paziente che raccontasse del modo con cui utilizza i Social Network ed i suoi stili di vita, come il rifiuto all'avere figli, venga da lei incondizionatamente accolto, secondo la regola della pratica analitica. Tuttavia, questo stesso paziente, in un secondo momento, potrebbe leggere il suo libro e venire a conoscenza di un'opinione del tutto opposta da parte della sua terapeuta ed essere, dunque, certo dell'assenza di accettazione incondizionata o, quanto meno, filtrata dal solo ruolo terapeutico, che non coincide, ma anzi è opposto a ciò che è pensato dalla persona. Così, non si sentirebbe realmente riconosciuto ed accettato nella propria differenza e nella sua eventuale dipendenza da internet, quale forma di manifestazione del proprio malessere. Pensiero simile lo ritroviamo in Massimo **Recalcati** (2013), il quale parla di **'Personalità Come Se'** per indicare quelle persone che utilizzano i Social Network per condividere con amicizie anonime i propri momenti di vita, tramite gli autoscatti: sostegno al proprio narcisismo, per evitare il crollo depressivo, tipico di una personalità vuota e conforme ai dettami della società odierna. Oltre a ciò, il medesimo autore – dall'intervento, ad un Convegno

⁸ Il significato di tale termine consiste nel passare dal proiettare all'esterno le cause della propria vita insoddisfacente al considerarsene responsabili e, dunque, artefici: operazione di lavoro preliminare, da parte del terapeuta, prima dell'inizio della vera e propria terapia (Maiocchi, 1999).

sulla Scuola, di un professore di liceo che si vantava di utilizzare le proprie ore, anziché per fare lezione, per ascoltare i disagi dei suoi giovani alunni – trae spunto per enuclearne **l'illusione dell'insegnante-psicologo**, meno dedito alla trasmissione di un amore per il sapere (Recalcati, 2013).

Un'opinione contraria la ritroviamo in M.T.Maiocchi (2004), esponente del medesimo Approccio Lacaniano, quasi, forse, a testimoniare l'augurata possibilità di una divergenza di opinioni e di modi di operare nella pratica terapeutica, secondo uno **stile personale**, derivato da un più anonimo e collettivo Gruppo-Scuola. Infatti, in un Convegno del 2004, la psicoanalista, affermava che la figura dell'insegnante dovesse essere centrale per la crescita di uno studente e che i docenti non dovessero soltanto tramandare lezioni, ma anche ascoltare richieste di ragazzi, che si discostano dal puro e semplice insegnamento di teorie. Questo perchè la Scuola dovrebbe essere pensata come un'identità, che si fa carico della maturazione dei propri alunni, che non possono chiedere aiuto ai propri genitori di staccarsi da essi. “E chi [potrebbe svolgere questo ruolo] meglio di un suo docente, che sia, oltre che un professore, anche – e soprattutto – un Maestro?”

Nell'antichità, **Seneca** si poneva un po' come terapeuta, dispensando ai discepoli filosofie di vita, ad esempio a Sereno. Oltre a questo, propose come tecnica, già promulgata da **Pitagora** (Samo, 570 a.C circa – Metaponto, 495 a.C circa), l'**esame di coscienza**, pratica serale da svolgersi prima di addormentarsi che consiste nel visualizzare quanto fatto durante la giornata per potersi migliorare. Tuttavia, a differenza dei giorni nostri, **Focault** (2012) fa notare che, dopo l'avvento del **Cristianesimo**, tale pratica non era volta a rendere l'animo tranquillo – come appare dal titolo dell'opera di Seneca *De tranquillitate animi* – ma, involontariamente, a procurarsi un senso di **colpa**, rispetto al codice etico della comunità cristiana: movimento opposto all'accettazione di se stessi – obiettivo di un percorso terapeutico – per poter poi cambiare.

Dunque, non potendo, né dovendo impedire ai professionisti di esprimersi sulle tematiche contemporanee – nel rispetto di una libertà di espressione, di critica e di discussione (Mill, 1925; Sini, 2012) e di un progresso del pensiero, come visione critica di fenomeni odierni – rimangono aperti gli interrogativi su come conciliare quanto appena riportato con l'Accettazione Incondizionata e con l'auspicata invisibilità dei terapeuti, fondamentale, secondo McWilliams (2012) l'analisi dei “movimenti transferali”. Forse non è così necessaria l'invisibilità del terapeuta? Tale interrogativo verrà ripreso e maggiormente approfondito nel seguente capitolo.

Riprendendo le domande riportate all'inizio del presente capitolo, cercheremo di inserirci nell'**attuale dibattito sul problematico modo della formazione** in psicologia clinica e psicoterapia.

A questo riguardo, risulta essere problematica la sola ripetizione di teorie e di **identificazione con i formatori**, senza l'elaborazione di un **proprio stile lavorativo** e la **costruzione di una propria identità professionale** (Freud A, 1938-68; Galli, 1988, 2002; Farber et al., 2005; Molinari & Labella, 2007; Carli et al., 2007; Filidoro, 2011).

Eppure, a fini formativi e di crescita personale, l'**identificazione e successiva separazione dalla propria Scuola di riferimento e dal docente**, è augurata, almeno consciamente, elaborando un proprio **stile personale**, dagli stessi docenti. Ad esempio, **Enrico Molinari** scrive "Nel processo formativo può essere necessario portare gli allievi ad identificarsi con il modello e con il gruppo di appartenenza, ma nello stesso tempo occorre fornire gli strumenti per operare un **processo di distanziamento critico** per evitare che si parli sempre dei medesimi argomenti, col medesimo linguaggio (in alcuni casi "gergo") e si continui a osservare la realtà clinica da un unico punto di vista. La finalità della formazione dovrebbe essere quella di portare le persone ad osservare la realtà da un "pluriverso", comporre polifonie piuttosto che monotonie" (Molinari & Labella, 2007, pag. 252).

Anche da questo possiamo notare come, al pari dei diversi modelli di psicoterapia, emerge la medesima struttura profonda (Bandler & Grinder, 1980), ma denominata con artifici linguistici differenti (Migone, 1998; 2013), ossia 'separazione' e 'distanziamento'. Il termine 'separazione' riprende il linguaggio Lacaniano (Lacan, 1964) e, come verrà esposto nella trattazione della sinonimia (cfr. capitolo 2), è l'equivalente della 'differenziazione' proposta da Bion (1989) e Bowen (1980) e dell'Individuazione, per Jung (1964): lemma mantenuto, a differenza dei precedenti, dal manuale OPD-2 per designare il conflitto di individuazione vs. dipendenza (A.A., V.V., 2009).

Ma **quali** potrebbero essere questi "**strumenti per operare un processo di distanziamento critico**"? (Molinari & Labella, 2007, pag. 252)

Al pari del processo di distanziamento dai genitori, nonché risoluzione del Complesso Edipico e, dunque, del, Lacanianamente, prendere posizione rispetto i desideri genitoriali, credo che si possa valorizzare lo strumento del transfert, in modo tale che siano le emozioni a muovere la ricerca ed affermazione del proprio posto rispetto le proprie origini accademiche, deidealizzandole. In un processo che unisca la problematica disgiunzione, a fini formativi, tra polo teorico e polo relazionale (Molinari & Labella, 2007), avendo per intersezione la componente emotivo-transferale, in aggiunta a quella cognitivo-inibente (se non mossa dalla precedente) – di una lamentata "anoressia intellettuale" (Recalcati, 2011) – il "processo di distanziamento critico" (Molinari & Labella, 2007, pag. 252). Dunque, la presa di posizione all'interno di un **Complesso Edipico Accademico**, consentendo un transfert intergenerazionale generativo e non degenerativo (Cigoli,

2006), denegativo (Kaes, 1994). A questo proposito, Carli afferma che “il processo identificatorio [con i docenti] è tanto più profondo e solido, quanto più viene agita la **scissione** tra analisi personale da un lato, esperienza formativa teorica e pratica dall’altro” (Carli et al., 2007, pag. 12).

Inoltre, **Carli** (& Paniccchia, 2005) contesta la **scelta di una scuola di psicoterapia**, dopo la laurea, paragonandola ad un **Meccanismo di Difesa**, dovuto alla fantasia del dover scegliere, come una fede, il proprio approccio terapeutico, senza poter nemmeno dibattere con i docenti, né mettergli a confronto, i diversi tipi di approcci. Scrive che non occorre che gli studenti si facciano la fantasia che l’insegnante si aspetti che gli venga riflesso il suo insegnamento, secondo un **Transfert Ripetitivo** – mi sembra associabile al **Transfert Positivo** per la **Psicoanalisi**, ma, invece, **negativo** per quello **Cigoliano**, la cui positività si riscontra quando, risulti essere **tra ripetizione ed innovazione degli insegnamenti** (Cigoli, 2006).

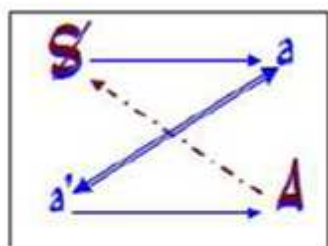
Lo stesso Carli (2003), due anni prima, afferma che la lamentela di una situazione che non ci piace è una neo-emozione, che creiamo da artefici, quindi, per chiamarla con artifici linguistici di altri approcci, un tornaconto secondario (Freud, 1920) o una discorso di godimento (Palombi, 2009).

È interessante, un paio di anni dopo la teorizzazione dei meccanismi di difesa formativi, messi in atto dagli studenti, vedere come Carli (2007) applichi l’elaborazione della sua stessa teoria per rettificare le proprie lamentele e vedendo come l’istituzione universitaria le crei da artefice, mediante un particolare e problematico assetto collusivo tra docenti e studenti. Afferma che tale **collusione formativa** consista nel fatto che gli studenti abbiano come priorità il superamento degli esami, cercando di fare il minor sforzo possibile e cercando di allearsi contro i docenti, pensati come “dei maniaci mai contenti, che possono essere frenati, nel loro esigere senza limiti, dalla protesta degli studenti stessi” (Carli et al., 2007, pag. 14). Inoltre, scrive del ruolo non formativo che **l’università** crea da **artefice**, nel dire “Problemi di formazione: primo fra tutti la rinuncia, da parte dell’università, a formare professionalmente gli psicologi. Come se la formazione professionale, nell’ambito della psicologia, non potesse essere assolta entro gli studi universitari” (Carli et al., 2007, pag. 11). E conclude teorizzando che questo problema non sia didattico, ma un “**fatto clinico**” (Carli et al., 2007, pag. 17).

Oltre a questo, come verrà meglio trattato nel seguente capitolo, per quanto riguarda le Scuole di Psicoanalisi, **Kernberg** (1999) afferma che, quando uno studente si mostra critico, viene cacciato dalla Scuola, in quanto considerato una “scintilla” da spegnere sul nascere, in modo tale che non scateni un incendio. Ma, allora, se a livello conscio è fortemente augurato e desiderato un processo di distanziamento critico dal proprio gruppo di appartenenza, perché quando questo avviene non lo si desidera più e lo studente viene ripudiato?

Metaforicamente, possiamo paragonare questo processo al conflitto genitoriale tra emancipazione, e mantenimento della vicinanza dei figli. Quando il figlio rimane attaccato ai genitori, questi ultimi si lamentano della sua mancata indipendenza e costruzione di identità, mentre, spesso, quando si emancipa, ne criticano le diversità, desiderando un prolungamento del proprio Sé narcisistico nel discendente. Ed entrambe le situazioni sono modalità collusive, alle quali forse non si vuole rinunciare, al pari dei sintomi, avendone tornaconti secondari da entrambe le parti: la facile accettazione e premiazione da un gruppo al quale ci si identifica, il potere e l'investimento narcisistico sui figli da una parte; la costruzione di una propria identità (che, però, non viene riconosciuta, ma denigrata), la crescita personale ed il godimento della lamentela genitoriale, dall'altra.

Affiancherei, quindi, al **Modello Matriciale a 4 livelli** della formazione (Snyder & Elliot, 2005), una modificazione dello **Schema L** di **Lacan** (Palombi, 2009) per un'esplicazione e risposta o – se vogliamo, ulteriore articolazione della domanda formativa – ai denunciati meccanismi di difesa formativi proposti da **Renzo Carli** (2005), ma imposti dal sistema.



Schema L, Lacan

Con questo schema, **Lacan** vuole spiegare come la relazione tra il Soggetto e l'Altro sia sempre intrinsecamente inautentica, in quanto il Soggetto (S/) mostra all'Altro (A), un'immagine (a) di se stesso e non la completa verità. Allo stesso modo, anche l'Altro mostra al Soggetto una propria immagine (a'). Inoltre, entrambi vivono dell'immagine che di se stessi l'Altro gli rimanda ed alla quale lavorano attivamente, da

artefici. Questo processo è rappresentato con una doppia freccia bidirezionale (↔) tra le due immagini (a; a'). Quando l'Altro arriva o assiste ad un involontario svelamento della verità del Soggetto – indicato dalla freccia tratteggiata (- ->), ad esempio tramite un *lapsus*, spesso entrambi provano imbarazzo e non vogliono parlarne.

Questo riprende lo stesso concetto, messo a punto da **Kaes** (1994), ma con un artificio linguistico differente, ossia di **Patto Denegativo**, per indicare che, all'interno di una coppia, vi sono delle aree che non possono essere guardate, altrimenti, in caso contrario, la relazione finirebbe.

Ora, modificando i significati dei simboli 'S' ed 'A' in 'Sistema formativo' ed 'Apprendista psicologo/terapeuta', possiamo declinare lo schema Lacaniano, applicandolo all'ambito formativo. Il sistema formativo mostra agli apprendisti terapeuti l'immagine (a) di una volontà di distanziamento critico e di trasgressione rispetto alle proprie teorie, in modo tale da permettere agli apprendisti psicologi/terapeuti di costruirsi una propria Identità Professionale, avente un proprio stile di conduzione della cura, derivante da una identificazione e successiva separazione dal gruppo di riferimento. Inoltre, tramite la lamentela neo-emozionale (tornaconto secondario, godimento di

Scuola), denuncia quanto questa separazione non avvenga, dato che lo studente, a volte, mette in atto dei Meccanismi di Difesa, ossia: sceglie, dopo la laurea, la propria Scuola di Psicoterapia come una fede e mantiene alcune fantasie sul docente, come colui al quale bisogna riflettere in modo ripetitivo il proprio approccio di riferimento, senza trasgredirlo. Questi Meccanismi di Difesa, denunciati neo-emozionalmente, sono creati dal sistema formativo (Carli et al., 2007) che inconsciamente desidera dallo studente un proprio prolungamento narcisistico tipico della struttura gerarchica della formazione (Cremerius, 1999), mediante la ripetizione delle proprie teorie, anche se consciamente esprime il contrario, per Desiderabilità Sociale (Brown, 2000).

Da artefice, fa sì che l'apprendista terapeuta gli rimandi l'immagine (a') di ripetitore di teorie. Infatti, quando questo desiderio inconscio non viene soddisfatto e lo studente si svincola dalla collusione formativa, mettendone in luce la zona che, secondo Kaes (1994) e Lacan (Palombi, 2009), deve restare in ombra, come mostrano numerosi contributi (Foucault, 1983; Janet, 1914; Freud A., 1938-1968; Kernberg, 1996; Cremerius, 1999), la relazione tra la Scuola e lo studente finisce perché questa verità crea imbarazzo e non vuole essere affrontata per Meccanismi di Difesa messi in atto dalla Scuola (e proiettati sugli studenti) per mantenere una narcisistica gerarchia della formazione, da Cremerius (1999) considerata principale causa di "una formazione destinata ad un impossibile" (Maiocchi, 2010, pag. 8).

Tuttavia, queste resistenze, espresse sotto forma di Lamentele Neo-emozionali e Meccanismi di Difesa proiettati sull'Altro, se non ci si riesce, non sono da toccare perché tutti abbiamo una radice narcisistica alla quale non possiamo, né dobbiamo, rinunciare se ciò comporta un crollo del Sé.

Lo scioglimento della collusione formativa sembra, inconsciamente, non desiderato, seppur consciamente promulgato. Nonché, mi sembra, risulti essere confermato ciò che **Bleger** (1966, pag. 88, 89) afferma rispetto la **Psicologia Istituzionale**:

*Un cambiamento istituzionale radicale può prodursi soltanto in seguito a una presa di coscienza, cioè a una modifica della struttura psicologica. Quello che a noi interessa sapere è fino a che punto gli uomini si sforzino di **non cambiare le istituzioni, benché d'altro canto cerchino di cambiarle**, considerandole inadeguate e insoddisfacenti. E ci preme molto anche capire fino a che punto gli individui alienati, sottoposti a istituzioni alienate, si chiudano in un circolo vizioso di **resistenze al cambiamento**. Le cose hanno forza perché in esse sono alienate le forze degli esseri umani. Le istituzioni appaiono depositarie delle ansie psicotiche e costituiscono dei sistemi di difesa e di controllo di fronte a tali ansie; ma non soltanto le istituzioni a esercitare questa funzione, bensì anche, in egual misura, **l'immagine che l'uomo ha di se stesso e di esse**. [...] Le organizzazioni istituzionali tendono a essere depositarie delle parti più immature della personalità, e precisamente nell'ambito del funzionamento di queste, vale a dire nelle funzioni o forme più stereotipate. Per tale ragione, sono proprio queste ultime a opporre la massima resistenza al cambiamento, perché ciò comporta, **parallelamente a un mutamento nell'istituzione, una modifica della personalità dei suoi componenti**.*

È l'immagine che si offre all'Altro e che si vuole ci rimandi (Palombi, 2009), che non vuole essere cambiata perché una modificazione della stessa implicherebbe il mutamento della propria personalità che inconsapevolmente desideriamo mantenere e ciò crea resistenza al cambiamento, negata da meccanismi di difesa, espressa da lamentele neo-emozionali, forgiate da artefici.

Verrà mai il **“tempo di lasciare alle spalle l'insegnamento scolastico e acritico delle vecchie teorie [...], in mano a una pletera di scuole private che non sono in grado di dare una vera preparazione ai futuri psicoterapeuti?”** (Janet, 1914 pag. 52) Potrebbe essere **“il primo fondamentale passo per permettere che i terapeuti del futuro possano esercitare una psicoterapia priva di fondamentalismi e aliena agli affarismi delle scuole”** (Janet, 1914, pag. 53) e per creare una pluri-versità, in modo tale da “portare le persone ad osservare la realtà da un “pluriverso”, comporre polifonie piuttosto che monotonie” (Molinari & Labella, 2007, pag. 252), debellando così la *Univers-city. Uni-versità del sapere e di-versità del soggetto* (Maiocchi, 2003).

2. LINGUAGGI E PSICOTERAPIE

“I limiti del linguaggio significano i limiti del mio mondo”

(Wittgenstein, 1921, pag. 88)

“Ricordatevi sempre: quando c’è una scintilla si può sviluppare un fuoco, soprattutto quando questa scintilla compare nel bel mezzo di un bosco secco: estinguetela prima che sia troppo tardi!”

(Kernberg, 1996, pag. 1040)

Elementi **ridondanti** del primo capitolo – l’uso di una **sinonimia** di termini appartenenti ad approcci differenti e l’uso della **contaminazione** con altre discipline – verranno più adeguatamente e specificamente trattati nel presente capitolo ed in quello successivo.

Premettendo che il linguaggio è uno degli aspetti più importanti che differenziano l’uomo dall’animale (Bandler & Grinder, 1981), ritengo fondamentale una riflessione su di esso per qualsiasi oggetto d’interesse, ma, in particolar modo, per la psicoterapia, che, per la quasi totalità di applicazioni, ambiti e tecniche, è pregna della **componente verbale** dello stesso. In psicoterapia, sono oggetto d’interpretazione anche il linguaggio non verbale, che verrà, però, trattato nella parte conclusiva di questo capitolo, con particolare riferimento alla **PNL**: altro strumento trasversale che utilizza anche il non verbale, assieme all’EMDR, strumento specifico per le situazioni traumatiche anch’esso trasversale.

2.1 Analogie Verbali

Riproponendo al lettore, le precedenti prospettive – Processuale e Teleologica – possiamo classificare i sinonimi, relativi ai termini dei differenti approcci psicoterapeutici, in due grandi **macro-categorie**, rappresentanti un **continuum** del percorso terapeutico, per l’appunto: **Processuale (Sinonimia del lemma ‘relazione’)** e **Teleologica (Sinonimia del lemma ‘cambiamento’)**.

Come possiamo notare dalla tabella sottostante, qualsiasi percorso psicoterapeutico comporta l’uso della relazione, che è stata annoverata tra i principali **Fattori Aspecifici** delle psicoterapie. Con il **Verdetto di Dodo**, infatti, è stato annunciato che tutte le terapie funzionano perchè vi sono delle componenti trasversali, che agiscono, in funzione del cambiamento (A.A., V.V., 2009).

Il presente lavoro non vuole tanto occuparsi della trasversalità a livello di fattori, quanto della **trasversalità a livello del significante**, ossia dei lemmi utilizzati dai differenti approcci per

indicare lo stesso significato, in un'ottica di **Sinonimia**. Ricordando i lavori di **Chomsky** (Bandler & Grinder, 1981), infatti, ad ogni **struttura profonda – significato** – possono corrispondere molteplici **strutture superficiali – significanti**. Ribaltando tale logica, quando ad una sola struttura superficiale – significativa – corrispondono più strutture profonde – significati –, possiamo parlare di **Ambiguità**: anch'esso aspetto elettivo della psicoterapia, dato che, ad uno stesso oggetto o avvenimento corrispondono diversi significati ed espressioni sintomatologiche, come indica il **Principio di Multifinalità**, tipico della Psicologia dello Sviluppo (Camaioni & Di Blasio, 2007).

PROCESSUALE -----		TELEOLOGICA-----X = resto insimbolizzabile -----> (Freud, Lacan, Bowen, Jung, ecc.)		
Sinonimia del lemma 'relazione'	(Strumenti)	Sinonimia lemma 'cambiamento'	Sinonimia 'scopo cambiamento'	Sinonimia 'oggetto cambiamento'
Coazione A Ripetere (Freud); Collusione (Carli); Gioco/Triangolo Drammatico (Berne); CCRT (Luborsky); Re-Enactment (Jacobs); Godimento (Lacan); Triangolo perverso (Boscolo e Cecchin)	APPROCCI PSICODINAMICI Rettifica (lavoro preliminare, Approccio Lacaniano); Interpretazione (Sogni, Associazioni Libere, Movimenti Transferali); [Esperienza Emozionale Correttiva (Alexander); Invisibilità del terapeuta (McWilliams)] APPROCCIO SISTEMICO- RELAZIONALE: Cambiamento del Reale del sistema familiare, Ristrutturazioni APPROCCIO UMANISTICO: Accettazione incondizionata (Rogers)	Consapevolezza di Verità (Bion) o Questione (Lacan); Bandler & Grinder, 1981: Consolidamento, Guarigione, Crescita, Illuminazione/ <i>Insight</i> , Modificazione del comportamento; Trasformazione (Filidoro) Resilienza EMDR (EMDR – Mindfulness)	Individuazione (Jung e OPD-2); Separazione (Lacan); Differenziazione (Bowen e Bion) Esplorazione (Piaget e Bowlby)	Rappresentazione del Mondo (Bandler & Grinder); MOI e Stile di Attaccamento (Bowlby e Costruttivismo); Credenze Patogene del Sé e dell'Altro (Approcci Psicodinamici)

Come possiamo vedere, il **lemma ‘relazione’** risulta avere differenti sinonimi, appartenenti ad approcci differenti, quali Coazione A Ripetere (Freud, 1920), Collusione (Carli, 2004), Gioco e Triangolo Drammatico (Berne, 1964), Re-Enactment (Jacobs, 1999), Godimento (Lacan, 1964) e Triangolo perverso con Boscolo e Cecchin (Gurman & Kniskern, 1995).

All’interno della medesima categoria Processuale, per completezza, sono riportati gli **strumenti** che vengono utilizzati nei percorsi psicoterapeutici, con particolare riferimento all’EMDR, trasversale ai diversi approcci (Balbo, 2006) ed all’Accettazione Incondizionata, annoverata, per praticità, all’interno dell’Approccio Umanistico (Rogers, 1958), ma presente anche in differenti approcci, quali quello Psicodinamico perché ritenuta condizione di base per permettere al paziente di esperire un’Esperienza Emozionale Correttiva – Alexander (Liotti, 2011) – che gli consenta di cambiare i propri MOI, o Stile di Attaccamento (Bowlby, 1982) o Credenze Patogene del Sé e dell’Altro (McWilliams, 2012). Allo stesso modo, anche l’Invisibilità del terapeuta, annoverata nell’Approccio Psicodinamico (McWilliams, 2012), è spesso presente anche in altri approcci, in quanto è inconsueto che un terapeuta esprima giudizi di natura personale sul paziente o su altri argomenti. Tipici degli Approcci Psicodinamici, sono, invece, le Interpretazioni di Sogni, Associazioni Libere e dei Movimenti Transferali (Ellenberger, 1970) e, per quanto riguarda l’Ambito Lacaniano, viene spesso svolto un lavoro di Rettifica, preliminarmente al trattamento analitico (Maiocchi, 1999). Per quanto riguarda l’Approccio Sistemico-Relazionale, le Interpretazioni – chiamate Ristrutturazioni – vengono date, ma riguardano le dinamiche di un determinato sistema, per lo più familiare, e, tali Interpretazioni hanno come uno degli scopi il cambiamento Reale del sistema familiare, che può contribuire al cambiamento del paziente designato (Gurman & Kniskern, 1995).

All’interno dell’**area Teleologica**, della fine di un processo psicoterapeutico, sono presenti 3 sottocategorie, che designano, rispettivamente, le sinonimie del lemma ‘cambiamento’, dell’oggetto e dello scopo di tale cambiamento.

Dato che, come insegna il Verdetto di Dodo (A.A., V.V., 2009), ogni psicoterapia ha come uno degli obiettivi quello del **cambiamento**, esso viene denominato, dai diversi approcci, con termini differenti, quali Consapevolezza – della **Verità** (Bion, 1989), che è sinonimo di **Questione** (Lacan, 1964) – Consolidamento, Guarigione, Crescita, Illuminazione/*Insight*, Modificazione del comportamento (Bandler & Grinder, 1981), Trasformazione (Filidoro, 2011), Resilienza (Camaioni & Di Blasio, 2007) e Mindfulness (Feldman, 2008).

Ma qual è l’**oggetto** di questo cambiamento? Anche quest’ultimo, a seconda dei differenti approcci ed autori, viene denominato in modi differenti, quali il MOI – Modello Operativo Interno – e lo

Stile di Attaccamento, come indica l'Approccio Costruttivista e Bowlby⁹ (1981), la Rappresentazione del Mondo (Bandler & Grinder, 1981) e le Credenze Patogene del Sé e dell'Altro, specifiche per ogni Disturbo di Personalità, come puntualizzano gli Approcci Psicodinamici (McWilliams, 2012).

Inoltre, lo **scopo** di tale cambiamento, riguarda, per lo più, i confini tra il Sé e l'Altro o gli Altri Significativi, dai quali ci si deve distanziare e non farsi assorbire dalle loro dinamiche e tali meccanismi vengono designati, dai diversi approcci ed autori, come Individuazione – per Jung (1964) e termine mantenuto, a differenza dei successivi, dal manuale OPD-2 (A.A., V.V., 2009) – Separazione, per Lacan (1964) e Differenziazione, sia per Bowen (1980) che per Bion (1989) ed Esplorazione per Piaget e Bowlby (Camaioni & Di Blasio, 2007).

Come precedentemente menzionato, le due macro-categorie fanno parte di un *continuum* e, la stessa macro-categoria teleologica rappresenta a sua volta un *continuum*, infatti, in particolare, per quanto riguarda la categoria relativa allo 'scopo del cambiamento', grazie alla terapia, si raggiunge un livello sempre maggiore di Individuazione, Separazione, Differenziazione, Esplorazione per, ad esempio, Piaget (Camaioni & Di Blasio, 2007), ma questo processo dura tutta la vita e non è mai possibile espletarlo al 100% perché, come intuito da Freud, Jung, Lacan, Piaget, Bowlby, Bowen, ecc., vi è sempre un resto insimbolizzabile (indicato con 'X', nella tabella sovrastante), che non

⁹ Psicologo e psicanalista Britannico che, nel Novecento, si occupò prevalentemente di osservare la relazione madre-bambino, teorizzandone gli stili di attaccamento (modo in cui madre e bambino si legano affettivamente), distinguendoli in: sicuro, insicuro evitante, insicuro ansioso-ambivalente e disorganizzato. Questi tipi di attaccamenti modulano le relazioni future con gli Altri significativi e concorrono a creare Disturbi di Personalità (DdP). Sinteticamente, un attaccamento sicuro consente al bambino di poter contare sulla madre, esprimergli le sue paure in modo che funga da contenitore, sintonizzarsi efficacemente a livello non verbale. Un attaccamento insicuro evitante consiste nell'aver una madre che non tollera i comportamenti infantili del figlio e che lo porta ad adultizzarsi precocemente; il bambino tenderà, quindi, a mostrarsi autonomo e, se lasciato solo, non cercherà la madre disperandosi, né mostrerà le sue emozioni una volta tornata. Cercherà partner ansiosi-ambivalenti – ossia che invadono l'Altro, insicuri e che, da piccoli, erano inconsolabili sia quando la madre se ne andava che quando tornava – in modo tale da confermare il loro MOI sull'Altro che è invadente e che è, dunque, da rifuggire. I disorganizzati hanno spesso avuto una madre depressa e non hanno potuto organizzare il loro schema di attaccamento attorno ad un nucleo solido e rassicurante, che poteva contenere le loro paure, ma, anzi, hanno assorbito anche quelle della madre (Liotti, 2011).

giunge a consapevolezza (simboleggiata dalla freccia oltre 'X'). Tale tematica, come riportato nel primo capitolo (cfr. cap. 1) risulta cruciale per lo scopo preposto all'aiuto del paziente.

Inoltre, anche il 'cambiamento' e l'oggetto di tale cambiamento sono dei processi graduali e mediati da variabili, quali, l'introspezione e l'Esperienza Emozionale Correttiva (Liotti, 2011).

Questa molteplice sinonimia di termini dei differenti approcci psicoterapeutici ha sia aspetti negativi, che positivi.

Per quanto riguarda gli **aspetti negativi**, i diversi linguaggi rendono più difficile un **dialogo tra le psicoterapie** e quando i termini vengono "tradotti" in un linguaggio più facilmente accessibile, come avviene ad esempio nel manuale diagnostico OPD-2, c'è il rischio che il loro significato venga banalizzato o, più o meno, distorto, ma spesso se questa distorsione è minima, nei manuali diagnostici i termini possono essere "tradotti" in un linguaggio accessibile ai differenti approcci perché essi sono **transteorici** e, quindi, devono poter essere utilizzati dai professionisti di differenti approcci (A.A., V.V., 2009). Inoltre, l'uso di un linguaggio specifico è una delle variabili concorrenti alla costruzione dell'identità e, dunque, l'appartenenza ad una Scuola di Psicoterapia può, secondo quanto insegnato dalla Psicologia Sociale, creare un'**Identità Gruppale** ed innalzare il proprio livello di **autostima**, se essa è considerata positivamente (Brown, 2000). Tuttavia, focalizzarsi maggiormente su tale tipo di identità, può presentare il rischio di non differenziarsi sufficientemente dal proprio, o dai propri, orientamenti di fondo, limitandosi alla mera ripetizione di tecniche (Carere, 2002) e, al massimo, alla non auspicabile imitazione dei propri Maestri. Al posto di tale imitazione, sarebbe più proficua, ai fini della costruzione di una propria **Identità Professionale** – oltre all'apprendimento dai **testi** ed alla propria **esperienza** –, un'**Identificazione** con i propri Maestri (Filidoro, 2011) in modo tale da, anche, rendere possibile la **Trasmissione della Dimensione Idiosincratca** dei terapeuti esperti, per altri autori non tramandabile (Molinari & Labella, 2007).

L'Identificazione è un meccanismo, che precede la separazione, o differenziazione, o individuazione e volto, quindi, alla costruzione di una propria identità, anche nel rapporto Madre-Bambino ed in quello Terapeuta-Paziente (riedizione del precedente): sarà una coincidenza che **Crescita, Psicoterapia e Formazione** lo implicino? Tutti e tre prevedono la presenza di una **componente relazionale**, difficilmente instaurabile nell'anonimato delle **Uni-versità**, proponendo così un sapere che, come indica il neo-logismo, ha una sola direzione, che non tiene conto della **Di-versità** – Altra direzione – **del Soggetto**, trasmettendo, quindi, un sapere de-sogettivato e, dunque, de-responsabilizzante (Maiocchi, 2003).

Quasi con le stesse parole, pochi anni dopo, in un articolo non di ricerca scientifica, ma di un quotidiano, ritroviamo il pensiero di Massimo **Recalcati**: "un insegnante non è qualcuno che

istruisce, che riempie le teste di contenuti, ma innanzitutto colui che [...] sa valorizzare le differenze, la singolarità, animando la curiosità di ciascuno [...] esaltando piuttosto i difetti, persino i sintomi, di ciascuno dei suoi allievi, uno per uno” (Recalcati, 2011).

Riflessioni non troppo diverse da quelle di Edgar **Morin**, filosofo epistemologo: “Mentre i media producono il basso incretinimento, l’Università produce l’alto incretinimento” (Morin, 1983, pag. 9).

Inoltre, la sinonimia di termini ha avuto anche, come esito negativo, quello di distorcere la realtà storica sulla **scoperta dell’Inconscio**. Come ha fatto notare **Pierre Janet (1914)**, **Freud** non ha scoperto l’inconscio, ma ne ha operato una sua sistematizzazione. Durante il corso dei secoli, infatti, diversi autori, per la maggior parte filosofi e letterati, hanno chiamato questo concetto con nomi differenti. Più specificatamente, è stato chiamato **daimon greco**, **reminiscenza platonica**, Plotino ha parlato di **pensiero intuitivo**. Nei testi di Marziano Cappella e di Cassiodoro, del V secolo, compare l’espressione Latina **inconsciis**. Inoltre, è presente in Boccaccio, Leibniz, Fichte, Wolff, Kant, Shelling, von Hartman (in **Filosofia dell’inconscio**), Schopenhauer ed in Nietzsche con il termine “**Es**”, da cui Freud riconosce di averlo preso, scrivendo “Adeguandoci all’uso linguistico di Nietzsche lo chiameremo d’ora in poi Es” (Freud, 1937, pag. 184).

Anche Darwin parlò di **unconscious selection** per la selezione della specie (cfr. capitolo 3).

Dunque, perché, nell’immaginario collettivo, è rimasta l’idea che sia stato Freud a scoprire l’inconscio? Probabilmente questo è stato causato dal fatto che piaccia il **mito dell’eroe solitario** che, contro tutti e tutto, scopre qualcosa di sconosciuto.

Oltre a quanto sopra riportato, la sinonimia di termini creò problemi sulla legittimazione di scoperte psicologiche anche perché Freud ed i suoi seguaci chiamarono con nomi diversi concetti che, 7 anni prima, erano stati messi a punto da **Janet**, senza riconoscergliene il primato. In particolar modo, Janet parlò di ‘**analisi psicologica**’, ‘**sistema psicologico**’ e ‘**dissociazione di idee fisse**’ o ‘**disinfezione morale**’ per indicare rispettivamente quanto **Freud** chiamò ‘**psicoanalisi**’, ‘**complesso**’ e ‘**catarsi**’. Quando Janet cercò di rivendicare il suo primato rispetto tali idee, venne accusato di **eresia**. In più, altra differenza tra Janet e Freud fu che il primo, psicologo, tenne lezioni aperte a tutti al *College de France* ed all’ospedale *Salpêtrière* di Parigi, mentre il secondo, medico, seminari clinici aperti soltanto agli associati ed agli allievi, per la maggior parte dei casi, suoi ex pazienti (Janet, 1914).

Di contro, **aspetti positivi** della sinonimia risultano essere la possibilità di **articolare il linguaggio** in forme sempre più particolareggiate, che permettono una maggiore articolazione anche al livello del pensiero, dato che, come afferma Mario **Bertini (2012)**, **il linguaggio plasma il pensiero, che a sua volta influenza il linguaggio**. Senza determinati termini è difficile pensare e diffondere una

determinata cultura, ad esempio, Mario Bertini (2012) fa l'esempio della diffusione del pregiudizio sullo psicoterapeuta a partire dalla sua denominazione di "strizzacervelli" e afferma che, invece, non si è parlato di "accarezza cervelli", così come, pensa che si sia diffusa una cultura della cura della patologia e non orientata alla promozione delle risorse a causa della diffusione di termini, quali "psico-terapia" e, per raggiungere il suo scopo di diffondere una cultura positiva, vorrebbe proporre l'introduzione, nel linguaggio, anche dei termini "psico-promozione" e "psico-salutogenesi".

Già **Wittgenstein (1921)** affermò che i limiti del linguaggio costituiscono i limiti del proprio mondo per indicare che quando non posso designare un'entità, non posso neanche pensarla.

Anche **Worf** contribuisce ad accreditare l'**Ipotesi della Relatività Linguistica**, secondo la quale, una particolare articolazione del linguaggio influenza il pensiero perché gli permette di prestare attenzione a particolari dati della realtà sensoriale e, dunque, ogni cultura è portata ad avere una rappresentazione diversa del mondo, in funzione della lingua o del dialetto che utilizza. Tale autore fa l'esempio degli Esquimesi che utilizzano 70 parole per dire neve, dato che per loro è essenziale, ai fini della sopravvivenza, saper distinguere e comunicare agli altri i diversi tipi di neve (Feldman, 2008). Dunque, non è solo a livello individuale che si sviluppano determinate visioni del mondo (che possono essere inficianti), ma questo avviene anche a livello grupale e comunitario con i cosiddetti pregiudizi e stereotipi (Brown, 2005) – strutture profonde –, che possono essere modificati producendo differenti articolazioni linguistiche – strutture superficiali (Bandler & Grinder, 1981).

Questa concatenazione e vicendevole influenza tra livello individuale e livello grupale richiama la **Teoria dei Sistemi** di **Bronfenbrenner** (Camaioni & Di Blasio, 2007), in questo caso declinata a partire dalla variabile del linguaggio. Questo può essere uno dei motivi per cui è difficile operare un dialogo ed un disancoraggio dal proprio approccio psicoterapeutico di riferimento: esso ha un determinato linguaggio che porta il terapeuta a rintracciare nei fenomeni e nei pazienti sempre le stesse strutture e basi teoriche. Vi è una **ricorsività e circolarità tra il proprio linguaggio di approccio e le teorie** ritenute valide da quest'ultimo. **Bandler e Grinder** (1980) riportano insistentemente l'esempio dell'**Approccio Transazionale**, affermando che la personalità è divisa solo se abbiamo determinati termini di riferimento che ci portano a vederne le parti dissociate. In tale approccio, la personalità è divisa in ben 9 parti, articolazioni di, e accorpabili in, 3 macro-categorie: Bambino, Adulto e Genitore (Berne, 1964).

Si può anche credere che l'elaborazione di proprie espressioni linguistiche, che successivamente si ritrovano all'interno di autori del proprio stesso approccio, rappresentino la spia di ulteriori passi all'interno della propria formazione personale. Maria Teresa Maiocchi (2010) afferma che, proprio

nel momento in cui la sua già scritta introduzione del libro *Il taglio del sintomo* stava per andare in stampa, **Colette Soler**, a Venezia, in un seminario, introdusse il rapporto tra il corpo organico ed il corpo parlante secondo una logica di tagli, che ha come momento decisivo *Il taglio del sintomo*, dal quale – nell’insegnamento Lacaniano – si scatenano svariati effetti speciali sia linguistici che concettuali. Dal ritrovare il proprio titolo in un contributo seminariale della sua collega ed amica Lacaniana, la psicanalista ne dedusse che ciò dimostrasse **“l’evidenza che a portare i passi del singolo, è un movimento di Scuola, realtà cruciale della pratica lacaniana a livello della formazione e a livello della cura”** (Maiocchi, 2010, pag. 9).

Questo presupporrebbe sia che in Scuole di orientamento non Lacaniano questo non avvenisse, sia che non si possano – a livello individuale extra o ante-Scolastico – anticipare, senza saperlo, terminologie linguistiche precedentemente utilizzate da esponenti, non solo non Lacaniani, ma appartenenti a più approcci differenti. Inoltre, è da un solo dettaglio che si generalizza un’evidenza, che potrebbe essere solo una coincidenza o un influenzamento reciproco, mentre non si guardano tutte le volte in cui questa “telepatia” linguistica non sia avvenuta. E potrebbe essere che la stessa espressione linguistica sia stata causata dalla medesima matrice psicodinamica in comune – a livello di pensiero, dunque – secondo la quale togliere un sintomo, senza rendere il paziente partecipe dell’eziologia, non porti ad una guarigione, ma alla copertura del proprio nucleo problematico: altro elemento trasversale a vari approcci.

Per quanto riguarda il precedentemente citato rapporto tra pensiero e linguaggio, tra interno ed esterno, la stessa idea di PNL del modificare la forma (il sistema sensoriale) per poter produrre un cambiamento del comportamento (Bandler & Grinder, 1980) può essere traslata a livello gruppale, modificando la forma linguistica (responsabile della selezione dei fenomeni sensoriali percepiti) per cambiarne il pensiero ed i comportamenti ad esso associati. Ed è in questa direzione che possono portare i dialoghi tra i diversi orientamenti, che, per poter comunicare tra loro, devono, se non rinunciare, negoziare il loro particolare linguaggio, a fini comprensivi. L’OPD-2 è un artefatto di questo linguaggio comune, come espresso precedentemente in questo stesso capitolo. Forse è proprio per evitare di cambiare le proprie teoriche strutture profonde che il dialogo e l’avvicinamento tra i diversi approcci terapeutici si focalizza su **concetti e dibattiti extra-disciplinari**, quali la psicobiologia, piuttosto che sulle tecniche psicoterapeutiche (Bertini, 2012).

Ma il linguaggio, che plasma il pensiero è qualcosa di innato o può svilupparsi soltanto se immersi in una determinata cultura? Inizialmente, con **Chomsky** si sviluppò l’**Innatismo**; questo autore disse che il linguaggio è innato nell’uomo ed ipotizzò l’esistenza di un **LAD**, ossia di un dispositivo (innato) per l’acquisizione del linguaggio, che permetta di imparare a parlare e che si fonda su una grammatica universale (Gu). In seguito, questa posizione venne abbandonata, lasciando il posto

all'**Interazionismo**, corrente secondo la quale, per svilupparsi, il linguaggio ha bisogno di una sufficiente conoscenza del mondo. All'interno di questa corrente, vi è **Piaget**, il quale sviluppa l'Ipotesi Cognitiva, ossia un parallelismo tra sviluppo cognitivo e simbolico, più specificatamente, per questo autore il linguaggio è una sotto-componente della capacità simbolica, la quale compare nel 6^a stadio dello sviluppo cognitivo, chiamato senso-motorio (dai 2 ai 4 anni), in cui si impara ad imitare ed a giocare a far finta di. Linguaggio e simbolizzazione sono accomunati da 2 componenti: contestualizzazione e rappresentazione. Dunque, a differenza di Chomsky, per Piaget l'azione precede lo sviluppo del linguaggio. Anche **Bruner** appartiene all'Interazionismo ed afferma l'esistenza di un **LASS** (language acquisition support system; un sistema di supporto per l'acquisizione del linguaggio), ossia le funzioni degli adulti e dei contesti sociali, frequentati dal bambino, che ne permettono lo sviluppo del linguaggio e della cultura (Camaioni & Di Blasio, 2007).

Inoltre, ritiene miracolistica la teoria di Chomsky ed irrealistica quella comportamentista di **Skinner**, il quale mette a punto la **Teoria dell'Apprendimento**, secondo cui più i genitori parlano al figlio, più quest'ultimo diventa bravo a parlare (Feldman, 2008).

Oltre a sviluppare il pensiero, il linguaggio serve anche per sviluppare la **Teoria della Mente (ToM)** – ossia la capacità di attribuire stati intenzionali all'Altro – perché è il mezzo che permette di entrare in contatto con l'Altro e quindi capirlo ed aiutarlo. Senza il linguaggio molti processi mentali dovrebbero essere inferiti, ma non ci darebbero sufficiente certezza. Inoltre, dà la possibilità di esprimere e comprendere stati emotivi propri ed altrui ed è un aspetto particolarmente indagato da **Bruner**, che spese molti anni di ricerca sulla **narrazione**, tramite la quale organizzo i miei pensieri in maniera logica, connessa da un punto di vista spaziale e temporale in cui gli eventi si succedono con nessi associativi e organizzazione causale. Tutto ciò è importante, in particolar modo, per il trauma perché spacca le capacità narrative dell'individuo, il bambino non riesce nemmeno a verbalizzare l'evento accaduto, nei bambini sessualmente abusati il fatto che non ricordano la sequenzialità dei fatti è indicatore che si è verificato un trauma che sta impedendo la riorganizzazione narrativa dell'evento in memoria. Tale processo è importante anche per la **formazione identitaria** negli adolescenti (Camaioni & Di Blasio, 2007).

Può, dunque, essere considerato importante anche per la costituzione di un'**Identità Professionale**, se si pensa l'Identità come un insieme composto da più sfaccettature inerenti ruoli e ambiti (Brown, 2000).

Da quanto emerge fin qui, possiamo notare che ogni approccio psicoterapeutico ha la tendenza a **categorizzare** ciò che utilizza nella pratica terapeutica ed i suoi corrispettivi teorici. Dunque, oltre alla sinonimia di linguaggi, possiamo anche riscontrare un'analogia tra psicoterapie a livello di

organizzazione del pensiero, che si riflette nel linguaggio, dato che questi ultimi si influenzano vicendevolmente – secondo la visione del Bertini (2012) ed attualmente più in voga, che qui scegliamo di adottare.

Gli autori dei differenti approcci psicoterapeutici categorizzano, a volte anche in maniera molto precisa ed articolata i diversi concetti, stando ben attenti a non sovrapporli o confonderli tra loro perché la categorizzazione, secondo Collins e Quillians ha una **funzione semplificatrice** ed una **inferenziale**. Per quanto riguarda la funzione semplificatrice, essa consiste nel, appunto, semplificare le informazioni percettive che arrivano al sistema cognitivo e questa è l'**accezione positiva** di tale funzione perché, altrimenti, se riuscissimo a percepire qualsiasi sfumatura della realtà, verremmo inondati da un flusso di informazioni talmente corposo che non riusciremmo a muoverci nel mondo, né a distinguere oggetti e riconoscere persone perché noteremmo ogni minimo cambiamento percettivo che avviene in loro (Feldman, 2008). Per quanto, invece, riguarda l'**accezione negativa** – con forti ripercussioni teorico-pratiche specialmente nell'**Approccio Costruttivista** e nella **PNL** – essa consiste nella difficoltà di risolvere un problema psicologico, e di continuare a raccontarlo, e raccontarselo, sempre nello stesso modo, in quanto esso è stato formato anche dal modo di immagazzinamento delle informazioni da parte del sistema sensoriale. La risorsa utilizzata dagli approcci precedentemente menzionati consiste nel condurre il paziente a trovare nuove possibilità di scelta del proprio comportamento per poter risolvere un problema (Gattico & Storari, 2005).

In tale processo è anche presente la **funzione inferenziale** della categorizzazione, ossia la capacità di inferire caratteristiche di un oggetto che non sono sensorialmente disponibili e la capacità di fare **supposizioni sul comportamento degli Altri**. Anche questa funzione ha sia un'accezione positiva che negativa. La **caratteristica positiva** consiste, similmente alla funzione semplificatrice, di **muoversi più agevolmente nel mondo** e poter organizzare i propri impegni e comportamenti, avendo come punto di riferimento gli insegnamenti del passato. Dunque, sarà possibile ed agevole prevedere di arrivare per una certa ora in un dato posto, sapendo che il treno passa sempre ad una determinata ora. Ci verrà automatico gestire relazioni formali secondo regole precedentemente immagazzinate, che hanno a che fare con i ruoli e con i contesti in cui incontriamo gli Altri (Feldman, 2008).

Tuttavia, proprio tali automatismi inferenziali, in situazioni problematiche, corroborano la capacità di adattamento e di flessibilità rispetto i propri comportamenti, non consentendoci di trovare altre alternative. Spesso si procede per **generalizzazioni**, a partire da un determinato fenomeno negativo, che si estende a tutte le successive situazioni, o quanto meno a quelle relative al determinato ambito, in cui si è verificato un dettaglio negativo (Bandler & Grinder, 1981). Spesso ricorriamo a

letture del pensiero – costruite da tale funzione inferenziale – rispetto i sentimenti ed i futuri comportamenti degli altri che sono erronei e non ci consentono di auto-affermarci e sentirci soddisfatti della nostra vita (Bandler & Grinder, 1980).

Inoltre, categorizzare consente, oltre alla percezione di informazioni fruibili, distinte ed utilizzabili, anche di poter **ragionare** perché senza l'accorpamento dei dati sensoriali (funzione semplificatrice) e la capacità di tenere a mente ciò che non è presente ai sensi (funzione inferenziale) non sarebbe possibile astrarre e compiere ragionamenti complessi (Feldman, 2008). E, conseguentemente, passare dal ragionamento alla **presa di decisioni**: processo compromesso, messo in risalto soprattutto dall'**Approccio Costruttivista** (Gattico & Storari, 2005) e dalla **PNL**, la quale auspica – a differenza dell'**Approccio Cognitivo-Comportamentale** – non alla cancellazione di un comportamento negativo, ma alla possibilità di scelta tra comportamenti negativi e positivi, che devono essere integrati nella coscienza (Bandler & Grinder, 1980).

Anche **Wason** mette in risalto la corroborazione della capacità decisionale ad opera della funzione inferenziale della categorizzazione, ossia, dato un evento negativo e la sua conseguente generalizzazione, la persona sarà più propensa a vivere le situazioni della vita cercando indizi che confermino le sue convinzioni pessimistiche sulla realtà. Tale fenomeno si chiama **Bias della Conferma** ed è basato su una procedura di ragionamento *Modus Ponens*, ossia 'se p allora q, p quindi q'. Tuttavia, questa capacità di generalizzare – dovuta ad un **Pensiero Induttivo** che consente di passare *dal particolare al generale* – non ha soltanto ripercussioni negative, ma anche positive perché ci consente di rintracciare una regolarità nell'ambiente e nelle nostre conoscenze (Feldman, 2008).

Senza la capacità di generalizzazione verrebbero meno anche le azioni più semplici, quali la risoluzione di problemi algebrici, anche perché la generalizzazione si basa su processi inconsci e, quindi, la coscienza può attivare più generalizzazioni in parallelo (Anolli, 1996).

Oltre al pensiero induttivo, anche il **Pensiero Deduttivo**, che va *dal generale al particolare*, si basa su processi di generalizzazione che, allo stesso modo consentono ed ostacolano l'applicazione di conoscenze e teorie più complesse, quali la progettazione di un'abitazione o la stessa **applicazione delle teorie psicoterapeutiche**. Quest'ultima deve però consentire anche spazio alla particolarità del Soggetto fino a consentire di percorrere il processo inverso – tramite Pensiero Induttivo a ritroso – per accrescere la conoscenza. È anche per questo che molti autori (cfr. capitolo 1) considerano l'applicazione della disciplina psicoterapeutica un'arte: è necessario oscillare tra una rigida e regolare capacità di generalizzazione ed una flessibile capacità di adattamento e creatività. Questo ricorda proprio l'auspicato modo per conoscere ed imparare, messo a punto da **Piaget**, ossia un'**assimilazione** della realtà ed un **accomodamento** a quanto precedentemente è stato imparato, in

modo tale da non distruggere quanto imparato in passato, ma da modificarlo in funzione dei nuovi elementi conoscitivi (Camaioni & Di Blasio, 2007).

È, quindi, chiamato in causa l'esercizio di un **Pensiero Divergente** – ossia creativo, generante risposte inusuali, ma appropriate ai problemi in questione – che è poco legato all'intelligenza misurata con i test tradizionali ed al profitto scolastico. Tuttavia, non si nasce creativi, ma lo si diventa e tra i suggerimenti per diventarlo vi è proprio l'**adozione di una prospettiva critica** – precedentemente menzionata e nodo articolatore di questo lavoro – e l'**assunzione della prospettiva di un'altra persona** (Feldman, 2008). Quest'ultima sta alla base dell'empatia e dell'accettazione incondizionata del paziente e permettono di aiutarlo (Rogers, 1957).

È stato riscontrato anche che i bilingue sono più creativi ed hanno una maggiore flessibilità cognitiva rispetto i monolingue (Feldman, 2008), dunque, anche parlare più linguaggi psicoterapeutici – e quindi adottare più approcci – potrebbe contribuire ad una maggiore elasticità e deviazione dal proprio sistema paradigmatico, utilizzabile a fini sia teorici che terapeutici.

Spesso, notano Bandler e Grinder (Bandler & Grinder, 1980), quando un allievo non capisce un concetto, il Maestro glielo fa comprendere utilizzando termini diversi che più si adattano al sistema interno dell'allievo. Inoltre, considerano un buon Maestro colui che è in grado, non solo di adattare le proprie conoscenze al sistema interno dello studente, ma anche di creare delle corrispondenze tra i diversi sistemi, in modo tale da consentirgli, successivamente, di imparare da altri Maestri – meno attenti e flessibili linguisticamente – adattando il proprio sistema interno. Un Maestro di questo tipo produce, quindi, non solo flessibilità cognitiva utilizzabile ai fini di un apprendimento, ma anche una giusta creatività spendibile a livello di pratica terapeutica e di proprie costruzioni teoriche.

Altro metodo per sviluppare un pensiero critico, a cui sono particolarmente affezionata, proviene dagli studi di **Anna Freud** (1938-1968) sulla **Formazione Psicoanalitica**. Quando si decide di intraprendere una formazione analitica, si è tenuti a sottoporsi ad un'analisi personale, che è chiamata **Analisi Didattica**. Tale tipologia di percorso personale differisce, in parte, da un'analisi prettamente terapeutica perché, a volte, l'aspirante analista ha raggiunto un proprio equilibrio personale, un compromesso tra le forze dell'Es e le difese dell'Io, dunque, l'indebolimento delle difese ed un maggiore accesso al materiale rimosso rischia, almeno in un primo momento, di minare questo equilibrio, rendendolo vacillante. Al contrario, un paziente giunge in analisi perché non ha, in partenza, un proprio equilibrio e l'aspetto positivo e, forse, facilitante è che questa condizione permette una più immediata traslazione sulla figura dell'analista, che contribuisce ad una simbolizzazione degli elementi enigmatici che non hanno reso possibile una costruzione di benessere personale. In Analisi Didattica, invece, proprio a causa di un equilibrio sufficientemente stabile, per un primo periodo di tempo abbastanza lungo, non vi è in atto una traslazione. Altra

differenza tra Analisi Terapeutica e Didattica è che, nella prima, la figura dell'analista è completamente sconosciuta al paziente e, quindi, questo permette un maggiore spazio alle proiezioni del paziente sull'analista, senza essere influenzato da suoi aspetti idiosincratici. Al contrario, nella seconda, un aspirante analista, spesso, può scegliere il proprio analista didatta sulla base delle proprie credenze in campo scientifico, andando a leggere quanto quest'ultimo ha scritto. Quando il didatta è famoso a livello nazionale, o mondiale, non è nemmeno difficile venire a conoscenza della sua situazione privata, familiare. E così, in analisi si mescolano elementi Reali della figura dell'analista con elementi transferali, rendendone più difficile l'interpretazione. Tuttavia, per Anna Freud, anche la scelta di *quel* particolare analista con *quelle* particolari convinzioni teoriche, con *quella* reputazione e fama, è già di per sé un elemento da interrogare perché, al pari della **scelta** di intraprendere una formazione analitica, anche il **modo** ed il **'con Chi'** possono dire qualcosa della propria **Domanda Formativa**. Anche **Fachinelli** afferma l'importanza di interrogarsi sulla scelta di un determinato analista didatta (Benvenuto & Nicolaus, 1989). Le idealizzazioni ed identificazioni sulla figura dell'analista, come precedentemente riportato, potrebbero anche dire qualcosa non solo della propria identità, ad esempio in quanto donna, figlia, ecc., ma anche della propria Identità Professionale che, a differenza delle altre identificazioni con, per lo più, pazienti, ha una **radice Reale nella non invisibilità professionale** (e, a volte, non solo) del proprio analista didatta. Spesso succede che la dimensione transferale si fonda con quella teorico-applicativa del didatta e, secondo la Freud, l'aspirante analista è portato a confermare le teorie del proprio analista didatta, nel momento in cui prova un transfert positivo ed a confutarle nei momenti di transfert negativo, non volendone sapere della verità delle proprie traslazioni negative e razionalizzandole in teorie scientifiche contro-identificanti l'analista didatta.

Tuttavia, a mio parere, la **semplice riduzione di un dibattito scientifico a puri istinti transferali** presupporrebbe che le opinioni del proprio analista didatta non possano essere che vere e questo **presupposto** è **sbagliato** perché si scontra con l'idea di **onnipotenza, onniscienza** e del fino ad ora constatato **progresso scientifico**, mosso, in certi casi, proprio dalla modificazione di teorie precedenti.

Si dovrebbe poter esplorare contemporaneamente anche le contro-argomentazioni a teorie dell'analista didatta per non chiudere una possibile domanda formativa, che, al pari della domanda di analisi, può esplicitarsi in domande volte a comprendere e ad incarnare più corposamente la disciplina. Mantenendo aperta e **sostenendo, oltre alla domanda di analisi, anche quella formativa**, da un'iniziale identificazione professionale con il proprio analista didatta, si potrebbe trovare la propria identità professionale ed i propri interessi scientifici.

Quando tale processo è ostacolato possono sorgere problemi non solo riguardo l'esercizio della professione, ma anche a livello affettivo e di atteggiamento scientifico. Anna Freud afferma che “molti analisti soffrono di atteggiamenti infantili non risolti dai quali sono disturbati nelle loro relazioni affettive con il mondo circostante, oppure soffrono di **legami traslativi non risolti con il loro analista didattico**, che influenzano il loro atteggiamento scientifico. Essi restano dipendenti dal loro analista didattico o rompono con lui, rifiutando violentemente la relazione positiva irrisolta, con clamorose **affermazioni negative**, spesso **razionalizzate teoricamente**” (A. Freud, 1938-1968, pag. 11).

Non è detto che un aspirante analista neghi che la conferma o corroborazione delle teorie dell'analista didatta sia mossa dal transfert, tuttavia può voler anche esplorare quanto ha teoricamente prodotto. La domanda che sorge spontanea è: perché un analista didatta può accettare di mettere da parte le proprie ideologie ed i propri valori, per consentire all'aspirante analista di compiere un lavoro su di sé, ma non il proprio modo e stile curativo, nonché la credenza in determinate teorie appartenenti al proprio approccio o che ha, in esso, egli stesso creato? In questo atteggiamento è presente una **radice narcisistica** perché non sempre si è disposti a mettere in discussione quanto si pensa. E, soprattutto, se un paziente può sopporre l'analista credere in un determinato valore della vita e glielo contesta, l'analista potrebbe ribaltare la questione chiedendo al paziente perché lo suppone credere in un certo valore, riportando il tutto sul piano transferale e coprendo l'eventuale verità di un suo elemento valoriale Reale. In questo modo, in quanto invisibile al paziente, non si sentirebbe attaccato narcisisticamente o, quanto meno, di tale attacco narcisistico ne sarebbe a conoscenza soltanto l'analista, ma non il paziente e, dunque, non sarebbe propriamente un attacco perché non ci sarebbe un incontro Reale tra due soggettività. Al contrario, gli elementi teorici visibili sia all'analista didatta che li ha creati, sia al paziente aspirante analista produrrebbero un Reale incontro – o scontro, “cattivo incontro” (Maiocchi, 2010, pag. 29) – tra due soggettività. L'interpretazione di confutazione di teorie come solo transfert negativo potrebbe essere una **difesa al narcisismo dell'analista**, che non vuole vedere né mettere in dubbio le proprie convinzioni, tanto meno con chi sta formando, in una relazione per definizione di tipo verticale. Già, come visto dalla pratica, la Ghettizzazione delle Scuole ha prodotto una non volontà di dialogo e confronto tra **professionisti alla pari** incarnanti approcci differenti – che, attualmente si è soltanto attutita, ma non assopita – figuriamoci se tale dialogo potrebbe avvenire con esaminandi in formazione all'interno di una **relazione gerarchica**. Ovviamente, infatti, guarda caso la credenza e l'assunzione delle teorie del proprio didatta non è mai stata considerata un problema da risolvere causato dall'amore di transfert, dal compiacimento delle figure genitoriali trasferite sull'analista didatta, che

dal suo discepolo non cerca che compiacimento, amandolo solo se va nella direzione in cui egli stesso è andato ed è propenso a volgersi.

Cremerius (1999) denuncia proprio la struttura gerarchica della formazione istituzionalizzata, affermando che ogni istituzione ed organizzazione si pone come obiettivo quello del conservatorismo. Al contrario, **Freud** poneva come principio alla formazione l'**Autorischiaramento**, volendo mantenere la psicanalisi come scienza illuminata ed emancipatrice. Tuttavia, già dal 1925, le prescrizioni Freudiane vennero abbandonate, a Bad Homburg, infatti, si tenne un **Congresso psicoanalitico** che stabilì una rigida struttura formativa senza interrogarsi sulla libertà di insegnamento, da parte dei docenti, ed apprendimento, da parte degli studenti. E già nel 1910, a Norimberga, per la **fondazione del movimento psicoanalitico**, **Ferenczi** fece presente la necessità di una struttura autoritario-gerarchica, in modo tale da mantenere pura la psicanalisi, ma Freud ne era in forte disaccordo.

Kernberg (1996) conferma quanto ho sopra riportato scrivendo un articolo provocatorio sul come **inibire la creatività dei candidati in psicoanalisi**. Innanzitutto, “consiglia” di ammonire i giovani specializzandi riguardo al fatto che scrivere e pubblicare propri articoli scientifici può avere le motivazioni inconsce di una competitività edipica non risolta o di un conflitto narcisistico. Gli si potrebbe affidare l'anonimo e ripetuto compito del produrre riassunti mnemo-tecnici di quanto spiegato, in modo tale che **scrivere** sia solo un dovere ed una faticosa e noiosa *routine*, **mai un piacere**. Così, al pari delle tristi esperienze infantili, uno specializzando potrebbe dissociare le emozioni connesse all'amore per la propria ricerca personale della verità, soppiantata da una verità aprioristica ed, in fondo, già facilmente disponibile. L'autore afferma provocatoriamente che i giovani non dovrebbero frequentare iniziative di Scuole differenti o particolarmente in conflitto con la propria perché potrebbero presentare alla commissione esaminatrice un pensiero opposto, giustificandolo correttamente. Qualora questo avvenga, lo studente dovrebbe essere indotto a lasciare la Scuola e con gli altri specializzandi di questo non se ne dovrebbe mai parlare per inibirli maggiormente; lo specializzando provocatore è metaforicamente una **scintilla** da estinguere il prima possibile, in modo che non scateni un **incendio**. Gli specializzandi devono essere guardati come **piccoli bimbi** che non devono mai crescere – se mi permettete l'incalzante provocazione, una **Sindrome di Peter Pan Formativa** –, che abbisognano di un'accurata e sequenziale lettura dei testi dell'approccio di riferimento prima di poter prendere una posizione critica. E, come sappiamo bene dalla clinica, quando una persona è vista come piccola, faticherà a crescere, mentre quando viene prematuramente considerata grande, **si aduttizza precocemente**. Allo stesso modo, se i formatori considerassero i propri specializzandi in grado di essere critici e maturi, questo potrebbe contribuire

a produrre l'esercizio di un **ruolo più attivo nell'apprendimento** della disciplina, maggiori contributi scientifici e, conseguentemente, un **avanzamento nelle conoscenze** fin'ora raggiunte.

Peter Pan e l'isola che non c'è, Peter Pan e la formazione che non c'è, nell'era di giovani-adulti bamboccioni (Rossi, 2012) co-costruiti da mamma e papà, da autorità e formatori, nella **“Scuola Edipica”** (Recalcati, 2013).

Per Kernberg (1996), si potrebbe falsamente dire agli specializzandi di non partecipare nemmeno a conferenze della propria Società di Psicanalisi in modo tale da non rischiare di vedere il proprio analista didatta difendere le proprie teorie in un dibattito scientifico perché questo potrebbe minare alle idealizzazioni che il suo analizzando proietta su di lui, minacciandone l'efficacia dell'analisi stessa.

E prendere parte ad un dibattito tra due analisti *senior*, specie se di sesso opposto, potrebbe essere interpretato come la curiosità di saperne del rapporto enigmatico tra i propri genitori, potrebbe nascondere la visione della scena primaria non elaborata (A. Freud, 1938-1968) e tanto altro ancora dell'ombra, penombra edipica, pre-edipica edificata in perverse interpretazioni...

Queste ed altre note Kernberghiane sono, ovviamente, ironiche. Infatti, l'autore vuole sottolineare la necessità di uno sviluppo, anche precoce, di una propria posizione critica all'interno del proprio campo scientifico. La criticità va di pari passo con la creatività, che consente una flessibilità cognitiva, la quale, a sua volta, permette una maggiore elasticità nell'affrontare non solo gli aspetti teorici, ma anche i casi clinici, potendone più facilmente modulare i modelli teorici sul particolare caso in questione. Ecco che, quindi, non solo si rischia un arrestamento, o rallentamento, del progresso scientifico, ma anche una minore formazione, che si ripercuote sulla salute psichica della popolazione e, continuando la catena causal-associativa – se vogliamo, azzardatamente –, anche su un incremento dell'uso di psicofarmaci, i ricoveri psichiatrici ed il numero di suicidi.

Curioso risulta essere che Anna Freud (1938-1968) non si sia interrogata sul candidato che conferma una parte del *corpus* teorico del suo analista didatta e/o della sua Scuola e cerca di smentirne un'altra. In questo caso, alla luce delle teorie transferali, non si potrebbe parlare né di transfert positivo né di transfert negativo, ma di una commistione tra i due: questo che cosa significherebbe? La disciplina che si occupa di far tollerare l'ambivalenza tra contrari non teorizza un **Transfert Misto**, ma ipotizza solo un alternarsi di momenti di transfert positivo e negativo, durante la relazione analitica. Questa mia riflessione proviene dagli studi del **Modello Simbolico-Relazionale**, messo a punto da **Vittorio Cigoli** ed **Eugenia Scabini** (2006), i quali teorizzano un transfert non all'interno di una relazione analitica o di aiuto, ma all'interno della stessa famiglia tra la generazione genitoriale e quella filiale. Pensano che la trasmissione dei valori genitoriali venga considerata funzionale non quando i figli **ripetono** in modo identico tutto ciò che è stato loro

insegnato (assenza di differenziazione dalla famiglia di origine), né quando il credo genitoriale viene totalmente **ripudiato** (separazione dalla famiglia di origine). Sono, invece, convinti di una funzionalità presente in un'oscillazione intermedia **tra ripetizione e separazione** degli insegnamenti e valori genitoriali. Chiamano questo tipo di transfert tra le generazioni di una famiglia, **Transfert Intergenerazionale**. Dunque, la ripetizione ha, nel Modello Psicodinamico, la forma della **Coazione A Ripetere**, mentre, nel Modello Simbolico-Relazionale, la disfunzionalità, un'assenza di differenza e un **mancato riconoscimento dell'alterità**. Il Modello Simbolico-Relazionale ha annoverato all'interno di esso numerosi strumenti volti alla misurazione della ripetizione e totale separazione dagli insegnamenti genitoriali, constatando, tramite ricerche, con approccio multi-metodologico, che una famiglia sta bene quando i membri genitoriali sono sufficientemente differenziati rispetto le loro famiglie di origine e quando permette ai figli di differenziarsi. **Davide Margola** (2008) ha prodotto numerose ricerche volte a dimostrare che una **coppia** è più portata ad avere problemi, se i partner non sono sufficientemente differenziati dalle proprie famiglie di origine, o lo sono troppo, in modo contro-identificativo. Anche per quanto riguarda l'Adozione, **Rosa Rosnati** (2010) ha constatato che un bambino straniero, adottato da una coppia Italiana, sta bene quando ha un'**Identità Etnica di tipo Duale**, ossia che si percepisce come intersezione tra il proprio paese nativo e quello ospitante. Al contrario, ha maggiori problemi di tipo cognitivo, quali l'apprendimento scolastico, affettivo e relazionale, nel rapporto con i pari, quando ha un'identità **Separata** (si percepisce appartenente solo al proprio paese nativo), **Assimilata** (al paese ospitante) e **Sospesa** (non sa come collocarsi). Studi simili sono stati svolti anche nel campo dell'**Immigrazione** (Gennari & Di Nuovo, 2011; Regalia & Giuliani, 2012; Valtolina, 2012). Ed anche per quanto riguarda l'**Affido**, sono state prodotte numerose ricerche volte a dimostrare, con numerosi test validati internazionalmente, che un bambino in affido sta bene quando riesce a costruire un'**Appartenenza Duale** tra la propria famiglia naturale e quella affidataria (Greco, Comelli & Iafrate, 2011).

Emerge, dunque, che, in numerosi campi d'applicazione della disciplina psicologica, una differenziazione parziale, un collocarsi a metà, offre numerosi vantaggi nella direzione di un benessere psicologico. Solo dal campo psicanalitico emerge l'idea che maggiore è la separazione, o differenziazione – nonché processo individuativo Jungiano – meglio sta l'individuo. Inoltre, il transfert intergenerazionale ripetitivo – considerato negativo – è sinonimo del transfert analitico positivo – considerato, appunto, positivo. Ma se il rapporto analitico è la ripetizione di quello con le figure prime, allora, anche in campo psicodinamico, bisognerebbe considerare funzionale un transfert di tipo misto, e – traslandolo alle interpretazioni precedentemente riportate sulla conferma o confutazione delle teorie dell'analista didatta – una posizione formativa critica, che mantiene

parte di ciò che è stato insegnato e modifica ciò che non ritiene giusto. Invece, la Ghetizzazione delle Scuole – come denunciato da Kernberg (1996) – ritiene opportunisticamente funzionale un transfert, analitico e didattico-formativo, di totale ripetizione dei predecessori e inibente il progresso.

Anche **Bandler e Grinder** (1980) denunciano questo fenomeno, affermando che nelle maggior parte delle discipline, ad uno studente è insegnato **tutto quello che c'è da sapere**, in modo tale che possa contribuire ad inventare del nuovo; al contrario, in psicoterapia c'è una conoscenza settoriale, relativa ai vari approcci e molti concetti vengono **reinventati** – non scoprendo, in realtà, nulla di nuovo – ad esempio, il concetto di ridecisione dell'Analisi Transazionale era già ritrovabile nella Teoria Freudiana e quello che facevano Fritz e Virginia era già stato fatto in precedenza. Inoltre, in psicoterapia viene spesso insegnata la regola che, se un paziente non migliora, significa che non è pronto per il cambiamento e che ha **resistenze alla cura**, mentre Bandler e Grinder affermano che la colpa di un non miglioramento è anche del terapeuta perché significa che fino a quel momento ha fatto, e continua a fare, cose che non gli sono servite e che, quindi, dovrebbe cambiare il suo modo di lavorare.

Auguro, quindi, che il potente strumento del transfert venga usato non solo per la guarigione, ma anche per la formazione. È una risorsa per l'apprendimento che non viene sufficientemente sfruttata a causa della riconduzione a meccanismi di difesa opportunisticamente non inventati, ma resi totalizzanti per il mantenimento della gerarchia formativa (Cremerius, 1999). Il **carisma** può essere considerata una forma edulcorata del transfert, che consente la trasmissione dell'amore per il sapere, ma non ne ha la stessa pregnanza.

Chiudendo questa parentesi solo apparentemente psicanalitica, e riprendendo i concetti di Assimilazione ed Accomodamento Piagetiani, questi ultimi possono anche corrispondere ai due tipi di Intelligenza, messi a punto negli anni '60, ossia all'**Intelligenza Cristallizzata** – che si basa sull'accumulo di informazioni acquisite tramite studio ed esperienza – e all'**Intelligenza Fluida** – capacità di elaborare le informazioni ed utilizzarle per operare un ragionamento ed un conseguente risvolto applicativo. Come precedentemente riportato, la Creatività è difficilmente misurata dai test psicologici e presente nelle teorie che contemplano le componenti dell'intelligenza (Pedrabissi & Santinello, 1997).

Oltre che rintracciarla nell'Intelligenza Fluida, possiamo individuarla anche in **Guilford**, che la annovera come capacità mentale del Pensiero Divergente, all'interno dell'Asse delle Operazioni, con cui ha a che fare l'intelligenza. E possiamo ritrovarla anche nella **Teoria delle Intelligenze Multiple** di **Gardner**, sotto forma di **Intelligenza Introspettiva**, **Interpersonale** ed **Esistenziale** – capacità di cogliere le questioni più importanti dell'esistenza. Inoltre, è anche considerata

un'**Intelligenza Pratica**, che – a parere di **Stenberg** – è più utile perché, a differenza di quella tradizionale-accademica, che si basa sull'accumulo di informazioni, contempla la capacità di osservazione del comportamento altrui: aspetto che consente di avere successo nella vita. E possiamo legarla anche all'**Intelligenza Emotiva** – secondo **Goleman** – alla base dell'Empatia. Tuttavia questi due tipi di intelligenza non sono di per sé auto-escludentesi, anche se dobbiamo tenere conto che ogni tipologia di intelligenza è legata a sistemi neurologici, che sono indipendenti a livello cerebrale (Feldman, 2008).

2.2 Analogie Non Verbali e Para-verbali

In una psicoterapia, qualunque essa sia, oltre al linguaggio verbale – precedentemente trattato – è presente anche una forma di linguaggio non verbale e para-verbale. Forse la precedente frase dovrebbe essere ribaltata: in psicoterapia, qualunque essa sia, oltre al linguaggio non verbale e para-verbale è presente anche una forma di linguaggio verbale. Infatti, negli anni '60, **Albert Mehrabian**, docente presso l'Università di Los Angeles, scoprì che in una comunicazione il **linguaggio non verbale** influisce il **55%**, il **tono della voce** il **38%** ed il restante **7%** è l'influenza del **linguaggio verbale** (Borg, 2010).

Anche **Watzlawick, Beavin e Jackson** (1971) e **Bateson** (1972) affermano che la comunicazione non verbale influisce maggiormente, nella comunicazione, rispetto quella non verbale e che questo causi la maggior parte dei problemi intersistemici, espressi in manifestazioni sintomatiche da parte del paziente designato. In particolar modo, Bateson (1972) elabora il concetto di **Doppio Vincolo o Legame** per indicare le relazioni in cui vi sono messaggi comunicazionali contrapposti appartenenti al linguaggio verbale e non verbale. Questa contraddizione comunicativa, assieme all'impossibilità di poter meta-comunicare su di essa, spesso, porta allo sviluppo della **Schizofrenia**. Nella relazione terapeutica, è, quindi, importante offrire al paziente una tipologia di relazione il più possibile esente da ambiguità e contraddizioni comunicative.

Ecco che, quindi, per rimanere aderenti al discorso transferale, può emergere una critica all'iniziale setting psicanalitico Freudiano, composto di **lettino** ed assenza di linguaggio non verbale. L'utilizzo e la fruizione di un solo 45% del nostro essere. Dite che questa sia solo una razionalizzazione di un attacco alla mia stirpe familiare? Anche **Paolo Migone** (1998) afferma che ritenere il lettino indispensabile ad una terapia analitica sia sbagliato perché significherebbe che l'analista attribuirebbe aprioristicamente, per ogni paziente, il medesimo significato allo stesso oggetto, così come quegli analisti – penso si riferisca agli Junghiani, ma non lo specifica – che interpretano i sogni secondo un simbolismo che hanno precedentemente imparato. Migone, con il suo ragionamento, si spinge oltre attribuendo la stessa riflessione anche per il **divano** o la **sedia**,

affermando che, seguendo standard imparati a priori, si inizia già in partenza a non **analizzare correttamente il transfert**, che, in ogni caso, non è mai completamente analizzabile. Lo psicanalista afferma che un paziente potrebbe non volere il lettino per paura di non poter controllare, con lo sguardo, il suo analista, mentre un altro paziente potrebbe desiderare il lettino perché non riesce a reggere lo sguardo del proprio analista, quindi, considerare solo la prima situazione come resistenza, sarebbe sbagliata. Inoltre, afferma che **Freud** predilesse il lettino perché non poteva sopportare lo sguardo dei propri pazienti per 8 ore al giorno e dice che questo potrebbe essere dovuto a dinamiche contro-transferali non risolte. Oltre alla dimensione spaziale, l'autore critica anche la **dimensione temporale** della frequenza settimanale delle sedute, affermando che la psicanalisi non può essere legata a nessun criterio estrinseco (lettino, divano, numero di sedute settimanali, ecc.), ma solo intrinseco, ossia legato alla teoria.

I **codici professionali** spesso limitano il comportamento di chi li segue (Bandler & Grinder, 1980). Tuttavia, c'è da tener presente anche che, dopo che si cercò di stabilire se, in una comunicazione, fosse più importante la dimensione verbale o quella non verbale, venne elaborata la **teoria dell'Atto Comunicativo Globale**, ossia la presenza di un'entità molare – la comunicazione consta di dimensione verbale e non verbale – coesa, unitaria ed articolata ed organizzata in molteplici atti molecolari – dimensioni verbali e non verbali (Feldman, 2008).

In ogni caso, prima di addentrarci in una discussione sugli aspetti trasversali del linguaggio non verbale, utili ad un cambiamento o ad una direzione positiva della relazione d'aiuto – così come studiati sistematicamente da Bandler e Grinder (1980) – ritengo opportuno rispolverare le **sottoarticolazioni delle macro-aree del non verbale e para-verbale** e le teorie relative alla loro esplicazione.

Innanzitutto, nel corso della storia, si sono sviluppati **3 modi** di considerare la Comunicazione Non Verbale. **Darwin** fu il capostipite di una **Concezione Innatista**, secondo la quale le espressioni facciali sono universali, indipendentemente dalla cultura di appartenenza. **Ekman** sostenne tale posizione, mettendo a punto la **Teoria Neuroculturale**, secondo la quale, per ogni emozione, vi è un programma specifico, che assicura l'universalità e l'invariabilità delle espressioni facciali. Al contrario, **Birdwhistell e Klineberg** sostennero una **Concezione Culturalista**, secondo la quale, durante l'infanzia, oltre al linguaggio, viene appresa anche la comunicazione non verbale, che è, quindi, soggetta a variazioni sistematiche culturalmente determinate. Successivamente, al pari dello sviluppo teorico relativo al linguaggio, anche per la Comunicazione Non Verbale, si sviluppò una **Concezione di Interdipendenza fra Natura e Cultura**, ossia una compresenza di predisposizioni genetiche delle espressioni facciali, declinate in base alla propria cultura di riferimento (Feldman, 2008).

Per quanto riguarda il 38% dell'influenza del **Sistema Vocale**, esso è costituito da **Intonazione** e da **Ritmo**, a sua volta scomponibile in **Tono** ed **Intensità**. Tuttavia, è difficile sia nella pratica che nella teoria, distinguere attentamente la dimensione vocale verbale da quella non verbale, infatti, la commistione tra le due costituisce l'**Atto Fonopoietico** ed, in realtà, entrambe svolgono le funzioni di produrre un messaggio linguistico, far trarre inferenze dall'Atto Fonopoietico dell'Altro e comunicargli e percepirne gli stati emotivi. Oltre a ciò, la dimensione vocale non verbale è sotto-articolata in numerosi elementi, come ad esempio i **Riflessi Vocali** (sbadigli, starnuti, tosse, ecc.), le **Vocalizzazioni** (suoni, come "eh, ah, ehm!"), che si sviluppano fin dalla prima infanzia (Camaioni & Di Blasio, 2007), **Caratterizzatori Vocali** (piangere, ridere, ecc.). Vi sono anche **Caratteristiche Paralinguistiche**, ossia effetti vocali non permanenti, ma a medio termine, quali la tonalità, le pause, la velocità dell'eloquio e l'accento usato. Ed, invece, **Segnali Extralinguistici**, ossia caratteristiche vocali permanenti, dunque a lungo termine, raggruppabili in **Organiche** – incontrollabili, in quanto causate dalla struttura dell'apparato fonatorio proprio di ciascun locutore – e **Fonetiche** – invece, in parte controllabili dal locutore (Feldman, 2008).

Oltre al Sistema Vocale, numerose informazioni possono essere tratte dal Sistema Cinesico e da quello Aptico. Per quanto riguarda il **Sistema Cinesico**, esso è composto dai movimenti degli occhi, del volto e del corpo. Lo **Sguardo** può essere pensato come il privilegiato sistema semeiotico, in quanto, nella Cultura Occidentale, l'interlocutore è maggiormente orientato a guardarlo per entrare in intimità con una persona – assieme al **Sorriso**, considerato il '**promotore dell'affinità relazionale**' (Camaioni & Di Blasio, 2007) – e mettersi d'accordo sui turni di parola. Inoltre, quando si provano emozioni positive, generalmente si guarda negli occhi, mentre quando si provano quelle negative, lo sguardo viene distorto o abbassato. Al contrario, in molte Culture Orientali, come quella Araba, guardare negli occhi è segno, non di fiducia, ma di maleducazione, in quanto si entra nella sfera privata del proprio interlocutore. Infine, per quanto concerne il movimento del corpo, o i **Gesti**, essi sono atti motori circoscritti ad un determinato apparato sensoriale, aventi l'obiettivo di comunicare un significato ad un interlocutore ed, eventualmente, per portarlo a fargli fare qualcosa. Anche i **Gesti** sono sotto-articolati in diversi tipi, infatti ci sono quelli **Iconici** – che illustrano il contenuto di una comunicazione – quelli **Motori** – ossia, movimenti che accompagnano il parlante –, **Deittici** – che indicano qualcosa – e **Simbolici**, ad esempio segnali, come "Ok!". Inoltre vi sono le **Pantomime**, che consistono nel mimare qualcosa e tipiche del gioco del mimo, frequente nell'accomunare adulti, che per lo più mimano, e bambini.

Infine, vi è il Sistema Prossemico ed Aptico. La Prossemica è la disciplina che si occupa di studiare l'organizzazione ed uso di spazio distanza e territorio; distingue lo spazio in:

- **Zona Intima:** 0-0,5 m; se essa viene violata, la persona può mettere in atto delle reazioni difensive, a seconda di parametri personali e culturali, infatti, in molte culture (quali, Arabe e Latine) la vicinanza viene maggiormente apprezzata, mentre, in altre (ad esempio, Asiatiche ed Occidentali) essa viene percepita come maggiormente invasiva.
- **Zona Personale:** 0,5-1 m;
- **Zona Sociale:** 1-3,5 m;
- **Zona Pubblica:** oltre i 4 m.

Più specificamente, l'**Aptica** si occupa del contatto corporeo tra le persone, sul quale si fondano numerosi ed essenziali bisogni, quali quello di attaccamento (Feldman, 2008).

Richard Bandler, John Grinder, Leslie Cameron-Bandler e Judith De Lozier (1980), ben consapevoli dell'importanza del linguaggio non verbale in psicoterapia, si occuparono di studiarlo in modo sistematico nei cosiddetti '**Maghi della psicoterapia**'¹⁰, ossia terapeuti che ottengono, per la quasi totalità dei casi, risultati spettacolari. I 'Maghi' che sono stati studiati appartengono a tipi di approcci diversi, ma è stato notato che, nonostante ciò, abbiano una matrice non verbale comune. In particolare, sono stati studiati sistematicamente, tramite l'uso di video-registrazioni e registrazioni vocali, le relazioni terapeutiche intrattenute con i pazienti da **Virginia Satir, Milton Erikson, Fritz Pearls, Sal Minuchin** ed altri autori. Tali studi derivano, per lo più, da spiegazioni fuorvianti e di difficile comprensione ed applicazione che questi ultimi fornivano ai propri specializzandi sul come condurre una cura ed ottenere risultati soddisfacenti. Questi psicoterapeuti insegnavano che bisognasse **seguire la propria "pancia"** (Bandler e Grinder, 1980, pag. 19), ma, come scrivono, tale affermazione può essere vera solo nel momento in cui lo specializzando ha nella pancia le stesse intuizioni dei propri formatori. Dunque, questo potrebbe avvicinarsi alla precedentemente trattata identificazione con il Mastro, come una delle 3 vie per imparare il mestiere psicoterapeutico, ma non sempre tale identificazione avviene e lo specializzando rimane, se si può dire, intrappolato nei propri schemi mentali che, se rigidi o poco duttili, possono impedirgli una maggiore fruizione di

¹⁰ Vorrei far notare che anche nel nostro mondo professionale vengono usate terminologie appartenenti ad una visione stereotipata e pregiudizievole del terapeuta, che viene considerato un mago. La differenza che si può rintracciare è che, mentre per la gente comune ogni terapeuta, indipendentemente dal raggiungimento di alti livelli di efficacia, può essere considerato un mago, per la comunità professionale tale termine è utilizzato per designare psicoterapeuti di eccezionale bravura. Dunque, la differenza è quantitativa ed ha per continuum la bravura del terapeuta e, probabilmente, mentre per l'opinione di molte persone il mago assume un valore Reale, per i professionisti è solo simbolico e metaforico.

quanto gli viene insegnato, anche a livello istintuale e non verbale, di uno stile terapeutico personale, acquisito con fatica negli anni di formazione ed esercizio della professione. Altra particolare stranezza formativa, individuata dai nostri autori, consiste nell'elaborazione di una teoria della cura tramite l'uso di **metafore** (Gordon, 1978), che dovrebbero facilitare lo specializzando nella pratica, ma che, invece, possono ulteriormente confonderlo e disorientarlo. Alcuni esempi di queste teorie sono l'utilizzo di **buchi** per spiegare la personalità del paziente e di **impianti idraulici**, tali per cui, aiutare un paziente è possibile se lo si pensa come un insieme di buchi, in cui sgorgare una via, in modo tale da permettere all'acqua di tornare a scorrere liberamente. In realtà, queste spiegazioni sono ciò che i 'Maghi' dicono di fare, ma non quello che fanno perché, dopo anni di pratica, l'esercizio della professione si è automatizzato ed è diventato inconscio. Quello che mi ha particolarmente colpita dell'uso del loro linguaggio non verbale è che, nella maggioranza dei casi, il terapeuta si identifica con il paziente non solo a livello del contenuto verbale di quanto egli racconta, ma anche a livello non verbale dei sistemi sensoriali, usati dal paziente per crearsi un determinato modello del mondo. Vi è, quindi, in atto un **Rispecchiamento Diretto** da parte del terapeuta nei confronti del paziente, di cui ricalca i sistemi sensoriali, come il tono e la velocità della voce, la respirazione, il modo di stare seduto sulla sedia, di muovere lo sguardo, di sorridere, quasi secondo un'Identificazione Introiettiva coscientemente ambita. Al contrario, il **Rispecchiamento Indiretto** consiste nel ricalcare la modalità di un sistema sensoriale del paziente in un altro sistema sensoriale, quindi, ad esempio, se il paziente parla con una determinata tonalità vocale, il terapeuta potrebbe riprodurla con le dita tamburellando sulla **scrivania**, sempre che quest'ultima sia presente; adottando la visione Migoniana (1928), non per tutti i pazienti rappresenta necessariamente un muro alla comunicazione. Quest'ultimo metodo mi sembra un po' troppo macchinoso e, comunque, verrebbero persi gli **indizi sensorio-specifici** degli apparati in questione con l'idea che come il **sintomo** ha un significato in quanto investe un determinato organo o ambito di vita, la stessa logica potrebbe essere presente anche in un **livello pre-sintomatico** di elaborazione sensoriale delle informazioni che concorrono a formarsi una determinata visione del mondo. Gli autori affermano anche che il ricalcare il sistema sensoriale non verbale – che chiamano **Forma** – del paziente spesso ha immediati effetti positivi di ritorno sul paziente perché allarga l'orizzonte linguistico del paziente a partire dal proprio sistema di riferimento. Così, a partire dalla mia esperienza formativa, non ho potuto che chiedermi se tali effetti positivi si riferissero ad interpretazioni contenutistiche pensate dal terapeuta, con la stessa Forma del paziente, che, tramite l'ausilio della medesima Forma, vengono passate al paziente a livello inconsapevole per poi raggiungerne il **Contenuto**. Gli autori non lo specificano, ma se fosse così, in parte, il problema delle **Interpretazioni Selvagge** sarebbe ovviato. Tuttavia, anche l'assoluta distanza da questo

“selvaggio” della cura potrebbe costituire un limite che si impone a priori lo psicoterapeuta senza sondare la specificità di *quel* paziente, quello che sarebbe in grado di affrontare; forse a volte ci si trattiene più per una paura propria di ingestibilità di un paziente troppo vicino alla sua verità piuttosto che per la paura stessa del paziente, proiettando su di lui la propria stessa paura, razionalizzandola in un “Non ce la farebbe, ha bisogno di più tempo prima di accedere a quest’altro livello di consapevolezza...”. Ad esempio, per tornare al nostro ‘caso Fachinelli’, questo psicoanalista racconta di aver fatto un’analisi didattica con il noto psicoanalista **Cesare Musatti**, che verrebbe attualmente considerata selvaggia, ma che a lui è piaciuta ed ha considerato una buona analisi proprio per la specificità del suo essere talmente amabilmente attratto dalle sorprese da ritenerle criterio fondamentale per ogni analisi (Benvenuto & Nicolaus, 1989). Anche se non mi sento di condividere questo assolutismo come dogma perché, come possiamo sapere dalla PNL (Bandler e Grinder, 1980), ma anche dalla nostra personale esperienza o dagli studi di Zuckerman sulla Sensation Seeking (Feldman, 2008) declinata sulla terapia, ogni soggetto ha il suo personale livello di necessità al nuovo. Tutto questo si può affrontare facendo domande specifiche che definiscono meglio il significato delle parole (Bateson, 1972). Forse la **decisione o riluttanza ad avvicinare** in modo più o meno veloce un paziente alla sua verità potrebbe essere anch’esso vagliato in quanto **elemento contro-transferale**.

C’è anche l’aspetto della valorizzazione di un eventuale errore al fine di produrre un **guadagno teorico**, lo stesso Freud afferma che quando non abbiamo come scopo principale quello della guarigione, un errore può produrre un aumento della conoscenza teorica (Maiocchi, 2010).

Tuttavia, bisognerebbe tendere verso un rispetto dell’**etica** o, più preliminarmente, dell’ontologia, di un soggetto che si è affidato nelle mani del terapeuta allo stesso modo di come il bambino si è affidato alla madre, fino a morire per la sua assenza o per il continuo ricambio di figure di riferimento, come mostrano i bambini di **Spitz** (Spitz, 1965).

Se vogliamo, il transfert ha anche una valenza positiva di apertura alla vita – oltre che negativa di tenace ripetizione (McWilliams, 2012) – perché se non trasferiamo le modalità affettive e relazionali, c’è un ritiro autistico, depressivo.

Riprendendo il Rispecchiamento Diretto, mi sono chiesta anche se, quindi, potesse davvero essere di aiuto, nel pensare ad un caso clinico, farlo con gli stessi schemi sensoriali del paziente, con la sua stessa voce e tonalità vocale, assorbendo la sua persona su di sé, con i suoi stessi movimenti e ritmi respiratori, in modo tale da condursi – e condurlo – alla sua verità e non ad un surrogato contro-transferale, che dice più della verità del terapeuta. Continuare gli interrogativi del paziente con la sua stessa forma, in modo da arrivare al suo Contenuto e non al proprio. Conoscere, a livello contenutistico, le diverse sindromi, in modo tale da dare interpretazioni al paziente che dicano

qualcosa di lui e non di se stessi – come fortemente insegnato – non è, quindi, l'unica modalità. A differenza di quanto studiato da Bandler e Grinder (1980), sembra essere, invece, attualmente molto diffusa una cultura volta a contrastare un'Identificazione Introiettiva con il proprio paziente per non farsi coinvolgere troppo e diventare essi stessi il paziente. Quello che dicono questi autori sembra andare nella direzione di un ribaltamento di tale logica.

Altro livello identificativo, che esula un po' dalla dimensione non verbale, ma che riguarda sempre la forma del contenuto che proferiamo e non solo il contenuto stesso, lo ritroviamo nell'assunzione dello stesso tipo di linguaggio del paziente, da parte del terapeuta. Non solo, come precedentemente riportato, lo psicoterapeuta ricalca la modalità tonale e ritmica della voce del paziente, ma anche le espressioni linguistiche utilizzate dal paziente. Bandler e Grinder (1980) raggruppano tali espressioni in 3 diverse categorie: **visive**, **uditivo** e **cinestesiche**. Dall'analisi sistematica di registrazioni vocali, hanno suddiviso le persone come appartenenti a queste categorie. In particolare, le persone visive sono quelle che, nel parlare, utilizzano molte parole che fanno riferimento al registro visivo, come ad esempio "Lo vedi quello che mi succede?". Quelle uditive usano parole appartenenti ad un registro uditivo, come "Ti suona?". Ed infine, le persone cinestesiche adoperano espressioni linguistiche riconducibili ad un registro cinestesico, come "Me lo sento, andrà male!". Quindi, ci sono alcune **parole-spia** che ci permettono di incasellare un individuo all'interno di una determinata categoria, quasi come all'interno di un sistema diagnostico, che se ha i suoi **pregi**, può anche avere i suoi **punti critici**. Ad esempio, così come una persona non è perfettamente incasellabile all'interno di una categoria diagnostica, ma può essere un tipo misto; analogamente, anche per la divisione in sistemi sensoriali avviene la stessa cosa, infatti, gli autori parlano di **sistema 'prevalente'** utilizzato da una persona. Questo significa che ognuno di noi utilizza tutti e tre i sistemi, forse ci possono essere anche delle distinzioni nell'uso di questi tre sistemi, di cui la categorizzazione non tiene conto: **funzione semplificatrice del linguaggio** (Feldman, 2008), che si muove per categorie e ritenuto problematico anche dal mondo della ricerca (Dazzi, Lingiardi & Colli, 2006). Un rischio potrebbe essere quello di incasellare una persona nel sistema linguistico che maggiormente utilizza – ad esempio, visivo – e, successivamente, darle un messaggio con espressioni appartenenti a tale registro per un ambito o un aspetto problematico, che lei ha descritto, per lo più, cinestesicamente. In questo caso, più difficilmente il messaggio potrà passare. E sarebbe anche complicato utilizzare registri misti allo stesso modo in cui vengono utilizzati dal paziente, per lo meno a livello cosciente, perché si rischierebbe di focalizzarsi sulla dimensione più tecnicista della pratica terapeutica, distogliendo lo sguardo (o/e le orecchie...) dal paziente. Per questo motivo, credo molto nella pratica delle **registrazioni**, almeno a livello uditivo, se non video-uditivo, per riprendere le categorie sensoriali precedentemente riportate. In questo

modo, penso che possa diventare automatica l'assunzione di un linguaggio e di un modo di essere sempre più vicino a quello del paziente, che ne rispetti la **complessità di espressione**, senza semplificarla con la divisione in categorie, forse maggiormente utile nell'ambito scientifico della ricerca, in modo tale da poter operare semplificando a priori la vastità di dati, con software, quali, ad esempio **t-lab**¹¹, che semplifica il testo – come delle sedute sbobinate di un paziente – raggruppandolo in cluster, in nuclei tematici e, se si vuole, anche semantici. Sembra essere una difficile questione situarsi – come clinici, terapeuti ed eventualmente ricercatori – nel *continuum*, avente come polarità **semplificazione** e **complessità** del Soggetto. Se la semplificazione permette di conoscere un fenomeno, generalizzando e tenendo a mente gli aspetti trasversali ad ogni individuo, la complessità consente una focalizzazione su un determinato caso, diverso da quelli precedentemente incontrati. Questa è sempre un'altra riedizione del problema, precedentemente menzionato, tra rigidità teorica e flessibilità pratica. Non solo nella ricostruzione di una storia personale i problemi possono nascere da generalizzazioni di ripetuti episodi negativi, ma anche nella costruzione di una sindrome psicologica, o psichiatrica, avviene lo stesso processo: è a partire dalla media di un campione, rappresentante la popolazione, che si opera una generalizzazione, in modo tale da poter porre dei cut-off per l'individuazione di una determinata sindrome. Inoltre, la sbobinatura permette di entrare maggiormente nel mondo del paziente perché consente un rallentamento del pensiero che, proprio in quanto rallentato e rallentabile, consente una fruizione più completa di quanto e di come è stato detto. E dopo un certo tempo di sbobinatura e di entrata nel mondo soggettivo complesso del paziente, il nostro processo di comprensione e di modo di ragionare di quel paziente diventa sempre più veloce ed automatico fino a passare al semplice ascolto delle registrazioni ed, infine, delle sedute. Ce lo portiamo dentro il mondo ed il modo del paziente, automaticamente possiamo parlare, e dunque, ragionare per quello che serve a lui. Ritorna, non volutamente, l'**idea Lacaniana** per la quale **“l'inconscio è strutturato come un linguaggio”** (Palombi, 2009, pag. 49).

E non a caso questo discorso riprende la figura del Maestro che può trasmettere qualcosa di ciò che insegna solo se si sintonizza con le espressioni linguistiche dei suoi studenti, commistionandole alle proprie per permettergli di articolare il proprio pensiero a partire dalla forma che lui stesso gli ha dato o ha, a sua volta, ereditato, continuandone il pensiero. Come un duplice processo di identificazioni, rilavorate dai soggetti in questione ed rincorporate. **Bion** (1989) parla di **Metafora del Bolo Alimentare o Rêverie** per indicare un pensiero che viene masticato dalla **Madre**, che lo ridà al bambino per farglielo digerire, mediante identificazione proiettiva. La stessa **funzione** è

¹¹ Per maggiori delucidazioni su tale software, è possibile consultare il sito www.tlab.it.

quella del **Maestro** che, con le sue spiegazioni, cerca di rendere più accessibili i testi degli autori di riferimento e del proprio pensiero, avvicinandosi ai loro sistemi di riferimento. La stessa funzione è anche quella del **Terapeuta**.

Nonché, riecco anche la questione dei differenti **linguaggi di approcci psicoterapeutici**, come foriera del contenuto degli stessi.

Forse perché da un livello conscio di ripercorrimiento delle forme di pensiero del paziente – da noi incorporate, grazie ad un rallentamento delle stesse – è possibile fruirne in modo più completo anche nell'immediato della seduta, in modo da sintonizzarci con il paziente e, sulla base della matrice inconscia da noi stessi costruita, **operare e rioperare; ricostruire** quanto è stato distrutto – se facciamo riferimento ad un'**ottica pato-genica** – ma, anche, **costruire** qualcosa di migliore – se ci poniamo da una **prospettiva saluto-genica** (Bertini, 2012).

Vorrei anche fare presente come l'importanza della forma per raggiungere il contenuto non è presente soltanto in psicoterapia e nella formazione, ma anche nella relazione Madre-Bambino o, per meglio dire Figure Prime-Bambino. Il figlio, per imparare a parlare (ed a pensare) attribuisce a forme di comunicazione provenienti dall'esterno, dei significati contenutistici interni, ma inizialmente non è a contatto con il contenuto, ma solo con la forma e da essa si costruisce come persona parlante e pensante. Senza questo processo, il bambino muore o, quanto meno è soggetto a gravi deficit cognitivi, come emerge da un **esperimento di Federico II** che, in un periodo in cui si pensava che il Latino fosse la lingua elettiva, predispose dei neonati in un istituto con delle balie che si prendevano cura di loro, ma senza potergli parlare e scoprì che il linguaggio non è un aspetto innato e che i bambini morirono tutti (Fabbrichesi, 2012).

La riproposizione, in un rapporto terapeutico, dello stesso processo relazionale primario e di acquisizione del linguaggio e del pensiero mostra una **transteorica e transferale modalità di aiuto**, in cui non ci si mette al posto dell'Altro materno – o, non solo – ma al posto del Soggetto stesso.

Le **Artiterapie** sono una modalità di declinazione della cura a partire dall'importanza della Forma, designante un contenuto difficilmente, in altro modo, accessibile. Infatti, in queste pagine, si è fatto spesso riferimento alla **selezione di informazioni sensoriali** come **motivo di incapacità nella risoluzione di un problema** questo perché il modo in cui immagazziniamo le esperienze di vita può incidere sugli sviluppi psicopatologici o su una nostra visione del mondo e degli Altri. Dunque, ha un ruolo fondamentale la memoria che, quasi al pari della classificazione di Bandler e Grinder (1980) in persone visive, uditive e cinestesiche, ha simili modalità di immagazzinamento delle informazioni. Innanzitutto, c'è da premettere che la memoria non è soltanto il processo di recupero delle informazioni, ma anche della loro codifica e del loro immagazzinamento. Inoltre, come

affermato precedentemente per quanto riguarda il pensiero, non immagazzina né recupera tutte le informazioni perché altrimenti saremmo immersi in un flusso di informazioni troppo numerose da non poterci muovere nel mondo, dato che non riconosceremmo i nostri familiari e le persone con cui abitualmente ci relazioniamo perché ne noteremmo ogni minimo mutamento. Nel corso della storia, sono stati messi a punto diversi modelli della Memoria: i 3 magazzini di memoria, la memoria di lavoro (*working memory*), la memoria a lungo termine ed i modelli associativi di memoria. Per quanto riguarda i **3 magazzini** che compongono la memoria, essi sono la **Memoria Sensoriale**, che è uno spazio temporaneo ed iniziale della memoria, che permette il ricordo delle informazioni solo per pochi secondi e a condizione di avere delle repliche uguali dello stesso stimolo. È interessante che, a sua volta, questo magazzino è suddiviso in magazzini minori, a seconda del senso che viene investito per ricordare le informazioni. Le memorie più note sono quella **iconica**, che ricorda informazioni provenienti dal sistema visivo (si parla anche di memoria **fotografica**), e quella **icastica**, che si occupa del recupero di informazioni immagazzinate mediante il sistema uditivo. Altro magazzino è quello della **Memoria a Breve Termine**, che permette il mantenimento delle informazioni recepite per circa 15-25 secondi, a condizione non dell'esatta ripetizione di uno stimolo, ma a seconda del significato che esso ha. Miller studiò che, mediamente, l'essere umano è in grado di memorizzare fino a 7 Chunk (raggruppamenti di stimoli semanticamente significativi). Infine, vi è il magazzino della **Memoria a Lungo Termine**, che permette di immagazzinare le informazioni recepite in modo permanente, anche se, tuttavia, si possono non ricordare molte informazioni immagazzinate, inizialmente, con questo tipo di magazzino, non perché la codifica e l'immagazzinamento sono falliti, ma perché ci possono essere problemi nel recupero di queste informazioni. Un noto esempio è il **Fenomeno sulla Punta della Lingua**, ossia quando si è sicuri di sapere qualcosa, ma non si riesce a nominarla. Per quanto riguarda la **Memoria di Lavoro**, anche essa è composta da sotto-componenti che richiamano i sistemi sensoriali, riportati da Bandler e Grinder (1980), ossia: **magazzino visivo** (la nota memoria **fotografica**), **verbale** e **buffer episodico** (contiene informazioni relative ad eventi o episodi). Anche la **Memoria a Lungo Termine** è suddivisa in memoria **dichiarativa** (ossia per informazioni fattuali) – che a sua volta si divide in **semantica** (relativa a conoscenze di cultura generale, ad esempio ricordarsi dell'anno in cui è morto Freud) ed **episodica** (relativa ad episodi della propria vita) – e **procedurale**, acquisita tramite la reiterazione di operazioni coscientemente effettuate che, successivamente diventano automatiche e, come dicevamo prima, inconsce e più facilmente e velocemente eseguibili, senza bisogno di troppa attenzione, che può essere focalizzata su altro, nella scena. Infine, vi sono i **Modelli Associativi di Memoria** – che, per quanto riguarda la Formazione, approfondirò nel corso di questo capitolo – che permettono il ricordo di certe informazioni, non

passando per il recupero di informazioni immagazzinate da determinati sistemi sensoriali, ma per altre informazioni ad esse interconnesse. In fondo, questo può essere un altro modo per spiegare l'importanza del metodo delle **Associazioni Libere**, proposto da **Freud**. Da questi modelli, si ipotizzò, appunto, l'esistenza di una memoria **esplicita** – ricordo conscio di informazioni – ed **implicita** – ricordo inconsapevole di informazioni, legate a sensazioni corporee, ma che, tuttavia, possono influenzare i comportamenti dell'individuo, basti pensare alla reiterazione di pattern relazionali disfunzionali primari con Altri significativi (Feldman, 2008).

Oltre a questo, è molto importante tenere presente anche che ci possono essere problemi che hanno a che fare con la memoria non solo perché non si riescono a recuperarle, ma anche perché, punto nodale del **Costruttivismo**, si immagazzinano informazioni in modo viziato (Gattico & Storari, 2005). A riguardo, **Bartlett** mise a punto la **Teoria dei Processi Costruttivi**, secondo la quale le persone ricordano informazioni utilizzando determinati schemi, ossia corpi di informazioni che sono state precedentemente immagazzinate nella memoria e che distorcono il modo in cui interpretiamo, immagazziniamo e recuperiamo le informazioni. Dunque, le conoscenze che abbiamo influenzano l'attendibilità di ricordi precedenti e le nostre aspettative future (Feldman, 2008).

Ritornando al discorso delle Artiterapie, esse si differenziano dalle 'talking cure' perché portano il Soggetto ad esprimersi attraverso forme artistiche – quali, il disegno, la danza, la musica, teatro, ecc. – che mettono in ombra la parte più contenutistica del significato di tale forma, in modo tale da permettere al terapeuta di poter osservare isolatamente, e quindi più attentamente, la forma del discorso, separandola dal contenuto. L'arte-terapeuta si fa colpire inizialmente dai modi e non dal contenuto, proposti dal paziente, proprio perché l'intrinsecità di questa tecnica gli chiede di oscurare il contenuto. Una grande attenzione alla forma sembra qui essere possibile mediante l'oscurazione del contenuto; il potenziamento della forma, tramite il depotenziamento del contenuto. Questo ricorda l'utilizzo dei sistemi sensoriali, tali per cui, nel momento in cui un senso viene a mancare, gli altri si acutizzano. Un cieco sviluppa, più delle persone normo-sensorio-dotate, gli altri sensi. Allo stesso modo, l'arte-terapeuta si priva volutamente del contenuto per sviluppare un'attenzione superdotata alla forma, nell'idea che l'esperienza o l'artefatto estetico sia una riedizione del modo e del tempo delle cure materne: principali foriere della costruzione di un contenuto soggettivo problematico. Era la madre che formava e tras-formava il mondo interiore (contenuto) del bambino, che successivamente opera nel mondo investendo gli Altri delle stesse capacità. In questo modo, l'arte-terapeuta delega all'opera artistica la funzione di Altro arcaico per poterne osservare il transfert a partire da una posizione esterna e, forse, più obiettiva. Tuttavia, ogni psico-terapia può essere considerata arte-terapia, dato che anche il parlare ha le sue forme, che già

dicono ciò che non sa. In ogni caso, l'Arteterapia, in senso classico, è una tecnica di aiuto che nasce, negli anni '40, come figlia della Psicoterapia Dinamica ed è stata dedotta a partire da applicazioni della Psicanalisi (Mignone, 2005) e vengo a conoscenza del suo essere frutto di una deduzione di applicazioni psicanalitiche soltanto adesso, dopo un discorso soggettivo sulle applicazioni della psicanalisi stessa. Ed è questa inaspettata iscrizione nel mio discorso soggettivo che la rende, per me, ora interessante. Questo rafforza l'idea, per la quale, oltre ad una predisposizione innata ad interessarsi ad un argomento, vi sia anche una componente venturosa, di percorso e ricostruzione, riorganizzazione personale dei diversi argomenti della scienza psicologica procedendo per "libere" associazioni personali – e non istituzionalmente aprioristiche –, che tendano a dare risposta interna soggettivante – e non determinata da un esterno istituzionalizzante – del "Perché *questo*? Perché *adesso*?" (Norwood, 2011, pag. 21).

Un sapere ricostruito *dal* Soggetto e *sul* Soggetto, su misura per lui, modulato sulla sua interiorità e sui suoi nessi associativi: un pensiero non tanto lontano da quello di Bandler e Grinder (1980) sull'adattamento accademico ai sistemi interni degli apprendisti terapeuti e, più estensivamente, degli studenti.

In fondo, un pensiero non tanto lontano – né troppo vicino – nemmeno dal fatto che "un testo non si costruisce più di quanto non ne siamo costruiti" (Maiocchi, 2010, pag. 10) e dell'utilità di "specialmente per quanto riguarda la **contiguità-consequenzialità di certi temi**, presentare l'esito di alcuni lavori al lettore [...] **nel loro collegarsi profondo, nel mostrare *ex post* un percorso**" (Maiocchi, 2010, pag. 8).

Tra l'altro, riprendendo il principale nodo-articolatore di questa tesi, mostrante un parallelismo tra modi della psicoterapia e modi d'insegnamento, è proprio **Lacan** che lo istituisce giustificandolo proprio dal fatto che – per riprendere il discorso su Anna Freud – entrambi presumono un atteggiamento transferale, intendendo il transfert come **Altro supposto sapere** – Altro terapeuta ed Altro Maestro. Al contrario, Lacan denuncia l'illusione di questa supposizione ed il posto passivo, oltre che dell'analizzante, anche dell'allievo, causato da un'apparente asimmetria relazionale (Vegetti Finzi, 1986).

Tuttavia, risulta essere illusorio ed utopico non solo l'Analista ed il Maestro supposti sapere della tua questione personale e didattica (Vegetti Finzi, 1986) – quest'ultima è iscritta nella prima, data la domanda, con risvolti personali, sul perché si decide di diventare terapeuti (Molinari & Labella, 2007) – ma anche la stessa enunciazione Lacaniana.

Non solo l'enunciato, ma anche l'enunciante, il Soggetto dell'enunciazione ed il Soggetto dell'enunciato, per riprendere gli stessi termini Lacaniani (Palombi, 2009).

Infatti, **Fachinelli**, psicanalista che era stato chiamato da Lacan – seppur non suo analizzante – per aiutarlo a fondare la sua Scuola di Psicanalisi in Italia, affermò che la grande contraddizione di Lacan consistesse proprio nel dire che l’analista ed il maestro sono supposti sapere, ma non sanno e, tuttavia, nel fare esattamente l’opposto, regnando nel suo mondo accademico e transferale, dispensando il suo unico assoluto sapere. La parte drammatica della vicenda è che questo suo tratto (o stato?) dispotico e tirannico ebbe ed ha ancora forti ripercussioni su molti dei seguaci dell’*école* e suoi analizzanti, che ne portano ancora le tracce (Benvenuto & Nicolaus, 1989), soffrendo così di legami traslativi irrisolti con il loro analista (di lega-Mi S-offerti...al godimento dell’Altro?), che ne condizionano il loro atteggiamento ed interesse scientifico – rimanendo dipendenti da lui, assumendone, per difesa, il pensiero teorico *in toto*, o contro-identificandosi con lui, razionalizzando questo in contro-argomentazioni teoriche, eppur *parresianamente*¹² veritiere (Foucault, 1983) – la risoluzione di problematiche di carattere emotivo e l’esercizio della professione (A. Freud, 1938-1968), delle professioni: psicanalitica e formativa.

Ponendosi come “punto cieco” (Maiocchi, 2010, pag. 7), ma della loro questione formativa e, dunque, anche personale, illuminante il loro cammino formativo e trasmissivo di una formazione destinata ad un impossibile (Benvenuto & Nicolaus, 1989) dal buco di senso non solo legato alla naturale incommensurabilità della Cosa, ma anche alla comunicazione schizofrenica del dire verbalmente qualcosa e farne fattualmente l’opposto (Palazzoli et al., 1975).

Quello che voglio far intendere è, dato il parallelismo tra analisi e didattica, l’uscita fuor di catena delle post-associazioni non solo del discorso analitico, ma anche di quello didattico e non solo a partire dal punto iniziale (di un tempo logico, ma non sempre cronologico, dato che ce ne si interroga anche non subito) di tale percorso (Molinari & Labella, 2007), ma di ogni punto della catena didattica, inscrivendola e ricostruendola secondo personali nessi associativi. Un pensiero nemmeno troppo lontano da quello di **Bertlet** e della sua **Teoria dei Processi Costruttivi** (Feldaman, 2008).

Nel discorso fin qui costruito, ho, in fondo, solo proposto una continuazione del parallelismo Lacan-Maiocchiano tra psicanalisi ed insegnamento.

¹² Questo termine significa dire la verità, all’interno di una relazione gerarchica, dal punto più basso di essa. Quindi, ad esempio, si può parlare di *parresia* quando un filosofo, come Socrate nell’antica Grecia, dice la verità al tiranno della città o, quando, uno studente dice la verità al Maestro, come nel nostro caso.

2.3 Transteoricità: Verdetto di Dodo e ‘Maghi’ transteorici

Avviandoci verso la conclusione di questo capitolo, sperando di fare cosa gradita, vorrei esaltare il concetto di **Empirismo di Maniera**, messo a punto da Del Corno, ossia il rischio dell’inutilità di produrre ricerche, in questo caso che testimoniano aspetti trasversali verbali e non verbali delle psicoterapie, senza che essi vengano sfruttati sul piano pratico (Dazzi, Lingiardi & Colli, 2006).

Con il **Verdetto di Dodo**, secondo il quale le psicoterapie funzionano per la comunanza di fattori aspecifici, *in primis* la relazione (Bertini, 2012), e lo studio dei **‘Maghi’ transteorici**, operato da Bandler e Grinder (1980; 1981) possiamo considerare che la ricerca in psicoterapia sia arrivata ad una posizione di **Post-Eclettismo**, ossia non di semplice sommatoria di tecniche appartenenti ad approcci differenti, ma di rinvenimento di fattori comuni che, inconsciamente, terapeuti bravi e di diverso orientamento hanno utilizzato. Tuttavia, c’è uno sfasamento tra il livello raggiunto dalla ricerca e quello raggiunto dalla pratica, in quanto i muri separatori tra le Scuole non sono stati abbattuti (aspetto non necessariamente positivo) e continua ad esserci una spiccata competitività ed invidia, come afferma Fachinelli (Benvenuto & Nicolaus, 1989).

Un esempio di quando la consapevolezza non è utile all’agire ed al cambiamento, per tornaconti secondari, come, nel nostro piccolo, abbiamo potuto notare con le notazioni di Kernberg (1996).

3. GHETTIZZAZIONE vs. ECLETTISMO

“Solo quei credenti che pretendono che la scienza sostituisca il catechismo a cui hanno rinunciato se la prenderanno con il ricercatore che sviluppa o addirittura muta le proprie opinioni.”

(Freud, 1920, pag. 248, 249)

Come continuazione del precedente capitolo, propongo, dunque, una riflessione sulla presa di posizione rispetto al sapere psicoterapeutico che si è man mano diffuso e che si sta tutt'ora diffondendo con contributi teorico-applicativi sempre nuovi, anche come proseguimento di teorie precedenti o integrazioni tra le stesse. Quest'epoca culturale si trova tra due poli, o posizioni, piuttosto contrapposte, ossia tra la forte **Ghettizzazione** del secolo scorso – rispetto ortodosso della posizione teorica scelta, senza possibilità di rilancio – e l'**Eclettismo**, oggi sempre più in voga, ricordando che tra il 59% ed il 72% di psicoterapeuti si dichiara tale (Bertini, 2012).

Attualmente, infatti, è presente un **Pluralismo** di paradigmi e di approcci che è causato sia dal fatto che esistano più capiscuola rispetto una volta, che dalla complessità della mente umana e che può avere come **vantaggio** quello di **conoscere percorrendo più direzioni** possibili senza, quindi, precludersi a priori strade che potrebbero essere fruttuose dal punto di vista, ad esempio, dell'efficacia terapeutica (Migone, 1998).

Metaforicamente, possiamo paragonare il Pluralismo alla **profondità di campo** che si ottiene guardando, non con un solo occhio, ma con entrambi; tramite esso potrebbe, quindi, essere possibile ottenere una maggiore profondità di pensiero (Bateson, 1972).

Tuttavia, proprio questo stesso Pluralismo è fonte di **disagi** dal punto di vista scientifico perché, per certi versi, si è orientati a pensare che, data l'assenza di un paradigma condiviso da tutti i terapeuti, l'ambito psicoterapeutico non sia propriamente **scientifico**, sicuro e valido, a differenza del **paradigma medico** (Migone, 1998).

In medicina, esistono protocolli da osservare, per condurre una buona pratica, che sono condivisi e rispettati da tutti, nonché uniche modalità per diagnosticare un determinato disturbo e per risolverlo, anche se la ricerca è alla continua produzione di nuovi strumenti e procedure operative. Anche in medicina, assistiamo a mutamenti di tecniche e strumenti, basti pensare a come, non molto tempo fa, il medico utilizzava maggiormente la propria intuizione ed i propri sensi per sondare lo stato di salute della persona che aveva davanti. Poteva premere la propria mano sul corpo del paziente e, nel caso rimanesse una macchia gialla, significava che avesse l'epatite. Al contrario, attualmente si

utilizzano macchinari più sofisticati per produrre la stessa diagnosi e, se da una parte, si può essere più sicuri dell'esito, dall'altra assistiamo ad un maggiore dispendio economico, che potrebbe essere investito per altro. Anche le procedure di analisi del sangue e delle urine si sono modificate e vengono effettuate con l'aiuto della tecnologia. Altro aspetto negativo può essere che il medico si affida sempre di più alla tecnica e meno a se stesso, avendo una minore padronanza della sua disciplina.

Altri rischi del Pluralismo, in psicoterapia, potrebbero essere quelli di cadere in una posizione di **Relativismo**, intendendo quest'ultimo termine come la corrente secondo la quale può andare bene tutto. Si può rischiare anche di credere nell'**Organicismo**, ossia nella corrente di **Integrazione Teoretica**, secondo la quale, organizzando, ad un livello superiore, le informazioni emergenti dai differenti approcci, si possa eliminare il conflitto tra essi. Inoltre, si potrebbe cercare di integrare a livello meta-teorico (**Integrazione Meta-Teoretica**) i differenti **paradigmi epistemologici** degli svariati approcci psicoterapeutici che, spesso, sono inconciliabili. Ogni matrice epistemologica ha, infatti, una propria **visione del mondo**, ad esempio, secondo Messer e Winokur (1984), la **Terapia Cognitivo-Comportamentale** ha una **Visione Comica** dell'uomo perché pensa che i conflitti siano causati dall'ambiente esterno e, dunque, risolvibili in modo quasi immediato.

Inoltre, ha una **Visione del Mondo** che valorizza razionalità e pragmatismo, a differenza, ad esempio, della **Terapia della Gestalt** che tiene maggiormente in conto la complessa soggettività della persona e l'emotività (Woolfolk & Richardson, 1984).

Quanto appena riportato lo si può dedurre, ad esempio, da uno dei **problemi trans-teorici comuni** affrontato dalla Gestalt e dal Comportamentismo in modi diversi, ossia l'**Auto-critica** del paziente. Per risolvere questo problema, di ostacolo alla terapia, i Cognitivo-Comportamentali portano il paziente a disancorarsi dalle proprie convinzioni pessimiste tramite il confronto con i dati di realtà, mentre i Gestaltici utilizzano la 'tecnica della sedia vuota', ossia fanno esprimere al paziente la sua auto-critica e, successivamente, lo fanno spostare in una sedia accanto per confrontare le reazioni emotive provate sulle diverse sedie (Frank & Frank, 1991).

Al contrario, pensano che la **Terapia Umanistica** abbia una **Visione Romantica** dell'uomo, che valorizza la soggettività e la spontaneità, dunque, contrasta modelli normativi di comportamento, ma esalta le molteplici possibilità, le svariate strade che può prendere una persona di fronte ad un ostacolo, quasi al pari del **Costruttivismo**. Per quanto, invece, concerne la **Psicanalisi**, gli autori pensano che abbia alla base una **Visione Drammatica** dell'esistenza umana, in quanto governata da forze inconsce che possono essere minimamente modificate (Messer & Winokur, 1984).

A mio parere, propenderei più nell'affermare l'esistenza di una **Visione De-Soggettivante** per il **Modello Cognitivo-Comportamentale**, in quanto, come affermato da Safran e Messer (1997), si

propone l'obiettivo di elaborare leggi universali e nomotetiche, ben visibili nei manuali diagnostici ICD e DSM che, se da un lato consentono al clinico di acquisire la conoscenza di determinati disturbi, dall'altro, se utilizzati in modo rigido, rischiano di, o minimizzare il disagio di un soggetto, in quanto non ancora incorporabile all'interno di un quadro diagnostico a causa, ad esempio, della bassa frequenza settimanale di un certo comportamento disfunzionale e di riportare ciascun soggetto, indipendentemente dalla propria idiosincrasia, ad un concetto di normalità prestabilito, in quanto media statistica.

Invece, per quanto riguarda la **Psicanalisi**, metterei in dubbio la Visione Drammatica, in quanto, sempre Safran e Messer (1997) affermano che, spesso, i Cognitivo-Comportamentali accusano gli psicanalisti di essere troppo ambiziosi nei confronti dei risultati della terapia, in quanto mirano al cambiamento della struttura e non del comportamento. Di contro, gli psicanalisti accusano i cognitivo-comportamentali perché mirano ad un cambiamento solo superficiale e non duraturo. Dunque, per certi versi, la Psicanalisi potrebbe avere una **Visione Utopistica**, piuttosto che **Sopravalutante** rispetto le potenzialità dell'individuo.

Altra inconciliabilità di fondo tra Cognitivismo-Comportamentale e Psicanalisi riguarda la **logica** utilizzata, in quanto il primo utilizza una logica di tipo **empirico**, mentre la seconda di tipo **ermeneutico-interpretativo** (Safran e Messer, 1997).

Tutte queste differenti posizioni logico-epistemologiche alla base dei differenti approcci rappresentano uno dei problemi della questione integrativa di essi proprio perché, seguendo la filosofia di **Kuhn** (1962), vi è un'**incommensurabilità dei differenti paradigmi** che, per lo più, hanno assunti che vengono dati per scontato e non messi in discussione: punto di ostacolo all'integrazione.

Un modo per poter cercare di scardinare i diversi arroccamenti difensivi degli approcci psicoterapeutici è rappresentato dallo strumento del **dialogo**, che può consentire di mettere in dubbio i propri **pre-giudizi** sulla visione dell'uomo, del mondo e della psicoterapia (Gadamer, 1980).

Tuttavia, al contempo, i pre-giudizi sono essenziali per qualsiasi forma di conoscenza perché rappresentano la base che ognuno di noi si forma, anche in termini di aspettative, rispetto ciò che andrà a sondare e cercare di capire. Dunque, anche in questo caso, ciò che permette coincide anche con ciò che limita la possibilità di conoscenza, nell'idea che, oltre ad un'**incommensurabilità della conoscenza** – come già precedentemente espresso – vi sia anche un'**incommensurabilità della Cosa**, un'impossibilità di onniscienza, che, al contempo, è ciò che causa il desiderio di conoscenza, pur sapendo dell'esistenza di un limite invalicabile.

Attualmente, la comunità scientifica tratta il tema dell'integrazione tra i vari approcci seguendo diverse direzioni, che, sinteticamente elencherò per poi, nel corso del capitolo, trattarle più dettagliatamente.

I diversi orientamenti psicoterapeutici possono confrontarsi su **problemi comuni** rispetto la psicoterapia, come ad esempio, la già citata Auto-critica del paziente e l'influenza della soggettività del terapeuta sulla cura. Possono, inoltre, confrontarsi su **strumenti e teorie comuni** che li aiutano nella conduzione della cura terapeutica, quali l'EMDR della Shapiro, il CCRT di Luborsky, le metafore e la Teoria dell'Attaccamento di Bowlby. Spesso, dal dialogo tra i vari esponenti delle Scuole di Psicoterapia sono nate anche molte **teorie integrative**, quali la Teoria Multimodale di Lazarus, una declinazione del Transfert secondo le coordinate Piagetiane di assimilazione ed accomodamento da parte di Wachtel e, da parte di Wakefield, il rintracciamento di assunti di carattere cognitivo all'interno dei testi Freudiani.

Da queste diverse direzioni integrative, anche a livello teorico, sono state elaborate espressioni linguistiche corrispondenti a quanto operato nella pratica integrativa dei diversi orientamenti psicoterapeutici. In particolare, tratteremo i filoni dell'**Eclettismo Tecnico**, dell'**Eclettismo Teoretico** e dell'**Integrazione Meta-Teoretica ed Epistemologica** che sono già stati utilizzati, all'interno di questo capitolo, per sollevare e mettere in luce alcuni dei problemi principali, in cui, attualmente, clinici e psicoterapeuti sono chiamati, anche indirettamente, a prendere posizione rispetto le svariate culture che si sono sviluppate rispetto essi (Safran & Messer, 1997).

Infatti, anche nel momento in cui un clinico o un terapeuta dica di non essere interessato all'esplorazione di questo emergente campo teorico dell'Eclettismo, a livello della sua pratica professionale, emergerà necessariamente la sua posizione rispetto esso.

Le direzioni integrative che ho preso in rassegna sono particolarmente trattate, sia a livello nazionale che internazionale da differenti organi istituzionali, in particolare dalla **SPR** (Società di Ricerca Psicoterapeutica), dalla **SEPI** (Società – internazionale – per l'Esplorazione dell'Integrazione in Psicoterapia), da una sua estensione in territorio Italiano, ossia dalla **SEPI-Italia**, dunque, società nazionale (Safran & Messer, 1997), dalla **FIAP** (Federazione Italiana delle Associazioni in Psicoterapia), dal **CNSP** (Coordinamento Nazionale Scuole Psicoterapia) e dalla **SIPISIC** – Società Italiana di Psicoterapia (Migone, 2013).

Emerge, quindi, che questo fenomeno non è lasciato alla libera ed eventuale scelta teorico-argomentativa di singoli ricercatori o gruppi di essi, ma sono previste conferenze e dibattiti ufficiali gestiti da organi istituzionali. Questo potrebbe andare nella direzione di una maggiore presentificazione e modificazione della pratica terapeutica, in quanto, molti dei fenomeni nati da

singoli personaggi, che sono stati poi trattati da enti di maggiore estensione e potere sono diventati usuali punti di riferimento nel nostro panorama professionale.

Vorrei, inoltre, ricordare che l'Elettismo ha forti **ripercussioni** anche **a livello formativo**, in cui si può vedere già verso quale posizione rispetto al fenomeno, spingono le diverse Scuole.

Per un maggiore apprendimento, nell'istituzione della 1^a Commissione Nazionale, abilitata al riconoscimento delle Scuole di Psicoterapia, venne stabilito l'obbligo di inserire, in ogni Scuola, la presenza di insegnamenti relativi a Scuole differenti (Mahoney, 1993).

Tuttavia, come riportato da Safran e Messer (1997), in alcuni orientamenti e Scuole, si assiste al paradossale fenomeno che chi non si aggiorna rispetto le nuove conoscenze in campo psicoterapeutico, non solo non viene considerato ignorante, ma **ortodosso** e promosso **didatta**, in quanto aderisce pedissequamente all'insegnamento di uno dei pionieri della psicoterapia. C'è, però, da far notare che, paradossalmente, per aderire pedissequamente ad un determinato autore, bisognerebbe trascenderlo; esemplifico questo, riportando un estratto del testo Freudiano di *Al di là del principio del piacere*, dal quale sembra emergere, da parte di Freud, il messaggio di mettere in dubbio, integrare, sviluppare ed, eventualmente modificare i principi dell'insegnamento di qualsiasi ricercatore. Scrive, infatti, "E dobbiamo esser disposti altresì ad abbandonare una strada che abbiamo seguito per un certo periodo se essa, a quanto pare, non porta a nulla di buono. Solo quei credenti che pretendono che la scienza sostituisca il catechismo a cui hanno rinunciato se la prenderanno con il ricercatore che sviluppa o addirittura muta le proprie opinioni" (Freud, 1920, pag. 248, 249).

3.1 Trasgressione

Con questo termine, mi riferisco, come appena concluso con il messaggio Freudiano, alla possibilità di raggiungere ed ampliare la conoscenza teorico-applicativa dell'ambito psicoterapeutico, mediante anche piccole modificazioni di teorie che possono essere desiderate a priori e dal punto di vista del ragionamento sulle teorie studiate o, anche, che emergono non volutamente e – forse con sorpresa – da alcune sfaccettature dell'applicazione del modello che si scontrano con la sua elaborazione teorica, rendendone necessario un accomodamento della stessa.

Queste trasgressioni possono essere fatte sia nei confronti del proprio pensiero – che può essere in continuo mutamento o aggiornamento – sia rispetto il pensiero altrui. Vi sono anche esempi storici di questa trasgressione, prima di tutto il passaggio **dall'Ipnosi all'esplorazione del Transfert** che è emerso a partire dalla concettualizzazione del caso di Anna O., inizialmente in cura da Breuer, il quale non riuscì a reggere le manifestazioni amorose della ragazza e lasciò la conduzione della cura a Freud, che si rese conto che queste manifestazioni non erano di certo legate al fascino della

propria persona, ma ad affetti primordiali. Successivamente, arrivò a capire che, questi affetti primordiali trasferiti sulla figura del terapeuta – denominati Transfert – fossero essenziali alla cura e che, per poterli studiare in modo intensivo, bisognava rinunciare all’ipnosi (Vegetti Finzi, 1986).

Altre trasgressioni rispetto il suo pensiero furono il passaggio dalla pericolosità all’utilità del Contro-transfert e dalla convinzione di un uomo completamente analizzabile all’interminabilità dell’analisi. Per quanto riguarda il passaggio **dalla pericolosità all’utilità del Contro-transfert**, esso è legato ad un episodio autobiografico – per far vedere come inevitabilmente si intrecciano i filoni della propria vita privata e professionale, avendo ripercussioni l’una sull’altra – ossia alla necessità di trovarsi a fare da arbitro nella vicenda tra Sabina e Jung. Dall’esperire quella condizione arbitraria, ammonì i suoi seguaci di stare attenti e fare di tutto per evitare un coinvolgimento affettivo nei confronti dei pazienti (Freud, 1912).

Successivamente, fu lui stesso che si rese conto che tale coinvolgimento fosse importante per aiutare gli analizzati (Vitolo, 1997).

Per quanto riguarda il passaggio **dalla completezza all’interminabilità dell’analisi**, come emerge in *Analisi terminabile e interminabile*, Freud (1920), con l’introduzione della pulsione di morte in *Al di là del principio di piacere*, affermò che nessun soggetto è completamente analizzabile e questa constatazione disilluse molti dei suoi seguaci, che si allontanarono da lui.

Tale tema dell’interminabilità dell’analisi è presente anche in **Morin** (1983) – la cui ideologia sottostante è disseminata in queste pagine e simboleggia la causa del desiderio conoscitivo, come poco sopra riportato –, nel libro *Introduzione al pensiero complesso*, nel quale si afferma che il pensiero complesso è consapevole in partenza dell’impossibilità della conoscenza completa: uno degli assiomi della complessità è l’impossibilità, anche teorica, dell’onniscienza.

Lacan, partendo da Freud, trasgredì – nel senso di declinare diversamente – il **Complesso di Edipo**, come posizione che il figlio prende rispetto ai desideri dei genitori e di cui, sebbene la decide a livello inconscio – ne è responsabile, infatti scrive “della nostra posizione di soggetto siamo sempre responsabili” (Lacan, 1966, pag. 34).

Inoltre, teorizzò che **“l’inconscio è strutturato come un linguaggio”** (Palombi, 2009, pag. 49) e questa idea era già presente, ma non esplicitata, nei testi Freudiani ed, in particolar modo, in *Psicopatologia della vita quotidiana*, in cui vengono analizzate quelle che lui chiama **Formazioni dell’Inconscio**, ossia gli Atti Mancati, i *Lapsus Linguae*, i Sogni, i Sintomi ed i Motti di Spirito (Freud, 1901).

Queste trasgressioni – come riportato nel capitolo precedente – sembrano scontrarsi con la questione delle **Analisi Didattiche**, così come riportato da Anna Freud (1938-1968), Kernberg (1996), Cremerius (1999), Fachinelli (Benvenuto & Nicolaus, 1989) e molti altri.

Sembra, quindi, necessaria al progresso la visione critica delle teorie che ci vengono proposte. Questo atteggiamento critico non può nascere improvvisamente, ma deve essere coltivato fin dall'inizio del proprio percorso per far proprie e declinare nella pratica le teorie studiate.

Riprendendo **John Stuart Mill** (1925), in accordo con **Freud** (1920), è necessario mettere in discussione qualsiasi opinione perché altrimenti essa si reifica in un freddo dogma, così come accade con le religioni; invece, un pensatore è chiamato a seguire il proprio intelletto, anche a costo di **sviluppare o mutare le opinioni** di qualcun altro. Paradossalmente, per seguire pedissequamente l'insegnamento Freudiano ed essere considerati "ortodossi", bisognerebbe essere "eterodossi". Probabilmente, l'**Ortodossia della Formazione** riguarda soltanto ciò che può essere utilizzato in modo opportunistico, infatti, oltre a non tener conto della volontà Freudiana alla trasgressione ed allo sviluppo teorico, non è stato tenuto conto nemmeno della sua volontà di seguire il **principio formativo dell'Autorischiaramento**, mantenendo la psicanalisi come scienza illuminata ed emancipatrice (Cremerius, 1999).

3.2 Integrazione

Per quanto riguarda le prospettive integrative dei vari approcci, come preliminarmente affermato, riguardano problemi, strumenti e teorie comuni, teorie integrative, Eclettismo Tecnico e Teoretico ed Integrazione Meta-Teoretica ed Epistemologica.

Alcuni dei **problemi comuni** affrontati dalle diverse psicoterapie sono l'Auto-critica del paziente, l'Influenza della soggettività del terapeuta sulla cura e l'importanza dell'Alleanza terapeutica.

L'**Auto-critica** che il paziente muove nei confronti di se stesso, spesso, non è una critica costruttiva che gli permette di cambiare, ma è la ripetizione di accuse pessimistiche nei propri confronti e la svalutazione delle proprie potenzialità e risorse e questo può portare ad un grave abbassamento dell'autostima che rende ancora più difficile la risoluzione dei propri problemi o una visione meno drammatica degli stessi. Tutti i tipi di psicoterapie si trovano a fare i conti con le lamentele troppo accese dei pazienti e le affrontano in diversi modi – come nell'esempio sopra riportato.

Per quanto concerne l'**Influenza della soggettività del terapeuta**, essa può risultare essere un problema perché un paziente, a secondo delle idiosincrasie del terapeuta che emergono, anche involontariamente, nel setting di cura, potrebbe inibire delle sue parti, che, in altre condizioni, o con un altro terapeuta, potrebbero venire alla luce ed adeguatamente trattate. Siccome è impossibile azzerare la soggettività del terapeuta, si è passati dal cercare di eliminarla al poterla utilizzare in modo proficuo (Safran & Messer, 1997).

Un altro problema comune affrontato inevitabilmente da tutti gli orientamenti è la costruzione dell'**Alleanza Terapeutica** tra paziente e terapeuta perché è necessaria la **Fiducia** del paziente ad

affidarsi a qualcun Altro per poter co-costruire una nuova realtà, che permetta di soddisfare le proprie aspettative nei confronti del cambiamento. Il dare fiducia, da parte del paziente, è una tematica molto cruciale e problematica perché molti dei problemi e delle situazioni di difficoltà relazionali sono dovute proprio a questa mancanza di fiducia, che si è sviluppata nella prima infanzia a causa di relazioni primarie disfunzionali, che hanno portato anche allo sviluppo di particolari Disturbi di Personalità (DdP). Quindi, ciò che è necessario all'inizio di una cura, in quanto preliminare all'esito stesso, paradossalmente è anche quello che bisognerebbe ottenere alla fine di un trattamento. La mancanza di fiducia può toccare anche il tema della **Vergogna**, che investe particolari campi ed aree che possono essere state oggetto di scherno e derisione durante la prima infanzia, ma di cui il paziente non ne è consapevole. Spesso, per creare un'alleanza terapeutica, è necessario prima **slatentizzare le culture familiari** sottostanti alla costruzione della personalità del paziente. Per 'cultura' si intende dei **miti** che vengono condivisi, anche inconsciamente, all'interno di uno stesso sistema familiare e – secondo una **Prospettiva Sistemica** – la sofferenza di questi miti viene espressa dal cosiddetto '**paziente designato**', ossia colui che mostra un sintomo. Per farne un'esemplificazione maggiormente chiarificante, si potrebbe pensare a quelle famiglie che hanno il mito della **cultura**, che ti rende forte, di quelle in cui le **emozioni**, in particolar modo quelle negative, non devono essere espresse perché altrimenti significherebbe che la persona in questione è debole, o della ricerca costante di **perfezionismo**. Alcuni di questi miti familiari potrebbero anche rischiare di formare un pregiudizio, da parte del futuro paziente, nei confronti della situazione psicoterapeutica, ad esempio, vivendo in una cultura familiare, secondo la quale 'chi fa da sé, fa per tre' o 'meglio soli che male accompagnati' e in cui la debolezza viene derisa, potrebbero portare una persona a procrastinare e non chiedere aiuto.

Anche per quanto riguarda i **Disturbi di Personalità (DdP)** è stato notato che i termini che li designano sembrano non appartenere a nessun modello teorico. Nel DSM, possiamo ritrovarne una descrizione, ma non una spiegazione del loro costituirsi, che ha origine da particolari dinamiche e carenze durante l'infanzia. Inizialmente, 18 teorie si contendevano il ruolo di guida, in riferimento a questi disturbi, come ad esempio la Psicologia Analitica di Jung, la Teoria Personologica di Murray, la Teoria Fattoriale di Cattell, la Teoria del Rinforzo Operante di Skinner, ecc. Attualmente, invece, nessuna di queste teorie ha assunto questo ruolo di guida. Inoltre, attualmente si sta cercando di integrare, in modo sempre più sofisticato, i diversi fattori che contribuiscono al determinarsi dei Disturbi di Personalità (DdP), che interagiscono tra loro. Queste componenti sono innate, comportamentali, contestuali, biologiche, ecc. Questa teorizzazione di integrazione ed interazione tra diverse variabili è molto importante perché molte delle teorie monolitiche, come mostra la storia della psicologia, sono destinate a fallire. Al contrario, ad esempio, **Clarkin e Lenzenweger (2006)**

hanno tentato di elaborare un modello integrativo delle posizioni di molteplici indirizzi psicoterapeutici, quali quello Cognitivista di Beck e Pretzer, Interpersonale di Benjamin, Evoluzionista di Davis e Miller e Neurobiologico di Depue. Pur essendoci delle divergenze tra i differenti modelli, emerge, però, un Modello Bio-Psico-Sociale attraverso il quale leggere la complessa eziologia dei Disturbi di Personalità (Ddp).

Per quanto riguarda il tema degli **strumenti comuni**, utilizzati transteoricamente dai diversi approcci, rappresentano un'altra declinazione della prospettiva integrativa e degli esempi possono essere l'EMDR della Shapiro, il CCRT di Luborsky e l'uso delle metafore.

L'EMDR, questo acronimo significa *Eye Movement Desensitization Reprocessing*, ossia desensibilizzazione e rielaborazione tramite movimenti oculari. In America, negli anni '80, una psicoterapeuta di nome **Francine Shapiro** si accorse che, durante una passeggiata, guardando alternativamente oggetti presenti nel suo emisfero destro e sinistro, la sua preoccupazione relativa ad alcuni problemi diminuiva, così, da questa scoperta accidentale, decise di farne una tecnica terapeutica, validata scientificamente. L'assunto di base di questo strumento consiste nella possibilità di elaborare in modo funzionale eventi che sono stati vissuti dall'individuo come traumatici. In condizioni avverse o di pericolo, spesso può capitare che una persona non riesca ad immagazzinare in modo corretto le informazioni relative a questi episodi, né a rielaborarli correttamente durante la fase di sonno REM, come avviene ogni notte con tutte le informazioni immagazzinate durante la giornata. Con la tecnica EMDR, il soggetto viene portato a ripensare alla situazione drammatica, nella tranquillità di un setting terapeutico, in modo tale da incanalare, in modo funzionale, l'evento che gli ha creato difficoltà. Il terapeuta chiede al paziente di ripensare all'evento traumatico e se sente tensione in una qualche parte del corpo, dopodiché stimola bilateralmente il paziente facendolo guardare a destra e poi a sinistra o, chiedendogli di chiudere gli occhi, lo tocca alternativamente in una parte del corpo destro ed in quella corrispondente sinistra. Inizialmente, questo strumento era stato pensato per curare i Disturbi Post-Traumatici da Stress (DPTS), ma successivamente venne esteso anche ad altre sintomatologie, quali ansia, attacchi di panico, disturbi ossessivo-compulsivi (Balbo, 2006). Altra particolarità dell'EMDR è che bastano poche sedute per avere risultati efficaci, più di 20 studi randomizzati hanno dimostrato che è efficace nell'84% dei casi (Shapiro, 2011). Inoltre, le neuroscienze hanno dimostrato scientificamente la sua efficacia, osservando, tramite EEG, che vi è un cambiamento dell'entità di attivazione delle aree cerebrali – in particolare, aree limbiche corrispondenti alle corteccie prefrontali ed orbitofrontali – che si attivano prima e dopo le sedute di EMDR (Pagani *et. all*, 2012). Tuttavia, è consigliabile inserirlo all'interno di una psicoterapia, nei suoi diversi approcci, e di farlo al momento giusto, quando il paziente si sente pronto per rivivere l'esperienza traumatica e cercare

di rielaborarla. L'EMDR, poiché praticabile all'interno di qualsiasi tipo di psicoterapia, è diventato un'occasione di dialogo tra i differenti approcci terapeutici (Balbo, 2006).

Il CCRT riguarda il tema relazionale conflittuale centrale. Fa riferimento alla fase storica dei **Microprocessi**, in cui ci si sofferma su segmenti circoscritti della terapia, tra i quali c'è il tema del **Transfert**. Il CCRT rappresenta il primo tentativo sistematico di **operazionalizzazione** del transfert ad opera di **Luborsky** (1992), in *Capire il transfert*. Il transfert è un concetto chiave delle psicoterapie psicomodinamiche, dunque Luborsky decide che anche le componenti delle terapie psicomodinamiche possono essere operazionalizzate ed una delle componenti fondamentali è quella del transfert. Inizialmente, per transfert si intendeva il principio dello spostamento affettivo e relazionale sul terapeuta, come una figura genitoriale che accudisce. Successivamente, questo concetto diventa uno strumento fondativo del trattamento psicomodinamico perché esso consente di bypassare e potenziare la resistenza del paziente, in quel passaggio delicato tra inconscio e conscio, però è ancora una concezione di inconscio e conscio come separati, mentre Carli (2005) ha detto che sono in sinergia. In genere, con transfert, ci si riferisce ad uno schema relazionale prototipico, attraverso cui organizziamo le nostre relazioni (intime o meno) in modo ripetitivo, spesso disfunzionale e di cui il paziente non è sempre totalmente consapevole. Ciascuno di noi, nel momento in cui entra in relazione con l'Altro, ha un suo *cliché* collusivo, un suo schema su cui organizzare l'azione. Luborsky dice che possiamo operazionalizzare questo costrutto individuando alcune componenti, nel senso che alla base del transfert, tutte le volte, ci sarebbe sia un desiderio specifico, sia una risposta che arriva dall'Altro, sia una risposta che arriva da se stessi. È la commistione di queste 3 componenti a costituire il transfert, ovvero lo schema ripetitivo: a fronte di un desiderio, gli Altri rispondono in una certa maniera ed io rispondo a mia volta. Quindi, il CCRT è un metodo attraverso cui viene operazionalizzato un concetto cardine del trattamento psicomodinamico/psicanalitico (il transfert), è un metodo che va alla ricerca di tutti quei microprocessi, in cui il ricercatore può rilevare degli episodi, che rivelano la relazione delle 3 componenti, andando alla ricerca sistematica (quantitativa) di qual è lo schema più ricorrente (perché, in una seduta, un terapeuta potrà trovare una serie di schemi possibili) e quello più pervasivo (quanto è pervasivo rispetto l'andamento della seduta e del trattamento), quanto questo schema pervade la funzione relazionale, il transfert tra paziente e terapeuta e questo lo si fa proprio numericamente attraverso un'operazione che consente di avere un numero da 0 ad 1, più mi avvicino all'1, più lo schema è pervasivo e ripetitivo. Il vantaggio di questo sistema è che non parla di transfert in modo generale, ma lo scompone in 3 componenti, che vanno ricercate. Dal punto di vista della ricerca, esiste anche un'intervista sugli episodi relazionali (**RAP: Paradigma degli Aneddoti Relazionali**), in cui viene chiesto al paziente di ricordare 10 episodi in cui c'entra l'Altro. Tuttavia, al di là dell'intervista,

trovare gli schemi relazionali è possibile in qualsiasi seduta, il problema è che non va selezionata la seduta intera, ma soltanto quelle parti in cui le 3 componenti del transfert sono presenti: WISH (desiderio), RO (risposta dell'Altro) ed RS (risposta del Soggetto). Il problema è, tra tutti gli schemi, trovare quello più ripetitivo e pervasivo, chiedendosi: il problema del paziente è un problema tra i desideri? Le risposte tra le RO e le RS? Oppure tra desideri e risposte? Quello che la ricerca dimostra è che tendenzialmente, in un trattamento, quello che succede è che i desideri non cambiano, mentre le componenti che cambiano indicando un successo della terapia, sono le RO e le RS, che diventano, via via, sempre più funzionali. Quindi, l'obiettivo del CCRT è sia **clinico** (cioè informa la pratica clinica, dicendo qual'è il problema del paziente e quali sono le modifiche, aiutando il terapeuta a correggere l'interpretazione del transfert, a guidare l'intervento), però è contemporaneamente anche **empirico** perché, per esempio, posso studiare l'efficacia e l'efficienza di un trattamento, anche psicodinamico, che, come sappiamo dalla storia della ricerca, sono difficilmente studiabili. L'obiettivo fondativo è quello di rendere meno pervasivo il transfert, inteso come lo schema relazionale più pervasivo e ripetitivo. E come si fa? La codifica del CCRT è in genere costituita da 2 fasi (a carico di gruppi di ricercatori differenti):

1. Individuare in una seduta tutti gli **ER (Episodi Relazionali)** e codificarli nelle sue componenti (RO, RS e W). RO e RS devono sempre essere esplicite, mentre, spesso W può essere inferita dal ricercatore ed, in questo caso si segnala con (W), messa tra parentesi.
2. Implica che venga definita la **temporalità** di un Episodio Relazionale, si decide qual'è l'Altro fondamentale di ciascun episodio relazionale, si **individuano** le **componenti**, tra cui anche la componente inferita dal ricercatore (W) e si **codificano**. Poi ci sono passaggi opzionali metrici. Il problema è che devono essere trovate delle categorie in grado di dirci di W, RO ed RS. Luborsky dà **3 sistemi di codifica** (che possono essere scelti dal ricercatore/clinico, ma il consiglio è quello di andare sulla codifica "standard" perché ricordare 24 categorie è molto più facile che ricordarne 99, anche se Luborsky consiglia di fare sempre anche quella "su misura" per rimanere aderenti al testo):
 - **Categorie "su misura"** → Ha uno scopo strettamente clinico perché aderisce moltissimo al testo del paziente per come si presenta.
 - **Codifica "standard"** → Contiene 36 categorie.
 - **Codifica "cluster"** → La ricerca di Luborsky è riuscita a clusterizzare le 36 categorie in 8 principali cluster per componente. È il risultato di un'Analisi Fattoriale, in cui le varie risposte standard sono state poi clusterizzate perché convergevano su una stessa tematica. Le categorie sono indipendenti sia all'interno di ciascuna componente, sia tra le componenti, non c'è una corrispondenza precisa. Ci sono 8 sottocomponenti (cluster)

per ogni categoria (W, RO, RS). Le combinazioni possibili sono 8^3 , ossia 640. È importante che tutte le volte il ricercatore scelga almeno 2 cluster di codifica perché essi sono ambigui e che poi si confronti con altri ricercatori. Questo deve essere fatto per tutti gli ER e successivamente bisogna fare una tabella delle frequenze per notare qual è l'ER più pervasivo e ripetitivo (statisticamente, il valore più tendente ad 1), ossia più presente all'interno delle sedute del paziente. Bisogna guardare quanto ogni cluster è presente in ogni episodio relazionale, ad esempio se trovo 3 volte un cluster ed ho 3 episodi, $3:3 = 1$, quindi massima pervasività. Oppure, se un cluster non è mai presente in 3 episodi che trovo, ho $3:0 = 0$, quindi assenza di pervasività. Successivamente, le 3 medie (W, RO ed RS) vengono sommate tra di loro e questo rappresenta l'entità della pervasività (P) dell'intero ER. Bisogna guardare la ridondanza tra una serie di sedute.

Inoltre, sarà l'oggetto che sto studiando (ad esempio, la Depressione Post-Partum) a dirmi se lo strumento che voglio usare (ad esempio, il CCRT) sia adeguato al mio scopo e non il contrario. Il CCRT è un esempio di codifica meta/extralinguistica, anche se si parte dal 2° livello di codifica, ossia quello prossimale (Luborsky, 1992).

Altro strumento comune ai diversi modelli psicoterapeutici è l'utilizzo, esplicito o implicito, di **Metafore** per cercare di aiutare il paziente, mediante una declinazione di ciò che gli è utile con riferimenti simbolici ed allegorici rispetto i suoi sistemi di riferimento. Se il paziente è uno sportivo, verranno utilizzate preferenzialmente metafore appartenenti al campo dello sport. Per quanto riguarda delle esemplificazioni storiche, ad esempio, Freud parlò di simbolismo sessuale per designare la decodificazione di sogni, fantasie ed associazioni libere, Jung inventò le metafore di 'Animus' ed 'Anima', Reich parlò di 'Orgone', gli Umanisti di 'esperienze di vetta', i Meccanicisti di 'piccole scatole nere', Berne di 'giochi', Perls di 'despota' e 'succube', Janov di 'esperienze primarie' ed i laureati EST¹³ di 'dato reale'. Oltre a questo, nel momento che si rappresenta un proprio vissuto mediante una metafora, bisogna accertarsi, tramite domande, di capire a cosa, realmente, l'interlocutore sta facendo riferimento perché gli schemi linguistico-rappresentativi delle persone sono, per la maggior parte dei casi, differenti o discostanti da un unico significato preciso. È, quindi, utile operare un processo di progressiva specificazione delle espressioni linguistiche utilizzate dal paziente per essere certi di conversare sulla stessa cosa ed evitare, quanto più

¹³ EST, in Latino, è la 3ª persona singolare del verbo essere, quindi significa 'è'. Werner Erhard creò un gruppo con questo nome per elaborare un modello di riferimento, avente l'idea cardine di riportare la persona a ciò che realmente è, in modo tale da farle adottare comportamenti adatti alla sua essenza.

possibile, dei malintesi all'interno della comunicazione. Questo è molto importante anche perché, nel momento in cui un soggetto percepisce, sottilmente, di ricevere una comunicazione che è in contrasto con il suo modello di riferimento, tenderà a negarla e distorcerla, in modo da adattarla ad esso. Tramite le metafore è possibile anche completare maggiormente il modello del mondo che ha il paziente e fargli vedere, o toccare con mano, possibili soluzioni al suo problema che, precedentemente, non aveva mai contemplato. Comune a tutti gli approcci è, quindi, anche l'offrire al paziente un metodo che gli consenta di scegliere tra più opzioni comportamentali possibili. Così come per altre dimensioni del linguaggio precedentemente trattate (cfr. capitolo 2), anche per le metafore è consigliabile fare esercizio, in modo tale da, successivamente, renderle spontanee durante il lavoro terapeutico (Gordon, 1978).

Invece, per quanto riguarda le **teorie comuni** utilizzate da diversi approcci, un esempio può essere la **Teoria dell'Attaccamento** di **Bowlby** (1982). Quest'ultima non è recente, nasce da una serie di idee circa l'importanza dell'interazione con il caregiver che svolge una funzione, dice **Bruner**, di sostegno, *scaffolding* e che deriva dal fatto di attribuire intenzionalità alle manifestazioni del bambino. L'interazione con il caregiver permette al bambino di orientare le sue espressioni emotive, comprendere anche in quali contesti e ambiti ci si aspetta un sorriso o un volto serio. Anche la relazione con l'ambiente è importante perché il bambino apprende le manifestazioni emotive accettate nelle diverse situazioni, la capacità di regolare le emozioni dipende anche dalle differenze culturali. Bowlby si è molto soffermato sull'interazione con il caregiver, assieme alla **Ainsworth**, sua assistente e, successivamente, autonoma sul piano intellettuale, che ha esteso la teoria dell'attaccamento. Questi due autori hanno elaborato concetti oggi significativi, Bowlby nato nel 1907 e morto nel 1990, è stato attivo fino tarda età e la sua biografia è interessante perché era figlio del medico di corte Britannico, quindi predestinato alla carriera medica chirurgica, il suo interesse era per le problematiche dell'infanzia, dei bambini traumatizzati ed il suo iniziale tirocinio fu con i bambini con problemi psicologici. Si è orientato verso la psichiatria, che all'epoca, per chi aveva un orientamento più attento alle posizioni psicanalitiche, coincideva non con la psichiatria, ma con una psicanalisi che era governata dalla medicina, infatti erano tutti medici, quali Freud e Jung, tranne, ad esempio, Janet e Bowlby. La medicina rappresenta la base formativa. Bowlby è stato membro della Società di psicanalisi, a quel tempo governata dalle posizioni di **Klein** ed **Anna Freud**. Bowlby, come esperto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) viene inviato nei Paesi che avevano subito i conflitti bellici per vedere i bambini vittime della guerra, di gravi traumi. Questo significa che c'era un evento reale che determinò una difficoltà. Se una persona ha una fobia e diciamo che l'attacco di panico è determinato da un evento infantile stiamo facendo una connessione tra evento reale e l'attacco di panico. Allora era un concetto rivoluzionario perché la

psicanalisi di Freud, Anna Freud e Klein aveva concettualizzato il trauma in modo diverso, per Freud le isteriche avevano potuto subire un trauma, ma poi sostenne che non si trattasse di fatti reali ma di esperienze che venivano immaginate, quindi tutta l'attenzione della psicanalisi era volta a proteggere un setting duale in cui il mondo esterno doveva entrare a poco a poco, c'era l'idea che fosse poco importante ciò che accadeva al soggetto e che fosse più importante come il soggetto elaborasse determinate esperienze, che fossero vere poco importava. Al contrario, Bowlby pensava che ciò che caratterizzasse l'evento psicologico fosse un evento reale, così come la relazione con la madre è reale e non è qualcosa che si percepisce soggettivamente come inadeguata; quindi, secondo lui, le origini delle psicopatologie sono differenti. Si rende conto che in guerra lo stato di salute riguarda i lutti, le distruzioni delle abitazioni ed è causato dal dolore Reale. La sua attenzione era già rivolta a capire cosa veramente fosse accaduto nella vita dei soggetti. Come gli eventi traumatici vengono elaborati, dipende dal tipo di attaccamento. Bowlby deve fare un grande sforzo per parlare della relazione tra madre e bambino e tenere l'attenzione sulla madre Reale, ossia su come davvero si comporta con il bambino. Bowlby scrisse 3 grandi volumi che contengono una sistematizzazione molto articolata di questa Teoria dell'Attaccamento e che sono intitolati *Attaccamento e perdita* (1969; 1973; 1980). Questi libri mirano a studiare le patologie legate alle distorsioni del rapporto bambino-caregiver. Ma se Bowlby si è occupato del rapporto con il caregiver, perché la teoria viene anche usata nella terapia di adulti e bambini? Che legame c'è tra quello che accade nei primi anni di vita e quello che accade dopo? La Teoria dell'Attaccamento ipotizza che quello che accade nei primi anni di vita si trasforma in rappresentazioni mentali che l'individuo costruisce su di sé e sul mondo e ci sono dei Modelli Interni dell'Attaccamento (MOI), *Internal working models (IWM)*, ossia delle costruzioni rappresentazionali che derivano da esperienze Reali e che poi influenzano in modo diverso il bambino, l'adolescente, l'adulto e l'anziano. Per la psicanalisi classica di **Freud**, il bisogno primario è quello del cibo, mentre Bowlby non era d'accordo con questa idea, in particolar modo da quando venne in contatto con l'**Etologia**. Venne a contatto con **Harlow**, il quale lavorò con le scimmie *resus* e scoprì che andavano verso il pupazzo a forma di scimmia, anche se non gli dava cibo. Da qui, emerse l'idea portante dell'attaccamento: grazie a queste ricerche di Harlow, è evidente come, in un piccolo di una specie vicina a quella umana, quando si trova di fronte a 2 sagome, una di fil di ferro con un biberon e l'altra di gomma piuma senza nutrizione, il comportamento del piccolo è chiaro, ossia soddisfa il bisogno di alimentazione, ma appena dopo un paio di succhiate, quando è sazio, va immediatamente a mettersi a contatto con la sagoma di gomma piuma e resta lì fino a che non ha di nuovo fame, quindi è l'unità della persona della madre, non solo la soddisfazione della madre, che attrae. Resterebbe, altrimenti, vicino alla madre di fil di ferro. Da Harlow emerge che ciò che determina il legame con il caregiver è un bisogno di protezione,

sicurezza, paura dei pericoli, che deve essere sedata da una persona che dà protezione, quindi da un contatto fisico, che poi si trasforma in sicurezza psicologica, con un adulto significativo, che, oltre al bisogno di fame, soddisfa il bisogno di calore. Bowlby trae l'idea che non sia solo la soddisfazione della fame l'elemento che spinge ad attaccarsi. Anche l'etologo **Lorenz** influenzò Bowlby con l'**imprinting**. Lorenz ha elaborato una teoria che è stata innovativa perché smentisce l'idea che il mondo animale sia governato solo da riflessi, come diceva il **Comportamentismo**. Per Bowlby, divenne fondamentale il concetto di **periodo critico**, che desume dall'**Imprinting**; Lorenz ha evidenziato che i piccoli, se esposti subito dopo la nascita ad una figura diversa da quella della propria madre oca, tendono a seguirla, resta impresso in loro uno schema di sopravvivenza che li porta a seguire la prima figura vista. Per Bowlby è importante il concetto di propensione a seguire, che è innata e presente anche in altre specie, non solo in quella umana. Per la specie umana, forse, non è proprio utile parlare del concetto di imprinting, ma è meglio parlare di un periodo critico per contrastare un'eventuale supposta somiglianza tra gli studi animali e quelli umani. In una fase, ci si lega alla propria madre, ma, se viene sostituita, c'è un certo numero di ore (che, per le oche è 12) durante le quali, se il piccolo viene esposto a qualcuno che non è la madre, dopo un certo tempo, non si verifica l'imprinting. Questo lasso di tempo, che serve per capire chi dà la sopravvivenza, varia da specie a specie, e si parla di periodo critico o sensibile, di una finestra temporale in cui le influenze dell'ambiente hanno un maggiore effetto. Per i piccoli delle oche è poche ore, per gli esseri umani il periodo è più lungo, infatti, dura un anno di vita. Non è una spinta legata alla sopravvivenza fisica, ma qualcosa di più, deriva dal bisogno di calore e protezione, è istintiva ed ha bisogno di un certo periodo di tempo per organizzarsi. I primi 3 anni di vita sono particolarmente importanti per la Teoria dell'Attaccamento, il periodo sensibile della nostra specie va dalle 6 settimane a 6 mesi, ma si estende lungo il periodo dei primi 3 anni. La Teoria dell'Attaccamento si occupa dei primi anni di vita, per Bowlby la tendenza al legame inizia dai primi mesi di vita, in realtà possiamo osservare il legame già dopo il primo anno di vita. Bowlby è stato accusato di **Determinismo**, perché, in realtà, ci sono delle possibilità di evoluzione del bambino e non tutti quelli che vivono in un contesto familiare, incapace di sintonizzarsi emotivamente con lui, avranno problemi psicologici. Le carenze affettive molto gravi nei primi mesi di vita sono però irreversibili, ma da un altro punto di vista, ossia vanno a ledere la costituzione del cervello destro, quindi funzioni che rendono difficile la capacità di reagire agli *stressors*, ai traumi e le difficoltà che si incontreranno successivamente. Inoltre, per Bowlby, il bambino è sempre attaccato alla madre, non esiste un non attaccamento, ma dei **tipi di attaccamento**, è impossibile che non sviluppi un legame con l'adulto perché l'attaccamento è una spinta biologica che deriva dalla sopravvivenza, per sopravvivere ha bisogno di un periodo di cure. Bowlby non ha mai detto che il legame di

attaccamento sia predittivo e connesso alle competenze intellettive, motorie e percettive, ma riguarda specificamente tutta la sfera emotivo-relazionale che caratterizza l'individuo. Non è una teoria della personalità, infatti non spiega quest'ultima in maniera globale perché, ad esempio, un individuo può essere patologico dal punto di vista mentale, ma questo dipende da vari fattori riguardo la sua storia pregressa, non è fortemente legata al tipo di attaccamento, quest'ultimo può rappresentarne solo un fattore. L'Attaccamento Disorganizzato è predittivo, ma la Teoria dell'Attaccamento spiega la parte più intima dell'individuo che si presentifica nelle relazioni sociali. La teoria spiega anche come le persone reagiscono ai rapporti significativi, che Bowlby ha individuato in 3 legami di base:

1. Il bambino con il **genitore**;
2. Il bambino che da grande che sviluppa relazioni affettive con un **partner sessuale**;
3. Il tipo di relazione che, se riprodotto, svilupperà con i propri **figli**.

Questi 3 rapporti sono i 3 grandi temi su cui la teoria ha un potere esplicativo maggiore. Il fatto che abbia dato luogo ad un modello terapeutico non giustifica il tipo di personalità, ma alcuni tratti della personalità sono legati alle prime relazioni. Dopo i primi anni di vita, soprattutto quando ci sono relazioni significative, nasce la parte più profonda del Sé, che deriva dal tipo di attaccamento che il soggetto ha avuto. È, quindi, una teoria dell'affettività. Per Bowlby, all'inizio, ci sono **comportamenti di segnalazione e di avvicinamento**, ossia il bambino emette segnali che hanno come unico obiettivo quello di avvicinare l'adulto; hanno un significato in termini di relazione, sono le basi per un attaccamento, quindi, ad esempio, il bambino sorride o piange e l'adulto è sensibile a questo. Dai 3 ai 6 mesi di vita, c'è una ricerca più selettiva di contatto verso le figure familiari, in quanto il piccolo differenzia le figure e, quindi, c'è una fase più attiva; particolarmente importante è la fase dai 6 ai 24 mesi, nella quale ci sono fenomeni importanti come la costruzione di un legame che è orientato e preferenziale, **monotropico**: concetto maggiormente criticato della teoria, ossia rivolto verso una sola persona. Successivamente, vi è una 4^a fase, più evolutivamente caratterizzata dalle competenze cognitive, che fa sì che madre e bambino inizino ad avere degli scopi comuni, che sono governati dai feedback reciproci che si danno e che provengono dall'ambiente, ad esempio a 2 anni si è capaci di intenzionalità, di sviluppare in modo migliore il pensiero e, quindi, la relazione diventa più paritaria, governata dagli obiettivi che madre e bambino hanno. I momenti cruciali in cui si può osservare l'attaccamento sono una volta superato il primo anno di vita del bambino. L'effetto negativo di modalità di attaccamento traumatogenico spiegano il significato della **Strange Situation**, che valuta l'attaccamento perché ci sono due forze in campo, che si bilanciano attraverso, e da cui emerge la reazione del bambino, ossia separazione e vicinanza. Non si vuole vedere come il bambino si comporta con l'estraneo, ma che tipo di equilibrio ha

sviluppato tra vicinanza e separazione. Un adulto, giorno dopo giorno, ha tante relazioni; la relazione con il bambino è molto importante perché passano delle comunicazioni che l'adulto dà al bambino nel quotidiano, è importante che esse prevalgano, non che siano solo presenti delle modalità comunicative che sono quelle che fanno sentire il bambino accolto e protetto, è, quindi, una figura capace di vicinanza, che capisca i segnali del bambino e che dia risposte adeguate ai segnali che emette. Quando c'è una figura di attaccamento che è sufficientemente presente, quello che trasmette in modo non verbale al bambino è una sensazione di sicurezza, fiducia, percezione di valere in quanto soggetto o oggetto di queste attenzioni, la spinta che porta il piccolo a rivolgersi ad un caregiver viene adeguatamente accolta ed è la spinta che porta il bambino a rivolgere dei segnali all'adulto che lo porta a rispondere al bambino e farlo sentire sicuro. L'emozione primaria che spinge il bambino ad avere bisogno e rivolgersi all'adulto è la paura, infatti ciò che motiva biologicamente l'attaccamento è la paura di non sopravvivere. È l'emozione più antica, ha sede in una parte antica del cervello, ossia l'amigdala: questa parte ancestrale che attiva l'emozione della paura è quella che in modo inconsapevole spinge i piccoli a strutturare un legame. Quando tutto funziona bene ed il bambino si spaventa poco nei primi anni di vita, sviluppa pian piano un'idea che il mondo sia sicuro e che sia tale perché c'è qualcuno che protegge e coccola quando ce n'è bisogno e non dopo, quindi man mano si stabilizza l'idea di avere a che fare con un mondo con persone che danno sicurezza e qui nasce il modello mentale dell'attaccamento, in cui ci si costruisce un'idea di Sé come degno di essere amato. Può essere un'idea difficile da capire perché chi non ha questa sicurezza di base non riesce a coglierne fino in fondo il significato, in quanto non viene messo in dubbio che gli Altri possano proteggere. Quando il bambino è piccolo, la vicinanza è massima, dopo inizia a determinarsi l'equilibrio funzionale tra vicinanza ed esplorazione, quindi la capacità di proteggere deve modificarsi già nel primo anno di vita. Via via che il bambino cresce, emette sempre meno segnali di avvicinamento e più di esplorazione. Se un bambino sembra molto più attaccato alla zia che alla madre e, ad esempio, la zia cade, se il bambino corre dalla madre, significa che è con lei che ha costituito un legame di attaccamento, il quale si evidenzia in una situazione di pericolo. Quando non c'è una situazione di stress, il bambino non ha bisogno di sentirsi sicuro. La presenza e la paura dell'angoscia motivano la spinta a legarsi e, quando la figura di attaccamento (FdA) ha certe caratteristiche positive, il bambino sperimenta sicurezza e struttura un'immagine di Sé positiva, diventa sicuro di sé, sorridente, esplorativo e socievole. La capacità del piccolo di entrare in relazione con gli Altri dipende dalla sicurezza di poter contare sul legame di attaccamento. Per la Teoria dell'Attaccamento, man mano che il bambino cresce, ragiona sul tipo di legame che ha con i suoi genitori e si fa un'idea di Sé e degli Altri sulla base delle caratteristiche di questo legame affettivo. A volte, il problema sorge quando entrambi i caregiver, madre e padre,

sono incompetenti, mentre se è solo uno ad essere incompetente, è possibile che l'altro svolga una funzione di compensazione, che permetta al bambino di trovare un equilibrio. È più probabile che un insicuro evitante abbia la modalità caratterizzata dalla presunzione di cavarsela da solo a causa di un legame con i genitori in cui non ritiene di essere importante. La tipologia evitante più di tutte nega il significato di una relazione, quindi nella vita adulta uno dice che ha i suoi spazi, sparisce senza dire dov'è per uno o due giorni, senza pensare che sia importante dirlo. Quando una figura di attaccamento non ha caratteristiche positive, ha un atteggiamento nei confronti del bambino non patologico, il bambino prova una sensazione di paura, una spinta ancestrale che porta a costruire il legame. Se un adulto non è sufficientemente vicino al bambino, questo avrà situazioni di stress e paura, ad esempio genitori emotivamente distanti, che non ritengono che la cura debba essere affrontata con modalità affettivamente significative. A volte, le caratteristiche affondano in caratteristiche culturali. Questo mette a rischio di relazioni sbagliate, troppo coinvolgenti, in cui ci si fa rispettare. Il fatto che il bambino deve subito imparare, fa sì che porta questo lo porti a provare emozioni che lo spingano ad attaccarsi sempre più. Se la figura di riferimento pensa che i segnali di attaccamento non debbano essere completamente accolti, il bambino svilupperà un modo di attaccarsi considerato un attaccamento difensivo, non sicuro, meno positivo. L'atteggiamento difensivo che il bambino può avere nei confronti dell'adulto può essere di due tipi a seconda dell'atteggiamento prevalente dell'adulto, se è "devi cavartela da solo" oppure se alterna stati in cui è un adulto sicuro a stati in cui utilizza una modalità di distanza emotiva, più tipica di un atteggiamento evitante, si avrà un bambino che svilupperà una difesa che cercherà di avere dall'adulto quello che ha sperimentato come più positivo nel rapporto. Se un adulto è deluso e più distaccato con il bambino e poi ritorna ad avere un atteggiamento positivo e successivamente ha ancora una fase brutta, il bambino aumenta frequenza ed intensità dei segnali di attaccamento. Diventano dei bambini che tendano a non mollare un attimo l'adulto. Nel caso del difensivo evitante, il bambino inizia a pensare che deve farcela da solo per avere vicino la figura di attaccamento. L'evitante esplora ma con molto stress, fa questo come una difesa, non perché è la modalità che preferirebbe, ma perché deve massimizzare il suo attaccamento. C'è anche l'attaccamento disorganizzato che non ha la caratteristica di centratura attorno ad un nucleo fondamentale.

Per quanto riguarda la **Teoria dell'Attaccamento di Bowlby**, l'autore la elaborò dopo essersi specializzato non solo in psicoanalisi, ma anche in psichiatria e pedopsichiatria. Inoltre, come emerge dal convegno "Il contributo delle attuali teorie alla comprensione dello sviluppo infantile", tenutosi nella primavera del 1957 ed organizzato dalla British Psychological Society, in occasione del congresso annuale riservato allo stesso Bowlby, quest'ultimo parlò dell'importanza

dell'Etologia. Si differenziò dagli altri 3 autori, invitati al convegno, perché non si limitò a parlare dell'apporto di discipline appartenenti all'ambito psicologico, ma cercò di operare un'integrazione multi-disciplinare per spiegare la costruzione dello sviluppo infantile. Al contrario, gli altri partecipanti si concentrarono, in particolar modo, sul ruolo della psicoanalisi Freudiana e sulla Teoria dell'Apprendimento Associativo, elaborata da Piaget. Per quanto riguarda il contributo dell'Etologia, nello spiegare lo sviluppo del bambino e le inerenti difficoltà e per cercare di rendere più scientifica la Psicoanalisi, Bowlby riprese gli studi di **Darwin** (1859), presenti in *Le origini della specie*, il quale avanzò il concetto di Selezione Naturale, per la sopravvivenza degli animali. Tuttavia, questo sembra dimostrarsi vero anche per il genere umano, come spiegheremo nelle pagine a seguire. Gli animali hanno degli istinti che sono stati selezionati in modo naturale, in maniera da elaborare strategie vantaggiose ai fini della sopravvivenza. Degli esempi, possono essere la tipologia di locomozione, di nutrimento, corteggiamento, accoppiamento, allevamento dei figli, ecc. Questi istinti sono specifici per ogni specie animale ed, infatti, possono essere chiamati **comportamenti specie-specifici** e sono, dunque, ereditari. Alcuni di questi comportamenti sono complessi e, sebbene specie-specifici, possono essere presenti anche in specie animali, che sono simili. Queste strategie comportamentali non possono essere considerate dei semplici riflessi, ad esempio, il pulcino appena nato è già in grado di beccare i chicchi di cibo, mirandoli immediatamente in modo preciso. Inoltre, i comportamenti specie-specifici possono essere utilizzati, dai biologi e dagli studiosi di animali, per classificare questi ultimi, con un'attendibilità simile a quella ricavabile dalle strutture anatomiche. Ad esempio, **Lorenz** si occupò della tassonomia di anatre ed oche; mentre **Tinbergen** dei gabbiani. Oltre alla componente innata-ereditaria, è fondamentale anche il ruolo dell'ambiente per la possibilità dell'emergere di determinati comportamenti. **Heinroth** si accorse che i comportamenti specie-specifici, oltre ad essere innati ed ereditari, sono attivabili nel momento in cui nell'ambiente vi sono una serie di **stimoli-segnale**, come, ad esempio, gestal uditive o visive. In particolare, il pettirosso maschio si prepara all'attacco soltanto nel momento in cui percepisce un altro ciuffo rosso di un pettirosso rivale. Si può, quindi, parlare di **Social Releasers**, ossia di stimoli sociali attivanti. Anche se i comportamenti specie-specifici vengono considerati complessi e **multi-sensoriali**, **Tinbergen** afferma che, se si reperiscono le sotto-componenti di essi, si può notare che ogni schema sequenziale è regolato da un solo indizio sensoriale. Quanto sopra riportato, ci ricorda del **Modello Psicoidraulico** degli istinti, elaborato da **Freud**, quindi forse sia quest'ultimo che Lorenz hanno cercato di spiegare gli stessi concetti, partendo da punti di vista differenti. Tuttavia, attualmente il Modello Psicoidraulico non è più accreditato. Oltre a ciò, è stato studiato che l'**Abitudine** influenza il comportamento a lungo termine, mentre gli stimoli propriocettivi ed enterocettivi quello a breve

termine, ad esempio, possono influenzare l'interruzione dell'atto di mangiare e bere. In questo caso, si può parlare di **Meccanismi di Feedback Negativi**. Invece, quando un comportamento è inibito da stimoli provenienti dall'ambiente esterno, si può parlare di **Social Suppressors**, ossia di stimoli sociali inibenti. Ad esempio, **Hinde** (1954) osservò che, nel momento in cui è presente una femmina pettirosso nelle vicinanze, il pettirosso maschio non la ricerca cantando, come prevedono le regole del corteggiamento. Come si è visto, la maggior parte delle esemplificazioni, sopra riportate, permette un supporto delle funzioni metaboliche e riproduttive e, dunque, contribuisce alla sopravvivenza della specie. Ma tutto questo come si applica allo sviluppo infantile, a Piaget ed alla Psicoanalisi? In particolare, è stato notato che, anche nel **genere umano**, vi sono dei *Social Releasers* che permettono al piccolo di sopravvivere. Degli esempi sono il **sorriso** e la **tendenza ad attaccarsi alla figura materna**. **Dennis** (1935) notò che i bambini sorridevano, in particolar modo, nel momento in cui vedevano il viso materno e sentivano la voce della madre. Al contrario, **Spitz** scrisse che il sorriso del neonato non fosse innato, ma il risultato delle cure materne e della relazione oggettuale della madre; non prese in considerazione l'idea di una possibile interazione tra aspetti innati ed ambientali, ossia di un ruolo dell'ambiente che potesse permettere l'emergere di tale comportamento, già presente in modo innato, nel piccolo. Vi è dunque, nello spiegare lo sviluppo umano, una **complementarietà** tra etologia, psicoanalisi e Piaget (Bowlby, 1982).

Inoltre, **Darwin**, con la sua Teoria dell'Evoluzione, influenzò un grande filone della psicologia (composto da Piaget, Bowlby, Janet, Binswanger, Reich e Bateson, antropologo, ecc.) ad utilizzare il **metodo scientifico dell'osservazione** con l'**obiettivo** di fare **ricerca** e **non di formare allievi**.

È importante ricordare che questo metodo scientifico proviene dalla Psicologia Sperimentale e grandissimi contributi ci vengono da **René Spitz** per quel che riguarda la ricerca dei primi anni di vita del bambino, come **Anna Freud** riporta nella prefazione del libro *Il primo anno di vita*: “egli sostiene l'uso dell'osservazione diretta e dei metodi della psicologia sperimentale in contrasto con quegli studiosi di psicoanalisi che preferiscono basarsi solo sulla ricostruzione dei processi di sviluppo che emergono dall'analisi” (Spitz, 1965, pag. 7).

Per quanto riguarda le **teorie integrative**, ossia nate dalla combinazione di due o più approcci psicoterapeutici, possiamo rintracciare la Teoria Multimodale di Lazarus, la declinazione del Transfert secondo le coordinate Piagetiane di assimilazione ed accomodamento da parte di Wachtel da parte di Wakefield, il rintracciamento di assunti di carattere cognitivo all'interno dei testi Freudiani (Safran & Messer, 1997).

La **Teoria Multimodale** di **Lazarus** (1981) pare molto esemplificativa non solo per quanto riguarda l'integrazione di molteplici approcci e prospettive, ma anche per quanto trattato nel precedente capitolo (cfr. capitolo 2) sull'uso, o ancora meglio, la sequenzialità di quanto viene

affermato dal paziente, che, come approfondiremo in seguito, deve essere ricalcata. Tale teoria appartiene al filone dell'**Eclettismo Tecnico**, ossia la possibilità di integrare diverse tecniche terapeutiche sulla base della particolare configurazione della personalità e del funzionamento di un determinato paziente. Al contrario dell'**Eclettismo Teoretico**, quindi, non si propone di integrare a livello teorico differenti approcci – a volte, tra loro inconciliabili – e di applicare tale combinazione indistintamente su qualsiasi paziente, come una verità calata dall'alto (Safran & Messer, 1997). In particolare, tale teoria operazionalizza il costrutto della **Personalità** in 7 diverse modalità, o dimensioni, riassumibili nell'**acronimo BASIC ID**, ossia: B (Behaviour; comportamento), A (Affective processes; emozioni), S (Sensations; sensazioni), I (Images, immagini), C (Cognition; cognizioni), I (Interpersonal relations; relazioni interpersonali) e D (Drugs; funzioni biologiche). Tramite dei **colloqui** ed il *Questionario multimodale sulla storia personale*, il clinico traccia una diagnosi sui problemi del paziente, che vengono rintracciati, in ognuna delle 7 dimensioni, in quanto carenze, eccessi e punti di forza. Dunque, non si ha una **diagnosi** di tipo strutturale, ma di tipo **funzionale** e, quindi, questo permette di collegare ad essa gli obiettivi del trattamento che ci si prefigge e di seguire, con l'avanzamento della terapia, come mutano le 7 dimensioni e come ci si avvicina maggiormente, si retrocede o si ha una situazione di emparse rispetto gli obiettivi prestabiliti. Questi ultimi, grazie ad una diagnosi funzionale, possono anche essere modificati man mano che la terapia procede ed adeguati alla particolarità del paziente, quindi, alle modalità che ha di rispondere alla cura ed ai tempi che gli sono necessari per elaborare determinati vissuti e problematicità. Vi sono, dunque, contemporaneamente una **Valutazione del Progresso** ed una **Valutazione del Risultato**. Inoltre, sembra vantaggioso anche notare un eventuale ricorrente ordine di successione delle 7 dimensioni che vengono usate da un paziente per parlare dei propri problemi, in modo tale da introdurre delle modifiche trasformative seguendo il suo stesso ordine, cercando, quindi, di entrare nel suo stesso sistema di riferimento, riducendone la sofferenza, promuovendone la crescita personale in modo rapido, ma duraturo, in quanto non consistente nella sola eliminazione dei sintomi (Lazarus, 1981).

Invece, per quanto riguarda gli esempi di teorie integrative appartenenti ad un Eclettismo Teorico, possiamo annoverare la declinazione del Transfert secondo le coordinate Piagetiane di assimilazione ed accomodamento da parte di Wachtel e, da parte di Wakefield, il rintracciamento di assunti di carattere cognitivo all'interno dei testi Freudiani (Safran & Messer, 1997).

Wachtel (2004) afferma che il **Transfert** può essere spiegato con le **coordinate Piagetiane di Assimilazione ed Accomodamento**. In particolare, il Transfert, inteso secondo la visione di Luborsky (1992) come schema ripetitivo di relazioni disfunzionali, è paragonabile al concetto di Assimilazione, messo a punto da Piaget, in quanto, ciò che esperiamo, assimiliamo dal nostro

mondo relazionale dovrebbe, per consentirci una progressiva maturazione e funzionalità dei nostri schemi relazionali, operare anche delle modifiche nella nostra struttura, per poter essere incorporato. Invece, spesso, da come mostra Wachtel, la maggior parte dei problemi sorgono proprio da una ripetizione dello schema relazionale centrale (denominato Transfert dalla tradizione psicoanalitica) e, dunque, da una deficitaria competenza di Accomodamento, secondo la teoria dello sviluppo elaborata da Piaget.

Per quanto riguarda il **rintracciamento di assunti di carattere cognitivo all'interno dei testi Freudiani** da parte di **Wakefield** (1992), egli affermò che Freud è stato il primo psicologo Cognitivista e rintracciò nei suoi testi 7 principi appartenenti alla matrice Cognitivo-Comportamentale e presenti nella meta-psicologia Freudiana, ossia la cornice utilizzata per studiare la psicologia:

- **Intenzionalità**, come ultima unità di analisi in psicologia e dunque, una concettualizzazione di mente come insieme di stati intenzionali che interagiscono costantemente tra di loro.
- Teorizzazione della presenza di **stati mentali inconsci**;
- Concettualizzazione cognitivista del concetto di **Motivazione**, intesa come proprietà causale delle idee;
- Concettualizzazione cognitivista delle **Emozioni**, intese come combinazione di cognizioni e sensazioni corporee;
- Esistenza di una **Mente “modulare”** e non, come emergeva dalla tradizione scienziata, di un'entità integrata ed unificata;
- **Multi-eziologia del comportamento umano**, risultante dell'integrazione ed interazione tra fattori biologici, intenzionali e di tratto;
- Rilevanza del concetto di **Automanipolazione Cognitiva Intenzionale**, così come avviene anche nei Meccanismi di Difesa.

Ecco che, quindi, anche l'**Eclettismo Teoretico**, di cui sono un'esemplificazione le ultime due teorie, ha sia aspetti positivi che aspetti negativi. Un aspetto che potrebbe essere negativo è il già citato **Organicismo**: posizione, secondo la quale è possibile integrare qualsiasi teoria mediante un'analisi delle sue componenti ad un livello più alto. Questo, molto spesso, è impossibile data l'incommensurabilità dei paradigmi epistemologici che stanno alla base dei differenti approcci. Altro aspetto negativo potrebbe essere l'applicazione di una determinata declinazione di questo tipo di Eclettismo, chiamata con diversi termini, quali **Accoppiamento Prescrittivo**, **Diagnostica Differenziale** ed **Eclettismo Selettivo**. Secondo questa declinazione di Eclettismo Teorico, un approccio o la combinazione di più approcci sarebbe adatta per un determinato tipo di paziente o per una specifica malattia mentale, ma, in questo caso, non si terrebbe conto del fatto che un

paziente cambi durante il corso della terapia, che le persone sono diverse e che, quindi, soggetti con il medesimo disturbo potrebbero non beneficiare del medesimo tipo di terapia. Questo ci ricorda fase storica della ricerca in psicoterapia, nata agli inizi degli anni '90, degli **EST (Empirically Supported Treatments)**, ossia dei trattamenti supportati empiricamente, secondo la quale ad un sintomo corrisponde un trattamento empiricamente validato (Dazzi, Lingiardi & Colli, 2006).

I sintomi sono tutti quelli dell'Asse I del DSM-IV e, dunque, c'è il rischio di non tener conto dell'Asse II, quello dei Disturbi di Personalità (DdP) che potrebbe essere coperto o mantenuto latente da un sintomo dell'Asse I che, se tolto, potrebbe dare origine anche ad uno scatenamento psicotico (A. A., V. V., 2009).

Questi EST sono stati creati perché, in America, al di là della pratica privata pagata dal paziente, il Servizio Pubblico paga soltanto se uno psicologo sa fare uno specifico trattamento per un determinato disturbo ed, inoltre, questo psicologo è chiamato anche a dire di aver fatto uno specifico percorso e di aver ottenuto dei risultati, altrimenti l'assicurazione non paga (Dazzi, Lingiardi & Colli, 2006).

Tuttavia, anche la contraria adattabilità di molteplici psicoterapie al medesimo disturbo potrebbe, per il mondo scientifico, significare che siamo ancora in uno **stadio pre-scientifico della psicoterapia**, privo di conoscenze condivise (Migone, 2013), al pari della medicina di qualche secolo fa, definita da Migone (2000) una "storia di errori".

Al contrario, un aspetto positivo potrebbe essere il **Pluralismo**, a patto che permetta e stimoli un confronto e **dialogo** tra le diverse Scuole che generi **stupore**, come un antropologo culturale che si immerge in una cultura diversa dalla propria non per denigrarla, ma per rimanerne estasiato ed arricchirsi (Shweder, 1991).

Altro rischio in cui potrebbe cadere il Pluralismo è il **Relativismo**, posizione secondo la quale qualsiasi cosa, e non soltanto molte, andrebbe bene. Quest'ultimo potrebbe essere anch'esso combattuto tramite il **dialogo**, in modo tale da poter mettere in gioco i propri stereotipi e pre-giudizi sui fenomeni, che, al contempo, ci permettono di conoscerli (Gadamer, 1980).

Infatti, ogni approccio psicoterapeutico e anche ogni singolo terapeuta e paziente, nella maggior parte dei casi, possono avere idee diverse, ad **esempio** su cosa significhi il termine **cambiamento**, ma questo non significa che qualsiasi obiettivo, raggiunto mediante una terapia, potrebbe essere considerato tale o espressione di cambiamento. Ad esempio, come precedentemente riportato, i Cognitivo-Comportamentali considerano cambiamento la sola modificazione di un comportamento disfunzionale, mentre gli Psicanalisti, i Sistemico-Relazionali, gli Umanisti, ecc. affermano che un cambiamento ottenuto in modo rapido potrebbe essere soltanto momentaneo e spostarsi su un altro ambito della vita, rendendolo invalidante. Non considerano, quindi, la modificazione di un

comportamento disfunzionale condizione necessaria e sufficiente al sussistere di cambiamento. Alcuni pazienti potrebbero considerare come cambiamento anche la sola consapevolezza ed accettazione del loro particolare disturbo ed impiegarlo per essere creativi in un ambito della vita, infatti, molti pittori, scrittori ed artisti hanno convogliato il loro malessere nell'arte e ci si può chiedere fino a che punto sia giusto tentare di annullare, o ridurre, le loro sofferenze. Degli esempi celebri sono Van Gogh (Hurni & Stoll, 2004), Picasso, Leopardi, Rilke, Wittgenstein, Gandhi, ecc. Ad esempio, quest'ultimo affermò di aver accettato la propria timidezza, e di considerarla un dono, in quanto gli permetteva sempre di pensare prima di parlare (Gandhi, 1957).

Questo non significa, però, come si potrebbe pensare adottando una posizione Relativista, che qualunque obiettivo raggiunto dalla terapia sia funzionale. Ad esempio, la maggior parte delle persone concorda sul fatto che un suicidio non possa essere considerato un risultato soddisfacente di un percorso psicoterapeutico. Una volta non caduti in una posizione Relativista, mediante l'antidoto del dialogo (**Prospettiva Dialogico-Dialettica**), Pluralismo, assieme al **Contestualismo** – corrente, secondo la quale è impossibile studiare un fenomeno al di fuori del contesto in cui accade – costituiscono le linee guida della **Prospettiva Post-Moderna** sull'Eclettismo, dalla quale partire per accrescere la nostra conoscenza. Altra declinazione dell'Eclettismo Teoretico è la **Traduzione**, ossia il rinvenire principi di approcci diversi in altri approcci, ma chiamati con terminologie linguistiche differenti. Infatti, spesso le diverse Scuole di Psicoterapia si differenziano tra loro sulla base di differenti **artifici linguistici** per denominare i medesimi concetti, come ho esposto nel capitolo precedente e come fa notare anche **Paolo Migone** (1998; 2013).

In ogni caso, una esemplificazione di tale declinazione di Eclettismo Teoretico potrebbe essere la teoria di **Wakefield** (1992) sul rinvenimento di **principi Cognitivo-Comportamentali nella meta-psicologia Freudiana**.

Ma, quindi, è possibile ed auspicabile un'integrazione tra tutti gli approcci o risulterebbe essere fuorviante e riduttiva?

Rangell (2004) afferma che tutte le Scuole di Psicoterapia potrebbero essere integrate in una sola teoria, più corposa e completa, in quanto, ogni approccio **evidenzia** particolari **aspetti** del funzionamento psichico e ne **sottovaluta** altri che sono, invece, centrali per altri modelli psicoterapeutici.

Al contrario, **Migone** (2013) afferma che sarebbe **rischioso e riduttivo** arrivare ad un unico modello psicoterapeutico, in quanto questo significherebbe essere arrivati alla totale conoscibilità del Reale dei pazienti, senza permettersi più di mettere in dubbio, o modificare, le teorie che si utilizzano nel percorso psicoterapeutico con un determinato paziente e scambio con colleghi. Ciò porterebbe ad un appiattimento non creativo, né critico.

Inoltre, come pensava anche **Freud** (1937), la realtà non è mai totalmente conoscibile ed un modello unificatore di psicoterapia potrebbe inibire questo continuo processo di conoscenza della realtà, cruciale nel lavoro con i pazienti.

A questo proposito, se non vi è una **capacità di flessibilità e di adattamento** del proprio modello teorico sulle particolari idiosincrasie del paziente, quest'ultimo, secondo Paolo Migone (2003) potrebbe riuscire a spiazzare e confondere anche il terapeuta più determinato a svolgere il proprio lavoro e formatosi in una delle migliori Scuole di Psicoterapia. In situazioni particolari, un terapeuta è portato a fare i conti non solo con i propri problemi irrisolti, ma anche con le proprie “rigide categorie concettuali” che gli sono state trasmesse, nel processo di formazione psicoterapeutica, inserendosi nel discorso già segnalato (cfr. capitolo 2) delle razionalizzazioni contro-identificative dei propri formatori, come puramente ridotte a traslazioni negative (A. Freud, 1938-1968).

Dunque, almeno un confronto ed un interessamento verso altre teorie psicoterapeutiche sarebbe auspicabile, anche perché, dalla ricerca, emerge il concetto di **Researcher Allegiance**, ossia la tendenza, anche inconsapevole, da parte del clinico-ricercatore, a dimostrare la superiorità del proprio approccio psicoterapeutico. Ad esempio, **Eysenk**, Cognitivo-Comportamentale, affermò che la psicoanalisi non funzionasse e che i pazienti guarissero per semplice remissione spontanea dei sintomi. Inoltre, produsse una visione della psicoanalisi come scienza Cognitivo-Comportamentale, secondo la quale i pazienti potevano guarire, in quanto, tramite il percorso analitico, si avvicinavano sempre di più alle proprie paure e, dunque, si desensibilizzavano (Luborsky et al., 2002; Wampold, 2001).

Ci si potrebbe interessare anche ad altri approcci psicoterapeutici non per tradire l'identità gruppale a cui si appartiene, ma per conoscerla meglio, in quanto possiamo **definirci anche in base a ciò che non siamo** (Migone, 2003).

Inoltre, ogni psicoterapeuta tende a vedere nei pazienti ciò che già conosce e, dunque, elementi del suo approccio psicoterapeutico, anche se, forse, una persona sarebbe meglio capibile e conoscibile – visto che è unica ed irripetibile – mediante il rinvenimento di elementi appartenenti ad altri approcci. Questo ricorda quanto diceva già, oltre un secolo fa, il medico **Augusto Murri**, a proposito della possibilità del clinico di riuscire a vedere nell'Altro solamente ciò che è già dentro di lui, ossia, ripercorrendo le sue parole, che **“in clinica non si tratta di conoscere, ma di riconoscere”** (De Girolamo & Migone, 1995, pag. 59).

Ad esempio, si potrebbe attribuire la causa della guarigione di un paziente ad elementi appartenenti al proprio modello, mentre quest'ultima potrebbe essere causata da costrutti teorici esterni ad esso, quali l'**identificazione con il terapeuta** o **fattori transferali** (Migone, 2003).

Ad esempio, uno psicoanalista potrebbe pensare di aver prodotto un cambiamento significativo in un paziente per una serie di interpretazioni, mentre, potrebbe essere, che queste **interpretazioni** non sono state ascoltate o considerate da questo paziente e che sia guarito per **effetti suggestivi**, dei quali si occupò anche molto **Freud** (1915-1917).

Peculiarità della psicoterapia è che il terapeuta, oltre a riconoscere elementi appartenenti al proprio approccio, rischia anche di rinvenire, nel paziente, elementi che, in realtà, riguardano solamente la propria questione, i problemi personali verso cui si è scontrato nel corso della propria vita o che hanno dovuto affrontare le persone a lui più care ed i propri pazienti. Quindi, si potrebbe andare incontro alla massima, secondo la quale più è ricca la vita personale e professionale-esperienziale del terapeuta, maggiori saranno i suoi risultati in campo clinico, in quanto riuscirà a fare, al paziente, da specchio per potergli riflettere ciò che veramente ha dentro. Oltre a questo, le ricerche dimostrano che, nella maggior parte dei casi, sono più bravi gli psicoterapeuti che hanno molto sofferto personalmente perché capiscono meglio i pazienti, mentre si ritiene **più difficile formare**, come **terapeuti**, soggetti cosiddetti ‘normali’, definiti anche **“normopatici”** o **“normotici”**. Dunque, risulta essere un problema ai fini delle selezioni, per lo più di training psicoanalitici, non solo la presenza di conclamate psicopatologie dei candidati in psicoanalisi, ma anche l’assenza di problematiche psicologiche, quanto meno pregresse (Gitelson, 1954).

Forse, questo è uno dei motivi che contribuisce – oltre al moltiplicarsi di Scuole di Psicoterapia e al bisogno di finanziamenti da parte di quest’ultime – ad una maggiore flessibilità e relatività nella valutazione dell’adattabilità alla pratica terapeutica le persone che si propongono, in quanto **né l’assenza né la presenza di una significativa¹⁴ sofferenza costituisce garanzia al successo** con i pazienti. Se non c’è una linea netta tra normalità e patologia, forse non esiste nemmeno tra idoneità e non idoneità alla pratica clinica.

3.3 Contaminazione

Per quanto riguarda la Contaminazione, intendo l’integrazione, oltre che di modelli psicoterapeutici diversi, di più discipline, una Multidisciplinarietà della quale è intriso lo sviluppo della disciplina psicologica e psicoterapeutica. Oltre all’apporto di altri insegnamenti, intendo anche la modificazione del lavoro clinico e psicoterapeutica avvenuta a causa di contingenze lavorative (ad esempio, i Servizi Pubblici) e la diffusione sempre maggiore di Internet e delle Nuove Tecnologie.

¹⁴ E, con questo, si aprirebbe un’altra grande parentesi su cosa significhi ‘significativa’, in quanto non è tanto l’oggettività di un malessere a renderlo tale, quanto la soggettiva percezione dello stesso, le risorse del paziente, la soglia di sofferenza dello stesso, ecc.

3.3.1 Multi-disciplinarietà e creatività

Così come per l'Integrazione, anche per la **Multidisciplinarietà** è stato disposto un organo istituzionale volto ad incoraggiarne la diffusione, ossia l'**Unione Europea**, rendendosi conto che il pensiero all'interno delle varie discipline risultasse limitato, decise di promuovere progetti interdisciplinari. Ad esempio, in psicologia, si è rivelato utile l'apporto di altre discipline, quali le neuroscienze, l'antropologia, la biologia, l'etologia, la genetica, l'*Infant Research*, ecc. Secondo la visione di **Winder** (2003) è innanzitutto utile premettere che ci sono differenti declinazioni del termine 'Multi-disciplinarietà', ossia:

- **Pluri-disciplinarietà**: accostamento di differenti discipline all'interno del medesimo ambito di ricerca o insegnamento;
- **Inter-disciplinarietà**: oltre all'accostamento di diverse discipline, vi è anche l'interazione tra le stesse con uno stesso oggetto di studio, campo o obiettivo;
- **Trans-disciplinarietà**: questo termine designa un tipo di Multi-disciplinarietà ancora più ambizioso delle precedenti, consiste nel collocarsi ad un livello meta rispetto le diverse discipline fino a costruire una nuova filosofia epistemologica rispetto quella delle singole discipline.

All'interno di molte teorie psicologiche, ritroviamo apporti di altre discipline, vorrei, quindi, portare alcuni esempi di questa Multi-disciplinarietà, in particolar modo concentrandomi sui Disturbi di Personalità (Ddp), la Teoria dell'Attaccamento di Bowlby (cfr. paragrafo 3.2), la Terapia Sistemico-Relazionale (Gurman & Kniskern, 1995) e Bateson (1956) nel libro "*Questo è un gioco*" Perché non si può mai dire a qualcuno "gioca!", i lavori di Hurni e Stoll (2004) sulla perversione. Ed anche lo stesso concetto di inconscio, già presente in letteratura, prima della concettualizzazione più sistematica di Freud.

I **Disturbi di Personalità – Ddp** (Lenzenweger & Clarkin, 2006) –, come precedentemente riportato, sono il risultato dell'interazione di differenti fattori, quali biologici, contestuali, comportamentali, socio-affettivi, ecc. Quindi, per poterli studiare in modo da avvicinarsi sempre di più ad una corretta realtà concernente alla loro eziologia e, in un secondo momento, per trovare modi sempre più efficaci per risolverli, appare opportuno beneficiare anche delle conoscenze relative ad altre discipline e ad altri oggetti d'indagine, come, ad esempio, la filosofia, la critica letteraria e l'antropologia (Lenzenweger & Clarkin, 2006).

La **Teoria Sistemico-Relazionale** è stata elaborata mediante l'apporto di numerose discipline. Ad esempio, è stata usata la **matematica**, in quanto linguaggio particolarmente adatto per esprimere

relazioni intricate e disciplina avente funzioni esplicative e permettente la messa a punto di analogie o parallelismi; la teoria prende spunto anche da molti **esempi letterari** (Watzlawick et al., 1977).

Inoltre, la teoria sopracitata prende spunto anche dalla **cibernetica** combinata con l'**antropologia**, dalla **psichiatria**, l'**etnologia**, la **biologia** e la **genetica**. Per quanto riguarda l'apporto proveniente dalla cibernetica, vennero utilizzati i concetti di feedback negativo e di feedback positivo. Per spiegare questi ultimi due concetti, bisogna partire dal concetto di causalità circolare, tipico dell'ambito psicologico, ossia, non è linearmente che un evento A produce B (come per il filone della medicina biomedica-meccanicista, per il quale, ad esempio da un virus si contrae una malattia), è impossibile individuare un antecedente e un conseguente perché non c'è l'idea che A causi B, ma che A abbia un effetto su B che, a sua volta, ha un effetto di ritorno su A. Visivamente, si crea un circolo virtuoso/vizioso. Non capiamo chi ha causato che cosa, possiamo solo mettere in logica degli elementi in questo circolo, ma non troviamo un punto di inizio e di fine. Questo ci rimanda al concetto di retroazione/feedback, ossia ad un effetto di ritorno. Un cambiamento di una parte determina cambiamento a livello del tutto. Ad esempio, se prendiamo il raffreddore, ci viene febbre, quando quest'ultima scende, si suda: questi sono meccanismi di retroazione. C'è un effetto di ritorno affinché il sistema torni alla situazione di partenza, ossia all'abbassamento della temperatura. Il feedback negativo annulla il cambiamento, permettendo una omeostasi, una stabilità del sistema. Al contrario, il feedback positivo incentiva il cambiamento (si parla di cibernetica di 2° ordine). Di solito, nei sistemi familiari, la stabilità è predominante rispetto al cambiamento. Un bambino ha l'asma, l'omeostasi familiare è garantita quando il conflitto di coppia rimane sommerso, anche se l'omeostasi è sofferenza. Poi il conflitto rischia di diventare manifesto e il bambino inizia ad avere l'asma, quindi l'attenzione è su di lui e i genitori smettono di litigare. L'asma fa sì che il conflitto rimanga latente. Le regole implicite sono fondamentali per il mantenimento dell'omeostasi. Il sistema è governato da regole che non sono esplicitate e questo è un problema perché significa che ogni famiglia fonda il mantenimento della stabilità su miti, ad esempio l'essere una famiglia "del mulino bianco", in cui non si litiga mai. Quando un mito si cristallizza, diventa inviolabile, regge l'omeostasi del sistema, mantenendo sommerse le rabbie. Ogni sintomo ha vantaggi secondari, quindi, non vuole essere abbandonato (Bateson, 1972).

Questo riprende il concetto di Godimento di Lacan (Palombi, 2009).

Il sistema non affronta il cambiamento perché esso spaventa, è disorganizzazione e caos. Il sistema vuole auto-perpetuare le cose anche nella loro disfunzionalità. Anche quando, ad esempio, il figlio esce di casa, si nega il cambiamento. A volte si fa finta che tutto rimanga uguale (Bateson, 1972).

Nel libro "*Questo è un gioco*" Perché non si può mai dire a qualcuno "gioca!" di Bateson (1956), vi è una esemplificazione di questa multi-disciplinarietà, caratterizzante in modo abbastanza

pervasivo l'ambito psicologico, discutendo su un particolare concetto, ossia quello di **gioco**, tema molto caro all'autore, che, a quell'epoca, conduceva una ricerca sulla comunicazione schizofrenica. Nell'ottobre del 1955, infatti, si riuniscono a Princeton (New Jersey), al 2^a Convegno Macy sui processi di gruppo, alcuni tra i maggiori esponenti di diverse discipline, quali psicologi, psicoterapeuti, psicoanalisti, medici, psichiatri, antropologi, sociologi, pedagogisti biologi, zoologi, etologi, geologi, ecc. per parlare del concetto di gioco. Questa multi-disciplinarietà ha, come punto di forza, la ricchezza di spunti di riflessione, mentre, come punto di debolezza, la difficoltà di poter seguire tutte le direzioni che, man mano, vengono aperte dai partecipanti di diversi ambiti, durante il corso del dibattito.

Per quanto riguarda i lavori di **Hurni e Stoll** (2004), gli autori ricercano una validazione scientifica sul tema della **Perversione**, messo già a punto, in fase di pre-scienza, da poeti e scrittori.

Anche per quanto riguarda lo stesso concetto di **Inconscio**, esso era già presente in letteratura, ad esempio con Dostoevskij (1864), Baudelaire, Pascoli (Magliozzi et al., 2005), ecc.

3.3.2 Dalla mancanza: Servizi Pubblici e nuovi setting

L'attività psicoterapeutica, oltre ad essere stata contaminata da altre discipline, lo è stata e lo è anche dallo stile di vita dell'epoca. Ad esempio, inizialmente, gli psicoanalisti Freudiani ortodossi lavoravano con un paziente, facendolo distendere su un **lettino** per quattro volte a settimana; i Sistemico-Relazionali lavoravano in due terapeuti ed osservavano, da uno **specchio unidirezionale**, cosa l'altro terapeuta stava facendo all'interno del setting con i pazienti, in modo tale da essere maggiormente obiettivi. Queste peculiarità approccio-specifiche vennero necessariamente a mancare con l'apertura dei Servizi Pubblici e questo, da una parte, può rappresentare uno svantaggio, in quanto ci si può ritrovare spiazzati davanti all'impossibilità di svolgere la propria professione nel modo in cui lo si è imparato, ma, dall'altra, ciò consente l'esercizio di una maggiore flessibilità cognitiva e l'invenzione di strategie alternative. Inoltre, la terapia sistemica, concepita per essere usata con tutti i membri della famiglia, divenne più flessibile ed alcuni terapeuti integrarono questo approccio con la terapia individuale. Molto spesso, anche i dettami relativi alla **frequenza settimanale** di sedute vengono a mancare, in quanto sono troppo rigidi da seguire nei Servizi Pubblici.

3.3.3 Dal surplus: Internet e Psicoterapia

Oltre che dalla mancanza di finanziamenti e tempi per riprodurre setting tradizionali di psicoterapia, una modificazione della tecnica è nata anche da una condizione di *surplus*, ossia di sviluppo delle Nuove Tecnologie, sempre più diffuse grazie anche alle maggiori possibilità economiche di

professionisti ed utenti. Si parla, infatti, di **Psicoterapia on-line** o di **E-Psychoterapy**, ossia Psicoterapia Elettronica per designare quella forma di terapia, o consultazione, che può avvenire tramite l'utilizzo di internet. Vi sono diverse declinazioni di tale pratica, ad esempio, si può utilizzare il dialogo scritto e, quindi, la **Chat** o l'**E-Mail – Electronical Mail**, posta elettronica, diversa dalla **Snail-Mail**, posta lumaca, caratterizzata dal fatto di essere più lenta¹⁵ –, **Discussion list** e **Gruppi di self-help**, ossia di auto-aiuto. Oltre alla scrittura, è possibile anche utilizzare programmi per videoconferenze in tempo reale, come, ad esempio, **Skype**. Con quest'ultima tipologia non viene perso completamente il linguaggio non verbale, mentre, con il dialogo scritto, viene spesso cercato di sostituire tramite *emoticons*, ma si privilegia enormemente il contenuto, rispetto alla forma non verbale e para-verbale, tramite cui è articolato. Oltre agli svantaggi, sono stati evidenziati anche alcuni aspetti positivi. Ad esempio, l'utilizzo di un supporto elettronico consente di recuperare le sedute mancate, continuare la psicoterapia quando il paziente ha *handicap* riguardanti la locomozione, ad esempio, a causa di incidenti, oppure quando quest'ultimo si trasferisce, momentaneamente, per motivi lavorativi, in un'altra città e vuole continuare la terapia. Inoltre, potrebbe essere utile anche per ridurre costi e disagi dovuti al trasporto, soprattutto quando la distanza geografica non è indifferente. Oltre a ragioni più pragmatiche, ci possono essere anche motivi riguardanti le resistenze alla terapia. Ad esempio, pazienti borderline, agorafobici, con la fobia sociale e schizoidi potrebbero riuscire maggiormente ad entrare in contatto con un terapeuta, senza temerne il coinvolgimento, mantenendo una grande distanza emotiva, simbolizzata da una distanza fisica. Inoltre, in questo modo, vi sarebbe una maggiore anonimità del terapeuta e si potrebbe parlare di Personectomia dello stesso. Oltre ad un'utilità per pazienti particolarmente problematici, potrebbe essere utile anche per superare resistenze alla terapia anche in soggetti normo-nevrotici. In ogni caso, l'utilizzo della tecnologia, all'interno della relazione terapeutica, non è sorto soltanto negli ultimi tempi con l'avvento di Internet, ma era già diffuso con l'introduzione del Telefono – parlando di *Thelephone Analysis* –, tuttavia, nella maggior parte delle supervisioni di casi clinici, ciò veniva taciuto o riportato, dal terapeuta, come semplice incidente (Migone, 2003).

Saul (1951) si ribellò a questo, affermando che, con una paziente che non riusciva a sostenere l'intensità delle sedute, gli era molto servito per elaborare determinati aspetti transferali e riprendere l'analisi nel modo classico. Inoltre, teorizzò che, nell'innovare e modificare la tecnica di determinati approcci teorici, si incontrano sempre resistenze perché le persone non hanno sufficiente flessibilità

¹⁵ Un esempio storico di psicanalisi, avvenuta mediante l'utilizzo della posta tradizionale, fu quello di Freud e Fliess (Migone, 2003).

cognitiva da poter riadattare e trasformare quanto imparano dai loro Maestri. Al pari di altri autori, precedentemente citati (cfr. capitolo 2), affermò che questo è vero, in particolar modo, per la Psicoanalisi, per la quale l'autorità di chi insegna tende, in qualche modo, a mettere in moto la sottomissione inconscia nei confronti dei genitori e/o l'identificazione narcisistica con essi.

Possiamo affermare che, al contrario di quanto sostenuto da **Anna Freud** (1938-1968), la contro-argomentazione di teorie, elaborate dal proprio Maestro, Analista Didatta o Psicoanalista – o, più trasversalmente, dal proprio approccio di riferimento – non sono il semplice risultato del meccanismo difensivo della Razionalizzazione di un transfert negativo. Infatti, il presupposto della sempre presente verità di queste teorie è errato, limitante il progresso, e, lo si può vedere, dall'esemplificazione teorico-applicativa nei confronti della tecnologia. In particolare, sempre per quanto concerne l'uso del telefono, non si può dire che Saul si oppose al tradizionale metodo psicoanalitico – solo, forse – per la razionalizzazione di un transfert negativo verso le proprie origini, in quanto, la sua innovazione e trasgressione contribuì all'efficacia del trattamento della paziente.

Inoltre, solo un paio di anni dopo, **Eissler** (1953) elaborò la **Teoria dei Parametri**, secondo la quale, una '**psicoterapia a parametro zero**' corrispondesse ad una terapia eseguita secondo il metodo tradizionale, mentre una '**psicoterapia ad uno o più parametri**' ad una forma di cura portata avanti con l'introduzione di parametri, ossia di modificazioni alternative rispetto la tradizione, come l'uso del telefono.

Galli (1988; 2002) parla di '**Reificazione della Tecnica**' per indicare le resistenze accademiche che non permettono una modificazione degli aspetti tecnici della psicoterapia, impedendo ad ogni terapeuta di elaborare un proprio stile personale. Inoltre, afferma che, soprattutto in un periodo di messa in discussione del polo teorico psicoanalitico, si cerca, difensivamente, di mantenere incolume il polo tecnico, per paura di perdere la propria **Identità disciplinare**.

Tuttavia, non permettere modificazioni teorico-applicative ad una disciplina, per salvaguardarne l'identità, presuppone che ci si stia riferendo ad un concetto di identità statico, non ricordando, invece, che l'identità è un **Non-Linear Journey**, un processo che dura tutta la vita (Brown, 2000) e che è, dunque, intrinsecamente aperto a continue novità, che possono essere negate o incorporate, per meglio dire assimilate, ricordando le **coordinate Piagetiane di Assimilazione ed Accomodamento**, in questo caso, astutamente integrate dalla traduzione Piagetiana di Transfert, ad opera di Wachtel (2004).

4. CONCLUSIONI

“In realtà ogni lettore, quando legge, non è che il lettore di se stesso. L’opera dello scrittore non è che una sorta di occhiale da lui offerto al lettore allo scopo di permettergli di scorgere ciò che forse, senza il libro, non avrebbe veduto in se stesso”
(Proust, 1927, pag. 221).

“Un testo non si costruisce più di quanto non ne siamo costruiti”
(Maiocchi, 2010, pag. 10)

Con questo lavoro ho cercato di rendere interrogabile le scelte nell’ambito della formazione in psicologia clinica e le motivazioni sottostanti tali decisioni.

Ho cercato anche di considerare le ipotesi di Bandler e Grinder (1980), relative al modello linguistico di Chomsky, sulla sinonimia di termini linguistici per indicare un medesimo costrutto teorico, ai diversi approcci psicoterapeutici e, dunque, ai loro linguaggi, o gerghi, di riferimento partendo dal concetto di sintomo e da quello di collusione per arrivare a quello di cambiamento.

Metaforicamente, possiamo paragonare questa sinonimia a **dialetti** specifici di ogni località che, pur nella loro grande diversità, servono per veicolare i medesimi significati.

Ho citato grandi maestri, come **Pierre Janet**, **René Spitz**, **Jean Piaget** e **John Bowlby** che, pur nella differenza delle loro ricerche, hanno utilizzato il metodo della psicologia sperimentale, ovvero il metodo dell’osservazione clinica e, prendendo spunto a loro modo da altre teorie, sono arrivati a costruire modelli tutt’ora validi, che vengono integrati oggi da vari approcci psicoterapeutici. Quindi, sarebbe auspicabile, alla luce di così importanti contributi delle **neuroscienze** allo studio del comportamento umano, continuare a collaborare con i neuroscienziati con la stessa passione per la ricerca, come quella che ha animato gli autori sopraelencati.

Ho voluto dimostrare come la **contaminazione** tra teorie, discipline ed aspetti dovuti a cause di forze maggiori, quali, l’apertura dei Servizi Pubblici con la sua inevitabile modificazione di setting classici causata dalla discussione dei casi da parte dei clinici dell’equipe appartenenti a modelli diversi ed all’abolizione dell’uso del lettino, dello specchio unidirezionale e della frequenza plurisettimanale o la crescente diffusione della tecnologia sia utile per l’acquisizione di una sempre più articolata conoscenza dei fenomeni psicologici ed un proficuo confronto critico.

Ho avuto la possibilità di mettere insieme il pensiero di diversi autori, appartenenti sia al campo psicologico che ad altre discipline e professioni, per scoprire nuovi fenomeni di, ritengo, significativa importanza, all'interno del panorama attuale che propone una formazione sempre più diversificata e specialistica, anche per quanto riguarda la "cura" di diverse tipologie di sindromi.

Il confronto, il dialogo, e quindi la contaminazione, è facilitata anche dall'offerta di seminari, a cui partecipano terapeuti di formazioni diverse, su temi specifici, come il lutto, i disturbi alimentari, l'abuso, la psicologia dell'emergenza, ecc.

A tale riguardo, comunque, la parcellizzazione della cura, in base ai sintomi sviluppati, può rischiare di far perdere di vista, al clinico, uno scenario più ampio – che include l'individuo nella sua interezza e quindi la possibilità di utilizzare "strumenti" idonei per quella particolare persona – e che possa anche non essere utile dato che si può produrre lo stesso disagio a partire da strutture psichiche differenti. Inoltre, anche comportamenti sintomatici diversi possono essere coperture della medesima organizzazione di personalità.

Come ho approfondito in questo mio lavoro, al di là delle formazioni cognitive e tecniche, è la **relazione** ad avere un ruolo fondamentale, in quanto crea una base sicura e permette al paziente di vivere un'esperienza emozionale correttiva e, quindi, l'autostima ne trae beneficio (Liotti, 2011).

Spero che nel futuro si dialoghi non solo tra i diversi esponenti degli approcci, ma anche con gli studenti, permettendogli così di operare realmente un processo di distanziamento critico dai formatori, avendo la possibilità di confrontare più modelli teorici tra loro. Tuttavia, questo non significa che uno psicoterapeuta, in questo processo di confronto, rinunci alla propria scuola di appartenenza. Con questo, sostengo che non sarebbe auspicabile arrivare ad un unico modello di psicoterapia (in quanto, così, non ci sarebbe più un confronto critico, ma un appiattimento ed un impoverimento culturale). Sarebbe desiderabile che ogni approccio possa essere contaminato non solo da elementi provenienti da altri orientamenti, ma anche da differenti discipline e da cause di forza maggiore, come l'apertura dei Servizi Pubblici e la diffusione di Nuove Tecnologie. Ad esempio, la necessità di trovare strumenti alternativi allo specchio unidirezionale della Terapia Sistemico-Relazionale ed al lettino psicoanalitico, dando maggior rilevanza alla comunicazione non verbale: negata dal consulto psicologico tramite mail e sms. Tuttavia, come già emerso in passato, una realtà virtuale, in psicoterapia, potrebbe forse permettere al paziente di superare le proprie resistenze al trattamento (Saul, 1951).

Mi auguro anche che, in futuro, non solo la relazione psicoterapeutica venga co-costruita tra paziente e terapeuta, ma anche quella formativa non solo all'interno delle Scuole di Psicoterapia, ma anche all'interno dell'Università. Un insegnamento, quindi, non più reificato, ma che vive all'interno di una relazione e che, per questo, è ricordato grazie al rinvenimento delle teorie

all'interno del proprio legame formativo. Rafforzando, così, i concetti non solo a livello di memoria semantica, ma anche di memoria episodica ed autobiografica (Feldman, 2008).

5. RINGRAZIAMENTI

“Per entrare nel mio studio si passa per due porte. [...] «Perché di là da quella porta lei è un'altra?», mi e – soprattutto – si chiede un soggetto che, cogliendo assai rapidamente nei preliminari, l'enigma agalmatico del desiderio dell'Altro, si ritrova imprevedibilmente analizzante”
(Maiocchi, 2010, pag. 178).

“Dipendenza e contro-dipendenza sono, d'altro canto, le due facce della stessa medaglia”
(Carli et al., 2007, pag. 85).

“Io psicoterapeuta può lanciarsi in una dinamica relazionale di catarsi duale che spesso sfocia in situazioni di rotture drammatiche [...] diventa una sorta di entomologo che cerca di studiare la propria patologia attraverso quella del paziente”
(Lalli, 2004, pag. 7)

“Devo perciò ringraziare molte **persone** e molte **istituzioni** per avermi sostenuto in momenti in cui io stesso non avrei puntato molto su di me”
(Bateson, 1972, pag. 13).

6. BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (2009, II ed.). *OPD-2. Diagnosi psicodinamica operazionalizzata*. Milano: FrancoAngeli.
- Ainsworth, M. D. S. (1979). *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2006.
- Anolli, L. (1996). *Psicologia generale. Fonti commentate su: emozione, percezione, pensiero, memoria*. Milano: Il Cisalpino.
- Antonelli, G. (2006). Cosa è uno psicoterapeuta. *Giornale Storico del Centro Studi di Psicologia e Letteratura*, 2. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Balbo, M. (A cura di) (2006). *EMDR: uno strumento di dialogo fra le psicoterapie*. Milano: McGraw-Hill.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1980). *La metamorfosi terapeutica*. Roma: Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini Editore.
- Bandler R., & Grinder, J. (1981). *La struttura della magia*. Roma: Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini Editore.
- Bateson, G. (1972). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi, 1977.
- Bateson, G. (1956). *"Questo è un gioco" Perché non si può mai dire a qualcuno "gioca!"*. Trad it. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1996.
- Bellocchio, L. R. (1987). *Di madre in figlia. Storia di un'analisi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Benvenuto, S., & Nicolaus, O. (1989). *La bottega dell'anima*. Milano: FrancoAngeli.
- Berne, E. (1964) *A che gioco giochiamo*. Trad it. Milano: Tascabili Bompiani, 2010.
- Bertini, M. (2012). *Psicologia della salute*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Bion, W.R. (1989). *Seminari clinici*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bleger, J. (1966), *Psicoigiene e psicologia istituzionale*. Trad it. Bari: La Meridiana, 2011.
- Borg, J. (2010). *Persuasione. L'arte di convincere le persone*. Milano: Tecniche Nuove.
- Bowen, M. (1980). *Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. I: Attachment*. Hogarth Press, London. Tr. it. *Attaccamento e perdita. Vol. I: Attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri Editore, 1972.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. II: Anxiety and Anger*. Hogarth Press, London. Tr. it. *Attaccamento e perdita. Vol. II: La separazione dalla madre*. Torino: Bollati Boringhieri Editore, 1975.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. III: Loss, Sadness and Depression*. Hogarth. Press, London. Tr. it. *Attaccamento e perdita. Vol. III: La perdita della madre*. Torino: Bollati Boringhieri Editore, 1983.
- Bowlby, J. (1982). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Brown, R. (2000). *Psicologia sociale dei gruppi*. Bologna: Il Mulino.
- Camaioni, L., & Di Blasio, P. (2007). *Psicologia dello sviluppo*. Milano: Il Mulino.
- Carere-Comes, T. (2002). La logica della relazione psicoterapeutica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXVI, 3, 83-99.
- Carli, R. (2005). *Casi clinici, il resoconto in psicologia clinica*. Roma: Il Mulino.
- Carli, R., Grasso, M., & Paniccia, R. M. (2007). *La formazione alla psicologia clinica. Pensare emozioni*. Roma: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2004). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

- Cigoli, V. (2006). *L'albero della discendenza. Clinica dei corpi familiari*. Milano: FrancoAngeli.
- Cigoli, V., & Scabini, E. (2006). *Family Identity. Ties, Symbols and Transitions*. New York: Taylor&Francis.
- Cremerius, J. (1999). I limiti dell'autorischiaramento analitico e la gerarchia della formazione istituzionalizzata. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXIII, 3, 5-22.
- D'Angela, F., & Orsenigo, D. (1999). *La progettazione sociale*. Torino: EGA.
- Darwin, C. (1859). *L'origine della specie*. Trad. it. Torino: Bollati Boringhieri Editore, 1989.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. (2006). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- De Girolamo, G., & Migone, P. (1995). Il DSM-IV e i problemi della diagnosi in psichiatria (con una intervista a Robert L. Spitzer). *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXIX, 1, 41-85.
- Dennis, W. (1935). An Experimental Test of Two Theories of Social Smiling in Infants. *Journal of Social Psychology*, 6, 214-223.
- De voto, G., & Oli, G. (1997). Nuovissimo vocabolario della lingua italiana. Selezione del Reader's Digest.
- Di Nuovo, S., & Lo Verso, G. (2005). *Come funzionano le psicoterapie*. Milano: FrancoAngeli.
- Dostoevskij, F. (1864). *Ricordi dal sottosuolo*. Trad it. Milano: Universale Economica Feltrinelli, 1974.
- Eissler, K.R. (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 1, 104-143 (trad. it.: Effetto della struttura dell'Io sulla tecnica psicoanalitica. *Psicoterapia e scienze umane*, 1981, XV, 2, 50-79).
- Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/eiss53-1.htm>.

- Ellenberger, H. F. (1970). *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica*. Trad it. Torino: Universale Bollati Boringhieri, 1976.
- Fabbrichesi, R. (2012). *Il corpo proprio e il corpo comunitario*. Milano: Mimesis Edizioni.
- Farber, B. A., Manevich, I., & Metzger, J. (2005). Choosing psychotherapy as a career: why did we cross that road? *J Clin Psychol*, 61, 1009-1031.
- Feldman, R. S. (2008). *Psicologia Generale*. Milano: The McGraw-Hill Companies.
- Filidoro, G. (2011). *La Consultazione Psicodinamica. Teoria e Tecnica*. Padova: Armando Editore.
- Fonagy, P. (2001). *Psicoanalisi e Teoria dell'attaccamento*. Milano: Cortina.
- Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Cortina.
- Foucault, M. (1980). *Sull'origine dell'ermeneutica del sé*. Trad it. Napoli: Cronopio, 2012.
- Foucault, M. (1982). *L'ermeneutica del soggetto. Corso al college de France (1981-82)*. Trad it. Milano: Edizione Economica Feltrinelli, 2011.
- Foucault, M. (1983). *Discorso e verità nella Grecia antica*. Trad it. Roma: Donzelli Editore, 1996.
- Frank, J. D., & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Freud, A. (1938-68). *La formazione psicoanalitica*. Gravelona Toce: Bollati Boringhieri Editore, 2012.
- Freud, S. (1901). *Psicopatologia della vita quotidiana*, in *Opere di Sigmund Freud (OSF)*, Torino: Edizione Bollati Boringhieri, 1976-1980, vol. IV.
- Freud, S. (1912). *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, in *Opere, cit.*, vol. IV.

Freud, S. (1912-1936). *Eros e conoscenza. Lettere tra Freud e Lou Andreas-Salomé (1912-1936)*, in *Opere*, vol. II.

Freud, S. (1914). *Ricordare, ripetere e rielaborare*, in *Opere*, cit., vol. VII.

Freud, S. (1915-1917). *Introduzione alla psicoanalisi. Lezione 28: La terapia analitica*, in *Opere*, cit., vol. II.

Freud, S. (1920). *Al di là del principio di piacere*, in *Opere*, cit., vol. IX.

Freud, S. (1937). *Analisi terminabile e interminabile*, in *Opere*, cit., vol. XI.

Gadamer, H. (1980). *Dialogue and dialectic*. New Haven: Yale University Press.

Gadamer, H. G. (1993). *Dove si nasconde la salute*. Milano: Cortina.

Galli, P.F. (1988). Le ragioni della clinica. *Psicoterapia e scienze umane*, XXII, 3, 3-8.

Galli, P.F. (2002). *La persona e la tecnica. Appunti sulla pratica clinica e la costruzione della teoria psicoanalitica*. Milano: Franco Angeli (prima edizione: Milano: Il Ruolo Terapeutico, 1996). Parti di questo materiale sono state lette ad una conferenza dal titolo "Psychoanalysis as the story of a crisis" all'incontro annuale del *Rapaport-Klein Study Group*, Austen Riggs Center, Stockbridge, Massachusetts, 10 giugno 1990; edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/rapaport-klein/galli90.htm>. Versione italiana: Le psicoanalisi e la crisi della psicoanalisi, *Ricerche di Psicologia*, 1990, XIV, 4: 39-58; vedi anche: Canestrari R. & Ricci Bitti P.E., a cura di, *Freud e la ricerca psicologica*, Bologna: Il Mulino, 1993, pp. 173-188. Versione tedesca: Die Psychoanalysen und die Krise der Psychoanalyse, in: Kuster M., a cura di, *Entfernte Wahrheit*. Tübingen: Diskord, 1992, pp. 146-165. Versione inglese: Crisis of psychoanalysis? From the scientific solution to the semantic perspective. *Italian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 1994, IV, 1, 23-28.

Gandhi, M.K. (1957). *The story of my experience with truth*. Boston: Beacon Press.

Gattico, E., & Storari, G. P. (2005). *Costruttivismo e scienze della formazione*. Milano: Edizioni Unicopoli.

- Gennari, M., & Di Nuovo, S. (A cura di). (2011). *L'incontro con l'altro: migrazioni e culture familiari*. Milano: FrancoAngeli.
- Gordon, D. (1978). *Metafore terapeutiche. Modelli e strategie per il cambiamento*. Trad it. Roma: Astrolabio-Ubaldini Editore, 1992.
- Greco, O., Comelli, I., & Iafrate, R. *Tra le braccia un neonato non tuo. L'esperienza degli operatori e delle famiglie nell'affidamento di neonati*. Milano: FrancoAngeli.
- Guidano, V. F., & Cutolo, G. (2008). *La psicoterapia tra arte e scienza*. Milano: FrancoAngeli.
- Gurman, A. S., & Kniskern, D. P. (1995) *Manuale di terapia della famiglia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Guy, J. D. (1994). *La vita privata e professionale dello psicoterapeuta*. Torino: Centro Scientifico Edizioni.
- Heidegger, M (1927) *Essere e tempo*. Milano: Longanesi.
- Herman, J. L. (1997). *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Trad it. Roma: Magi Edizioni, 2005.
- Hinde, R. A. (1954). Changes in Responsiveness to a Constant Stimulus. *Animal Behaviour*, 2, 41-55.
- Hurni, M., & Stoll, S. G. (2004). *L'odio dell'amore. La perversione delle relazioni umane*. Torino: L'Harmattan Italia.
- Imbasciati, A. (2001a). Scienze cognitive e psicoanalisi, una possibile convergenza. *Rivista di Psicoanalisi*, 47, 321-345.
- Imbasciati, A. (2001b). The Unconscious as Symbolopoiesis. *Psychoanalytic Review*, 88, 837-873.

- Jacobs, T. J. (1999). *Gedanken zur Rolle unbewußter Kommunikation und verdeckten Enactments in analytischen Setting*. Tiefenbrunn: Internationales Symposium Erinnern, Agieren und Inszenieren.
- Janet, P. (1914). *Pierre Janet e la psicoanalisi*. Trad it. Torino: Bollati Boringhieri Editore, 2014.
- Jung, C. G. (1964). *L'uomo e i suoi simboli*. Milano: Tea, 2007.
- Kaës, R. (1994). Patto denegativo e alleanze inconsce. *Interazioni*, 1, 22-23.
- Kahneman, D. (2012). *Pensieri lenti e veloci*. Milano: Mondadori.
- Kernberg, O. (1996). Thirty methods to destroy the creativity of psychoanalytic candidates. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 5, 1031-1040.
- Klein, M. (1984). *Autoanalisi Transazionale. Per scoprire la nostra personalità*. Roma: Casa Editrice Astrolabio – Ubaldini Editore.
- Kuhn, T. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lacan, J. (1951). *Intervento sul transfert*. In Scritti, Einaudi Editore, Torino, 1974, pp. 208-219.
- Lacan, J. (1964). *Il Seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicanalisi*. In Scritti, cit.
- Lacan, J. (1966). *La scienza e la verità*. In Scritti, cit.
- Lacan, J. (1970). *Radiophonie*. In Scritti, cit.
- Lacan, J. (1974). *La direzione della cura*. In Scritti, cit., vol. II, pp. 625-629.
- Lacan, J. (1983). *Il Seminario. Libro XX. Ancora*. In Scritti, cit.
- Lalli, N. (2004). *Le motivazioni alla scelta di Psichiatria*. Lettura magistrale tenuta al Convegno organizzato dall'Ordine degli Psicologi dell'Umbria il 25 Ottobre 2004 a Foligno.

- Lazarus, A. A. (1981) *Terapia multimodale del comportamento*. Roma: Armando Editori.
- Lehmann, B. (1975). Enkele gedachten over afstand en nabijheid in de psychotherapis. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1, 95-101.
- Lemaire, J. G. (1975). *Le terapie della coppia*. Assisi: Cittadella Editrice.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F. (2006). *Disturbi di personalità. Le principali teorie*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G., Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P. (1992) *Capire il transfert*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T.P., Berman, J.S., Levitt, J.T., Seligman, D.A., & Krause, E.D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well - mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 1, 2-12.
- Magliozzi, et. all. (2005). *Il Decadentismo in Spazi e testi letterati*. Napoli: Ferraro Editori.
- Mahoney, M. J. (1993). Diversity and the dynamics of development in psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 1-14.
- Maiocchi, M. T. (1999). *Il lavoro di apertura. Per una strategia dei preliminari*. Milano: FrancoAngeli.
- Maiocchi, M. T. (2003). Univers-city. Uni-versità del sapere e di-versità del soggetto. *Bollettino filosofico*, 19.
- M. Maiocchi, (2004). *Sapessi com'è strano...essere adolescenti a Milano*. Milano: Casa della Cultura.
- (http://www.ambm.it/web_schede/web/cdc/site/materiali/archivio/scuola/001_adolscenti_milano.html).

- Maiocchi, M. T. (2010). *Il taglio del sintomo. Clinica ed etica dell'opzione lacaniana*. Milano: FrancoAngeli.
- Margola, D. (A cura di). (2008). *Tecniche psicologiche d'indagine clinica*. Milano: FrancoAngeli.
- McWilliams, N. (2012). *La diagnosi psicoanalitica*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Messer, S. B., & Winokur, M. (1984). *Ways of knowing and visions of reality in psychoanalytic therapy and behavior therapy*. In H. Arkowitz & S.B. Messer (Eds.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* New York New York: Plenum.
- Mignone, R. (2005). Nella stanza di arte terapia. *PsicoArt*, 1-13.
- Migone, P. (1998). Chi ritiene indissolubile il binomio divano/psicoanalisi si pone fuori dalla logica psicoanalitica. *Il Ruolo Terapeutico*, 78, 16-21.
- Migone, P. (1998). Il problema della integrazione dei diversi approcci psicoterapeutici. *Il Ruolo Terapeutico*, 79, 40-45.
- Migone, P. (2000). L'attuale fase di insoddisfazione nella ricerca in psicoterapia: il "contesto della verifica" nuoce la "contesto della scoperta"? (Relazione alla giornata di studio "L'insostenibile efficacia delle psicoterapie", Vigodarzere [PD], 13 ottobre 2000). *Psichiatria Generale e dell'Età Evolutiva*, 38, 4, 482-513.
- Migone, P. (2003). La psicoterapia con internet. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXVII, 4, 57-73.
- Migone, P. (2013). Il problema della molteplicità dei modelli in psicoterapia. *Il Ruolo Terapeutico*, 124, 61-77.
- Mill, J. S. (1925). *La libertà*. Torino: Piero Gobetti Editore.
- Molinari, E., & Labella, A. (A cura di) (2007). *Psicologia clinica: dialoghi e confronti*. Milano: Springer Verlag.

Morin, E. (1983). *Introduzione al pensiero complesso. Gli strumenti per affrontare la sfida della complessità*. Milano: Sperling & Kupfer Editori S.p.A.

Myers, D. G. (2009). *Psicologia Sociale*. Milano: McGraw-Hill.

Norwood, R. (2009). *Donne che amano troppo*. Milano: Universale Economica Feltrinelli.

Norwood, R. (2011). *Guarire coi perché*. Milano: Universale Economica Feltrinelli.

Pagani, M., Di Lorenzo, G., Verardo, A. R., Nicolais, G., Monaco, L., Niolu, C., Fernandez, I., & Siracusano, A. (2012). Neurobiological Correlates of EMDR Monitoring – An EEG Study. *Plos One*, 7, 9, 9-12.

Palazzoli, M. S., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1975). *Paradosso e controparadosso*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2003.

Palombi, F. (2009). *Jacques Lacan*. Roma: Carocci.

Pedrabissi, L., & Santinello, M. (1997). *I test psicologici. Teorie e tecniche*. Roma: Il Mulino.

Proust, M. (1927). *Alla ricerca del tempo perduto. Il tempo ritrovato*. Trad it. Verona: Oscar Mondadori, 1970.

Rangell, L. (2004). *My Life in Theory*. New York: Other Press.

Recalcati, M. (20 settembre 2013). Il maestro riluttante. Cari professori non fate gli psicologi. *La Repubblica*. (<http://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2013/09/20/maestro-riluttante-cari-professori-non-fate-gli.html>).

Recalcati, M. (28 dicembre 2013). L'ansia di riempire il vuoto interiore. Dietro questo fenomeno si nasconde un rischio: il sentimento di non avere una personalità vera. *La Repubblica*. (<http://rassegnastampapagineculturali.wordpress.com/2013/12/29/domenica-28-dicembre-2013-repubblica/>).

Recalcati, M. (29 aprile 2011). Lettera a un professore. *La Repubblica*. (<http://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2011/04/29/lettera-un-professore.html>).

Recalcati, M. (4 maggio 2013). Il vero maestro. Un sergente sulla neve. *La Repubblica*. (<http://www.ilsussidiario.net/News/Educazione/2013/4/5/SCUOLA-Recalcati-il-vero-maestro-Un-sergente-nella-neve-/5/379983/>).

Regalia, C., & Giuliani, C. (2012). *Esperienze di donne nella migrazione araba e pakistana*. Milano: FrancoAngeli.

Resnik, S. (2001). The humanistic psychology and positive psychology connection: Implications for psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 41, 1, 73-101.

Robichaud, & M., Dugas, M. (2005). Negative problem orientation: Psychometric properties of a new measure. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 391-401.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J. Consult. Psych.*, 21, 95-103; trad. it. Cap. II in: Rogers, C. R., *La terapia centrata sul cliente*, Firenze: Martinelli, 1970.

Rosnati, R. (2010). *Il legame adottivo. Contributi internazionali per la ricerca e l'intervento*. Milano: Unicopoli Editore.

Rosnati, R. (A cura di). (2010). *Il legame adottivo. Contributi internazionali per la ricerca e l'intervento*. Milano: Unicopli.

Rossi, G., & Bramanti, D. (2012). *La famiglia come intreccio di relazioni: la prospettiva sociologica*. Milano: Vita e Pensiero.

Safran, J. D., & Messer, S. B. (1997). L'integrazione in psicoterapia: una prospettiva postmoderna. *Clin Psychol Sci Prac.* 4, 1, 140-152.

Santinello, M., Dallago, L., & Vieno, A. (2012). *Fondamenti di psicologia di comunità*. Roma: Il Mulino.

Saul, L.J. (1951). A note on the telephone as a technical aid. *Psychoanalytic Quarterly*, 20, 287-290.

Shakespeare, W. (A cura di Serpieri) (1603) *Amleto*. Trad it. Venezia: Letteratura universale Marsilio, 1997.

Shapiro, F. (2000). *EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari*. Milano: The McGraw-Hill Companies.

Shapiro, F. (2011). How EMDR Therapy Opens a Window to the Brain. *Brain World*. (<http://brainworldmagazine.com/how-emdr-therapy-opens-a-window-to-the-brain/>).

Shweder, R. A. (1991). *Thinking through cultures: Expeditions in cultural psychology*. Cambridge: MA: Harvard University Press.

Sini, C. (2012). *Spinoza*. Milano: Book Time.

Snyder, C. R., & Elliot, T. R. (2005). Twenty-first century graduate education in clinical psychology: a four level matrix model. *J Clin Psychol*, 61, 1033-1054.

Spitz René A. (1965). *Il primo anno di vita. Studio psicoanalitico sullo sviluppo delle relazioni oggettuali*. Trad it. Roma: Armando Armando Editore, 1979.

Tiedemann, J. (1975). Angst in de therapeutische relatie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1, 167-171.

Valtolina, G. G. (2012). *Figli migranti*. Milano: FrancoAngeli.

Vegetti Finzi, S. (1986). *Storia della psicoanalisi*. Milano: Arnoldo Mondadori Editore.

Vitolo, A. (1997). *Le psicoterapie*. Milano: Il Saggiatore.

Wachtel, P. (2004). Transfert, schema e assimilazione: la rilevanza di Piaget per la teoria psicoanalitica del transfert. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXVIII, 3, 293-314.

Wakefield, J. (1992). Freud e la psicologia cognitiva: l'interfaccia concettuale. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXVIII, 2, 33-65.

Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*. Roma: Astrolabio-Ubaldini Editore.

Wittgenstein, L. (1921). *Tractatus logico-philosophicus e Quaderni 1914-1916*. Trad it. Torino: Einaudi, 2009.

Woolfolk, R. L., & Richardson F. C. (1984). Behavior therapy and the ideology of modernity. *American Psychologist*, 39, 777-786.