

## 1.5 Le tecniche di terapia cognitivo-comportamentale come mediatrici dell'alleanza terapeutica

Gianni Liotti

Ricordando le relazioni presentate questa mattina dai colleghi, ho pensato di proporre alcune considerazioni che volevo provare a sintetizzare e riepilogare: Aldo Genovese (cfr. cap.1.2) ha parlato di problemi epistemologici, che, naturalmente non sono appannaggio esclusivo delle psicoterapie cognitive, anche Freud e gli psicoanalisti si sono occupati di quello che loro definivano metapsicologia e che oggi chiamiamo epistemologia; una caratteristica però importante è che per i cognitivisti l'epistemologia ricade direttamente sulla conduzione pratica di alcuni aspetti dell'attività professionale quotidiana e non è separata dalla prassi clinica con l'intermediazione della teoria clinica. Questa è una caratteristica non solo della terapia cognitiva, ma una caratteristica della psicoterapia recente di cui la psicoterapia cognitiva fa parte. Questo uso dell'epistemologia ci dà un modo abbastanza elegante e conseguente di dire che la relazione terapeutica può essere plasmata in accordo con le disposizioni, le tendenze e le caratteristiche che un terapeuta riconosce in sé, terapeuta che, così edotto ed educato durante la sua formazione, può fare uso delle proprie risorse personali del tutto legittimamente all'interno di una epistemologia che lo permette.

Non dobbiamo, quindi, necessariamente essere quello schermo privo di caratteristiche su cui il paziente può proiettare i suoi schemi transferali come postulava la prima psicanalisi, diversi terapeuti possono fare un uso consapevole delle proprie diversità avendo un modello epistemologico e un modello dell'uomo che permette di farlo. Non dobbiamo essere tecnicamente uniformati ad un ideale ormai perduto di obiettività positivista.

Gli interventi di Rita Pezzati e di Fabio Moser (cfr. cap 1.3, 1.4) proponevano il tema delle relazioni circolari fra cognizione ed emozione e indicavano che l'attenzione specifica a questo tipo di interazione qualifica la terapia cognitiva, vale a dire, per esempio (e, questa è una nostra specificità,) che il cognitivismo non prevede una teoria pulsionale: non postula una energia mentale di cui studiare le vicissitudini.

Uno dei modi di avvicinarci all'idea di una attività mentale inconscia è quello di immaginare un processo di costruzione o di organizzazione di azioni e di esperienze radicalmente pre-coscienze che si manifesta embrionalmente con delle emozioni, considerate come attività viscerali ancora prive della qualità dell'esperienza soggettiva. Questo può sembrare strano, ma è in sintonia con quanto proposto anche da A. Damasio<sup>1</sup> nel libro *"The feeling of what happens"* (1999): l'emozione può essere radicalmente inconscia.

Bowlby (1969, 1973, 1988)<sup>2</sup> diceva che l'emozione è la prima fase di processi fisiologici, quindi non rimossi, che può, ma non necessariamente deve, acquistare la qualità della coscienza e diventare quindi esperienza soggettiva. La lingua ci insegna a distinguere fra emozione e sentimento proprio perché il sentimento accede alla coscienza, è esperienza soggettiva, mentre l'emozione

---

<sup>1</sup> Damasio A.R.: *The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness*, 1999 (trad. it.: *Emozione e coscienza*, Adelphi, Milano, 2000).

<sup>2</sup> Bowlby J.: *Attachment and loss. I: Attachment*. Hogarth Press, London, 1969. (trad. it.: *Attaccamento e perdita. I: L'attaccamento alla madre*. Vol I, Boringhieri, Torino, 1972).

Bowlby J.: *Attachment and loss. II: Separation: anxiety and anger*. Hogarth Press, London, 1973 (trad. it.: *Attaccamento e perdita. II: La separazione dalla madre*. Boringhieri, Torino, 1978).

Bowlby J.: *Attachment and loss. III: Loss: sadness and depression*. Hogarth Press, London, 1980. (trad. it.: *Attaccamento e perdita. III: La perdita della madre*. Boringhieri, Torino, 1983).

sconfina nel fisiologico: è contrazione di stomaco, tensione muscolare, respiro affannato, è battito più accelerato del cuore.

Tornando dunque al punto, questa dialettica fra cognizione ed emozione, queste continue intersezioni per cui l'emozione stessa è una forma di conoscenza in sé, permette alla prospettiva cognitivista di coprire aree che tradizionalmente sono state coperte con delle teorizzazioni su realtà mentali aggiuntive, tipicamente le pulsioni, le energie pulsionali. Tutto ciò è di per sé sufficiente per organizzare un percorso psicoterapeutico: abbiamo un metodo, una guida che permette di avvicinare il paziente con una specifica attenzione alle interazioni tra cognizione ed emozione, alla storia di queste interazioni, alle basi evolucionistiche innate di questa possibilità di interagire, cioè ai fondamenti innati della possibilità umana di produrre emozioni. Con questi principi possiamo compiutamente organizzare un percorso terapeutico senza il bisogno di tecniche.

Questo mi fa ripensare a quanto mi diceva un amico psicanalista negli anni settanta: “.. ma che curioso, noi psicanalisti abbiamo una sola tecnica per tutti i pazienti, voi comportamentisti avete tante tecniche diverse per ogni paziente, che cosa diversa, che cosa curiosa..”, al mio amico psicanalista potrei rispondere che anche noi cognitivisti abbiamo una sola tecnica per tutti i pazienti che consiste nell'esplorare le interazioni tra cognizioni ed emozioni, e nel tenerne conto, in particolare modo, nella relazione terapeutica. Premesso questo, si pone il problema, molto diverso, dell'efficacia degli interventi terapeutici che, la behaviour therapy, prima e la terapia cognitiva poi, ha il grande merito di avere posto in modo risolvibile attraverso l'utilizzo delle tecniche. Le tecniche di terapia comportamentale e di terapia cognitiva, sono procedure manualizzabili, possono essere tradotte in un manuale, per cui posso sapere che io e altri dieci colleghi abbiamo usato tutti quella stessa procedura. Nel caso, ad esempio, della psicanalisi, non lo si può sapere, a meno di effettuare indagini metodologicamente molto complesse con, ad esempio, l'utilizzo di spezzoni di sedute visionate in cieco da cinque valutatori esperti indipendenti che verificano che cinque psicanalisti hanno più o meno fatto la stessa cosa, cioè hanno seguito lo stesso manuale, non si può fare altrimenti e se non si può fare non si può misurare se una terapia è più efficace di un'altra o di nessuna terapia. Solo se esistono delle tecniche manualizzabili è possibile indagare l'efficacia della psicoterapia. Nel manuale curato da due grandi psicanalisti, come Fonagy e Roth (1996)<sup>3</sup>, sull'efficacia della psicoterapia, trovate che per ogni disturbo del DSM IV<sup>4</sup>, tranne per l'anoressia nervosa in età adolescenziale (in cui è provata l'efficacia della terapia familiare) e alcuni disturbi di personalità (per i quali sarebbe dimostrata l'efficacia degli interventi psicanalitici), praticamente per tutti gli altri disturbi è stata dimostrata l'efficacia delle terapie cognitive comportamentali. La ragione di ciò è che solo le terapie cognitive-comportamentali hanno misurato la loro efficacia. Non è detto che siano veramente le più efficaci, ma solo che sono le uniche che hanno sfruttato la possibilità di essere misurate secondo parametri standardizzabili scientificamente, e questo grazie alle tecniche. La tecnica è definita con precisione, è adatta ad uno specifico tipo di pazienti, è manualizzabile nel senso che se io e altri dieci terapeuti la utilizziamo questo è assolutamente chiaro, riduce al minimo le variabili personali del terapeuta, pur così importanti, permette di fare ricerca e di dimostrare l'efficacia.

Notate che fino a che si parla di fobie semplici questo è di poca rilevanza clinica, ma quando esiste e si dimostra la possibilità di disporre di una tecnica che permette di ridurre i comportamenti suicidari e parasuicidari dei pazienti più difficili per tutte le terapie, che sono i *borderline*, la cosa comincia ad acquistare proporzioni notevoli. Questa è la dimostrazione che ha dato Marsha Linehan (1993)<sup>5</sup> con la sua terapia cognitivo comportamentale dei disturbi borderline di personalità: non li

---

<sup>3</sup> Roth A., Fonagy P. (1996). Psicoterapie e prove di efficacia. Trad. it. Il pensiero scientifico, Roma, 1997

<sup>4</sup> DSM IV TR (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition TR, American Psychiatric Association (trad. It. DSM IV TR: Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Masson, Milano, 2001).

<sup>5</sup> Linehan M.M. (1993). Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder, Guilford Press (trad. It. Trattamento Cognitivo Comportamentale del Disturbo Borderline: il modello dialettico, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001).

guarisce, però i pazienti non si suicidano, riducono i drop out e i comportamenti parasuicidari. In questo senso le tecniche pongono problemi rilevanti all'interno della comunità scientifica a cui apparteniamo perché ci costringono a confrontarci sulla psicoterapia in modi che non sarebbero altrimenti possibili, ci permettono di fare studi comparati fra terapie, di fare emergere nuove terapie, come ad esempio la terapia interpersonale della depressione che, una volta dotata di un manuale e misurata, è risultata essere più efficace della terapia cognitiva di Beck (1976)<sup>6</sup> sulla depressione. Questo è un grande contributo del cognitivismo clinico alla cultura psicoterapeutica e all'educazione di noi psicoterapeuti a confrontarci anche con i risultati delle terapie diverse dalle nostre e che più delle nostre a volte si dimostrano efficaci. E' importante che un paziente abbia la possibilità di scegliere a quale terapeuta rivolgersi in relazione alla probabilità evidenziata di risoluzione dei suoi problemi, potendo scegliere tra un modello di terapia che propone la conoscenza di se stesso e uno che propone un intervento immediato sul disagio sintomatologico attuale attraverso una tecnica basata sulla quantificabilità dei risultati. In questo senso le tecniche sono importanti per una ragione culturale prima che scientifica.

Un secondo aspetto di interesse riguarda la specificità e la semplicità delle tecniche che si differenziano per ogni categoria di disturbo e che danno la possibilità di scegliere tra più tecniche all'interno dello stesso disturbo e che si focalizzano sul sintomo anche senza intervenire sulla struttura. Ad esempio la desensibilizzazione sistematica di Wolpe (1961)<sup>7</sup> per le fobie, il blocco dei rituali per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo o il Diario Alimentare per la paziente bulimica.

La molteplicità e la semplicità delle tecniche possibili riflette il tentativo di esaminare la struttura del disturbo, identificare le differenze tra l'uno e l'altro, riuscendo a farlo meglio di quanto abbia fatto la psicanalisi classica con la teorizzazione dei diversi assetti di difesa corrispondenti alle diverse categorie diagnostiche. Questo tentativo classico psicanalitico, non ha dato buoni risultati, è mancata una nosografia psicanalitica, come mi dicevano i miei maestri di psicanalisi, e i risultati di ciò si sono cominciati ad osservare attorno agli anni '60, '70, quando ci si è resi conto che non era possibile utilizzare l'enorme, ricchissima conoscenza clinica della psicanalisi per edificare una nosografia, restavano delle indicazioni relativamente vaghe, mai sottoposte a prove: nessuno ci prova che l'assetto difensivo del depresso sia diverso dall'assetto difensivo del borderline, per intenderci, anche se probabilmente è così, all'interno della teoria psicanalitica, nessuno lo ha dimostrato. Invece con un metodo più semplice si riesce a descrivere come l'organizzazione cognitivo comportamentale dell'ossessivo sia profondamente diversa da quella dell'agorafobico e tutte e due siano profondamente diverse da quella della persona che ha un disturbo della condotta alimentare. Procedendo così a diversi gradini di complessità si possono stabilire, o come dire ritagliare, quasi in una operazione di sartoria mentale, degli abiti adatti ad ogni specifica organizzazione. Per spiegare in cosa consiste questa operazione di "sartoria mentale", provo a proporvi alcuni esempi clinici.

Proviamo a metterci nei panni dei nostri pazienti per poter cominciare a parlare di empatia, fattore potente di cambiamento terapeutico, che si riflette nell'alleanza terapeutica, probabilmente, come fattore aspecifico di cambiamento, presente in tutte le terapie. Se prendiamo in esame persone che hanno fatto tante diverse esperienze psicoterapeutiche, lunghe o brevi, e valutiamo quali sono state durevolmente meglio, riscontreremo che quelle che sono state meglio, descrivono una buona alleanza terapeutica, presumibilmente basata su un buon livello di empatia. Questo assunto è confermato da numerosi studi che dimostrano che la qualità dell'alleanza terapeutica è direttamente correlata alla maggioranza dei successi terapeutici, ancor più delle tecniche. Questa distinzione tra fattori aspecifici e fattori specifici, inizia ad essere superata da diverse correnti di pensiero. Non sembra avere senso separare la relazione dalle tecniche; le tecniche mi permettono l'alleanza

---

<sup>6</sup> Beck A. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders, International Universities, inc. New York. (trad. It. Principi di terapia cognitiva: un approccio nuovo alla cura dei disturbi affettivi. Astrolabio, Roma, 1984).

<sup>7</sup> Wolpe J. (1969). The practice of behavior therapy. Pergamon Press, New York. (trad. it. Tecniche di terapia del comportamento. Franco Angeli, Milano, 1972).

terapeutica o mi sabotano l'alleanza terapeutica, se sono come bisturi possono tagliare in tutte e due le direzioni, bene e male, ciò che è efficace è anche iatrogeno. Quando è terapeutica e quando iatrogena? Forse le tecniche ci possono dire qualcosa in questa direzione: se hanno successo vuol dire che molto spesso rendono la relazione terapeutica positiva, dato che vengono applicate all'interno di una relazione. Proviamo per un momento ad immedesimarci nei nostri pazienti. Ad esempio, sono un paziente agorafobico, non so cosa mi è successo, un terapeuta cognitivista mi dirà che avevo una carente conoscenza di una classe importante di emozioni per ragioni che posso riportare al mio primo anno di vita, alla mia storia di attaccamento, alla mia esperienza reale di attaccamento, non alle mie fantasie inconscie o alle mie pulsioni. Per via di quella storia reale, io bambino storico, come dice Stern (1985)<sup>8</sup> e non bambino mitografico o espressore di pulsioni e bisogni, io bambino storico, registro esperienze relazionali e comincio a costruire aspettative, e quello che mi aspetto è fatto in modo tale da danneggiarmi la conoscenza delle emozioni; per esempio comincio a prevenire le emozioni, invece di controllarle ex post, cosa che fanno tutti gli agorafobici e che è il centro della loro sintomatologia. Fateci caso, loro dicono "io non la posso sopportare", ed è falso: la sopportano da venti, trenta esperienze in qua. "Io non posso sopportare gli attacchi di panico, dottore", dice il paziente agorafobico, per questo non vado dal barbiere, per questo non esco. Noi, abituati ad esplorare con cura i processi conoscitivi, pensiamo: "che strana distorsione cognitiva, come fai a dire che non li puoi sopportare, ne hai sopportati venti! Io, potrei dire che temo di non sopportarli: non ne ho avuti neanche uno, ma tu proprio no! Ne hai sopportati venti o trenta o cinquanta o cento: tutto puoi dire, tranne che non li sopporti". Se siamo cognitivisti, non la prendiamo come una affermazione casuale, pensiamo che rifletta il suo pensiero, che davvero creda di non sopportarlo e quindi non vada dal barbiere, perché dal barbiere ci potrebbe essere il rischio di avere la crisi, cioè tenta di prevenire. Quando comincia a guarire? Quando comincia ad esporsi ed accettare di provare un pochino di ansia che, noi gli garantiamo, riuscirà a controllare ex post, non quo ante. Su questa modalità di analisi del paziente si basano tutte le tecniche. Ma il paziente agorafobico tutto questo non lo sa, lo sa il terapeuta che lo accoglie e conosce molte altre cose sulla sua organizzazione cognitiva. Lui o lei arriva e mi dice: "non riesco più ad andare dal barbiere ad andare al cinema, sto per perdere il mio lavoro, mia moglie mi dovrà mantenere perché non ci sarà più un reddito in casa, mi vergogno come un ladro, la mia vita è distrutta". Se io gli dicessi, "associa liberamente" oppure, "cosa ha sognato questa notte?", o ancora, "mi vorrebbe cominciare a parlare della sua infanzia? Come sono andati i suoi rapporti con sua madre?" allora produrrei un fallimento empatico clamoroso! Mettetevi nei panni del paziente: sono un paziente agorafobico, vado da un dottore che mi dice "con tua mamma come è andata? Cosa hai sognato stanotte? Associa liberamente!" Ora io, il paziente, non riesco ad andare dal barbiere, sto per perdere il lavoro, dovrà mantenermi mia moglie, mi vergogno. Se invece vado da un terapeuta comportamentale che mi dice: "Davvero non riesce ad andare dal barbiere? Perché? Che le succede? Che pensa quando sta per uscire di casa? Cosa prova? Dove invece riesce ad andare? Ah! all'edicola ci arriva, interessante. Potrebbe dirmi dove arriva e dove no? Senta, ma quali altre cose non riesce a fare? Ah, non riesce a fare l'autostrada, ma la strada provinciale sì. Perché la strada provinciale sì, perché può tornare indietro in fretta? Ah, questo è simile al fatto che non riesce a prendere l'ascensore, perché si sente bloccato in autostrada come in ascensore anche se uno è un luogo chiuso..." E io, paziente, penso: "E' il mio uomo, mi conosce, non ha neanche bisogno che io glielo dica, sa che preferisco la strada provinciale all'autostrada, sa perché la preferisco". Che empatia! Il behaviour therapist sta facendo la lista di situazioni stimolo per attuare una esposizione graduale alle situazioni temute; una desensibilizzazione sistematica, uno *shaping*, non importa quale tecnica concreta userà, io, paziente, mi sento accolto, il terapeuta mi ha incontrato sul mio piano d'esperienza, non mi ha portato altrove, dove interessa a lui, ha incontrato me dove io ora sono: questa è la definizione di empatia.

---

<sup>8</sup> Stern D. N.: The Interpersonal World of the Infant, Basic Books, New York, 1985 (trad. it.: Il mondo interpersonale del bambino, Bollati Boringhieri, Torino, 1987).

Come faccio senza le tecniche? Non posso che dirgli “associ liberamente” o qualche equivalente. E quando il paziente ci dice: “Cosa posso fare?”, accade frequentemente che non possiamo rispondergli empaticamente senza l’aiuto delle tecniche. In questo senso vorrei proporre una situazione della mia esperienza clinica: io collaboro frequentemente con una amica e collega Kohutiana<sup>9</sup> a cui mando moltissimi pazienti, perché penso che la sua abilità empatica, nel gestire la relazione, le complesse relazioni di vita dei pazienti, spesso drammaticamente lese a più livelli, siano maggiori delle mie o di altri colleghi cognitivisti. Anche lei mi manda molti pazienti dicendomi: “... qui probabilmente una tecnica funzionerebbe meglio..”. Quand’è che la collega ha cominciato a vederla così? Quando mi ha mandato una paziente con cui si era prodotto un gravissimo fallimento empatico. Si trattava di una paziente agorafobica che le diceva: “Non riesco a fare il sottopassaggio, quel tunnel, (i sottopassaggi di Roma sono brevi, mica sono grandi gallerie) – non riesco a farlo, quindi faccio lunghi giri, incappo nel traffico, tardo di un’ora, perché non riesco proprio a farlo, ho l’angoscia...” e la collega le ha detto: “Va bene, ma perché se la prende tanto, faccia un’altra strada, ma stia tranquilla, non è una vergogna.” Ha empatizzato con quell’aspetto che c’era della paziente che diceva: “Io, non ce la faccio e quindi mi devo vergognare”, le ha detto: “Ma non c’è nulla da vergognarsi, se non ce la fai” Ma la paziente, per tutta risposta, voleva lasciare la terapia, perché la vera emozione della paziente era “Voglio farcela. Mia sorella che è andata da un altro terapeuta e aveva lo stesso disturbo lo ha superato, perché devo essere da meno di mia sorella?” La mia collega, accortasi del fallimento empatico, ha recuperato dicendo: “Ho sbagliato, mi scusi, non so darle questa competenza, ma un mio collega forse sì.” Me la ha inviata e poche sedute di tecnica cognitivo-comportamentale con me, mentre continuava le sue analisi di scuola kohutiana, sono state sufficienti a ripristinare l’alleanza terapeutica con la mia amica. Voglio dire, se avete le tecniche, potrete evitare alcuni fallimenti empatici che non evitereste se siete formati alla scuola di psicoterapia, che in assoluto conosce meglio la gestione delle relazioni in termini di incontro empatico e gestione del fallimento empatico successivo: la psicologia kohutiana del Sé. Questo volevo dire con questo esempio: avete uno strumento in più, che il kohutiano non ha: cosa rispondere al paziente che dice: “Aiutami a fare qualcosa di cui non sono capace, perché non farla mi lede la dignità, la libertà, il portafoglio, aiutami adesso, qui, subito per piacere, se puoi” Possiamo dirgli “sì”, invece di dirgli “forse tra due anni se riusciamo a ricostruire la scena primaria”, come rispondeva ad esempio la prima psicoanalisi. Mettetevi nei panni del paziente agorafobico portato ad esempio, oppure pensate al paziente ossessivo o a quello che mangia e vomita, e poi pensate a un terapeuta che incontra il paziente lì dove egli è. Pensate alla paziente borderline, suicidaria, che incontra qualcuno che dice: “Firma questo contratto, perché se tu ti impegni anche io mi impegno: tu ti impegni a non suicidarti, io mi impegno a seguirti, firmiamo. Se conoscete la patologia borderline e il modello operativo interno che probabilmente determina la disregolazione emotiva tipica del disturbo borderline, capirete che difficilmente ci può essere un incontro empatico se non con una tecnica come questa. Una tecnica che rispetta tanto la paura della vicinanza dei pazienti borderline quanto la loro terribile paura dell’abbandono, spostando il senso e la durata dell’incontro sul piano dell’impegno formale (solo apparentemente burocratico) e sul piano della lealtà ad un impegno esterno piuttosto che sul piano dell’impatto intenso dell’emotività interpersonale. Le tecniche di terapia cognitivo comportamentale possono dunque funzionare bene come strumenti, (o veicoli) di empatia e quindi di alleanza terapeutica, perché permettono di sentirsi alleati verso lo stesso scopo: per questa ragione sarebbe bene conoscerle. Questo era il punto critico che volevo proporre e sottoporre alla discussione.

Qual è la ricaduta pratica di questo discorso, per esempio nella formazione dei terapeuti, che ogni società di Terapia Cognitivo-Comportamentale dovrebbe supervisionare e curare? A mio parere dobbiamo insegnare le tecniche anche se poi, come il mio maestro Victor Meyer<sup>10</sup>, non le usiamo da

---

<sup>9</sup> Kohut H. (1984). *How does analysis cure?* The University of Chicago Press, Chicago. (trad. It. *La cura psicanalitica*. Bollati Boringhieri, Torino, 1986)

<sup>10</sup> Meyer V., Chesser E.S. (1970). *Behaviour therapy in clinical psychiatry*. Penguin Books, Harmondsworth Middlesex. (trad. It. *La terapia comportamentale*. Boringhieri, Torino, 1976).

dieci anni. Io sono molto grato a Victor Meyer che, pur non usando le tecniche da dieci anni, mi ha insegnato il *flooding* e poi mi ha detto: “Guarda non lo usare, guarda che fa più male che bene, qualche paziente ne beneficia, ma di pazienti che ne sono danneggiati ne ho visti tanti, meglio una tecnica più modesta come la desensibilizzazione sistematica”. Me le ha insegnate tutte e due e poi mi ha detto. “Io sono anni che non le uso.” E io ancora oggi gli dico grazie, grazie Vic, grazie per avermele insegnate e per avermi detto “puoi anche non usarle, è sufficiente che usi i principi”. Quante volte avere una tecnica mi ha dato la risposta per il paziente, averla nel cassetto, sapere come attuarla. Quindi nella mia Società scientifica io conduco una battaglia per l’insegnamento delle tecniche nelle scuole di formazione. Sono molto semplici, quasi banali, ma come scrive Edgar Allan Poe<sup>11</sup> nella *lettera rubata*, a volte è nel posto più ovvio che bisogna guardare per trovare le cose che si suppone siano nascoste in luoghi molto misteriosi.

## **1.6 Il valore comunicativo delle tecniche cognitive comportamentali**

*Bruno G. Bara*

L’assunto di partenza del mio intervento di oggi è che non esistono le tecniche al di fuori della relazione. Partirò anch’ io da un aneddoto con Victor Meyer.

Victor Meyer è stato un passaggio obbligato per tutta la prima generazione di cognitivisti, lavorava a Londra, era molto disponibile, ha insegnato a tutti molte cose. Io ero a Londra in questo Ospedale Universitario dove si viveva notte e giorno, eravamo interni e stranieri e si usciva poco, fra le guardie e il fatto che non si aveva una vita notturna così appassionante. Si dava quindi la disponibilità a fermarsi durante i week-end e la sera. Questo permetteva molte interazioni con i pazienti che erano prevalentemente con disturbi ossessivi. Ricordo che Victor Meyer, prima di lasciarci con i suoi pazienti ci spiegava le tecniche di blocco dei sintomi ossessivi, poi, durante i week-end, quando lui andava via, ogni volta che il paziente aveva una compulsione significativa, intervenivamo noi come terapeuti, garantendo la continuità degli interventi che durante la settimana effettuava direttamente lui. Ricordo con grandissima precisione che se, dal lunedì al venerdì, con lui, si assisteva ad un deciso miglioramento delle prestazioni del paziente con una diminuzione significativa delle coazioni ossessive, il venerdì, quando arrivavo io o chi per me, il paziente peggiorava e il lunedì mattina ritornava ai livelli di sintomatologia della settimana precedente. Io facevo rigorosamente quello che Meyer mi diceva di fare durante le lezioni teoriche, ma dopo qualche tempo, constatando che qualcosa non funzionava, ho cercato di andare a vedere direttamente cosa faceva lui con i pazienti seguendolo quasi di nascosto. Ho così scoperto che Victor Meyer non faceva affatto quello che ci insegnava in aula e ho pensato: “così non vale!” E lì è stata la mia illuminazione. Osservandolo in azione potevo vedere che quando incontrava i pazienti, per lo più indiani immigrati in Inghilterra con un’esperienza di freddo distanziamento, ed essendo lui polacco ed avendo vissuto lui stesso quanto poteva essere difficile essere accettato in Inghilterra, stabiliva immediatamente un contatto molto fisico: abbracciava la signora indiana, toccava l’indiano, insomma aveva una interazione molto fisica, andava al contatto diretto con il paziente. Solo a quel punto applicava quelle tecniche che ci aveva insegnato e il legame che aveva già costruito con il paziente permetteva alle tecniche di attraversare la barriera e quindi di funzionare. Quando lo facevamo noi, quando lo facevo io, senza generalizzare, la cosa non funzionava affatto. Il paziente mi rifiutava completamente, io stavo a distanza come ci spiegava che si dovesse fare: il paziente non si tocca. Lì ho cominciato ad avere i miei primi dubbi sulla tecnica di per sé.

Victor Meyer era bravissimo, ma ha scritto dei libri banali. Se lo vedevate lavorare era un personaggio di grandissimo livello, ma quando teorizzava era una frana, quando diceva cosa fare

---

<sup>11</sup> Poe E.A. La lettera rubata in Racconti Feltrinelli Milano 2003

era pessimo, perché diceva non quello che davvero faceva, ma quello che secondo lui si sarebbe dovuto fare, che non era quello che lui faceva, né era quello che funzionava.

Torniamo alla terapia cognitiva e alle tecniche di terapia cognitiva: perché penso che senza l'analisi della relazione la tecnica non funziona? Perché, o immaginiamo che il terapeuta abbia in testa tutta una serie di conoscenze astratte teoriche su quelli che sono i sistemi motivazionali, le cognizioni del paziente, le emozioni del paziente, su quelle che sono le interazioni fra tutti questi sistemi, su quelle che sono le modalità di attaccamento e accudimento, su quelli che sono i momenti critici del ciclo di vita e dunque il terapeuta ha già un bagaglio di conoscenze molto preciso sulla struttura del paziente che ha di fronte, struttura che cambia da paziente a paziente, perlomeno da classe di paziente a classe di paziente, oppure il terapeuta si troverà in grandissime difficoltà, anche soltanto a scegliere quale delle tecniche dovrebbe o potrebbe applicare. E perché in particolare la conoscenza chiave riguarda la relazione? Perché se il terapeuta non riesce ad instaurare in primis un binario relazionale, niente passerà. A questo punto vorrei almeno accennare alcuni elementi teorici. Io penso che, inevitabilmente, quello che fa un terapeuta sia un po' sempre la stessa cosa: un terapeuta cosa volete che faccia, lavora inevitabilmente sulla relazione; noi la chiamiamo relazione, gli psicanalisti l'hanno chiamata transfert e contro-transfert, possiamo chiamarla in altri modi diversi, ma il concetto base rimane questo. Qualunque terapia deve tenere conto di quelle che sono le grandi tematiche legate alla sofferenza individuale, alla presunzione che un altro possa intervenire su questa sofferenza e alle modalità con cui questa coppia interagisce, quindi o la terapia si fonda sul paziente, o la terapia si fonda sul terapeuta, o la terapia si fonda sulla relazione e su questo, tutte le terapie si giocano. Ma come le singole scuole declinano questi temi? Il punto non è quindi se la relazione o il transfert e contro-transfert siano il grimaldello della terapia, cosa su cui tutti sono d'accordo, ma che cosa noi significhiamo con il termine relazione o con il termine transfert e contro-transfert. Se non capiamo che ci sono differenze enormi tra i concetti, rischiamo di pensare che sia tutto uguale, che tutto sommato il fattore aspecifico sia quello dominante. Io penso sia un grosso errore. Altrimenti dovremmo abbandonare ogni attività di formazione, dovremmo rinunciare a cercare di spiegare ai nuovi terapeuti come si fa e se tanto è tutto lo stesso alla fine i rogersiani avrebbero bene o male colto l'essenza del lavoro terapeutico. E con tutto il rispetto per l'empatia di Rogers<sup>12</sup>, non credo sia lì tutta l'essenza. Ora due parole sulla relazione. Relazione vuol dire condivisione, che è un concetto teorico complicato, perché la condivisione è una assunzione soggettiva su qualche cosa che io penso che entrambi possediamo, cioè un concetto ricorsivo. Uno dei temi della ricerca sullo sviluppo della comunicazione infantile è: lo stato mentale di condivisione è uno stato mentale innato o appreso? Vi do la fine della storia: è innato nel senso che si è dimostrato che è impossibile per un bambino apprenderlo, nel senso che, perché un bambino colga il fatto che quando io comunico qualcosa, non solo so di averla comunicata, ma so che l'altro sa che io so di averla comunicata, dovrebbe avere almeno cinque, sei, sette anni di età, mentre un bambino è in grado tranquillamente di comunicare ad un anno e quindi deve basarsi su uno stato mentale innato. Stati mentali innati e condivisione non vogliono dire che davvero noi condividiamo un qualunque oggetto mentale, vuol dire che io penso di dividerlo, ma sono esposto all'errore; io penso di condividere con il mio paziente una certa cosa e il mio paziente pensa di condividere con me un'altra cosa e non è detto che siano identiche. Questa idea di condivisione come stato mentale soggettivo, cioè di qualche cosa che io penso che l'altro pensi insieme a me, è legata all'idea del costruire insieme significati. Di qualunque gioco interattivo si tratti, l'interazione specifica la stiamo inventando insieme, perché il senso di quello che facciamo non pertiene al gioco che stiamo giocando, pertiene a quello che noi pensiamo di star giocando. Non esiste un'etichetta oggettiva che in qualche modo qualifichi l'interazione, esiste quello che le persone scambiandoselo reciprocamente stabiliscono essere il senso di quell'interazione. Recanati<sup>13</sup> si spinge ancora oltre e in un articolo del '95 intitolato *Contro il significato letterale* dice che non

---

<sup>12</sup> Rogers C.R. (1951). Client centered therapy. Houghton Mifflin, Boston. (trad. It. La terapia centrata sul cliente. Martinelli, Firenze, 1970).

<sup>13</sup> Recanati F. (1995). The alleged priority of literal interpretation. *Cognitive Therapy*, 19: 207-232.

esiste neanche il significato oggettivo delle parole: la parola matita non ha un significato oggettivo, ha il significato che in questa interazione noi gli attribuiamo. Anche in un significato costruito insieme e in qualche modo originale, il termine matita erediterà qualcosa della matita comune a tutti, quindi non è pertinente alla coppia e basta, ma pertinente alla coppia immersa in una cultura. Dunque, partendo dalla parola per arrivare alla frase, al dialogo o a uno scambio più importante, protratto nel tempo come una psicoterapia, tutto è inventato dalle persone che vi stanno partecipando, non ha una valenza assoluta, ma una valenza "all'interno di".

Il senso dell'interazione è un'attribuzione soggettiva, non oggettiva, il punto è condividerla. In certe interazioni e tipicamente in una interazione psicoterapeutica, ci si deve mettere d'accordo sul senso che gli stiamo dando, non può essere lasciato in autonomia, al paziente o al terapeuta. Certamente non possiamo lasciarlo al paziente, ma certamente non possiamo neanche lasciarlo al terapeuta. Il concetto di terapia fondata sul terapeuta, che ha avuto i suoi momenti di grande gloria, secondo me è di una perversione rara, poichè è un dare potere ad una persona che già socialmente ne ha tantissimo, è darlo anche nella specificità atomica della loro relazione.

Qui invece si tratta di concedere a entrambi di avere una conoscenza che è sempre in soggettiva, ma che cerca di andare verso una condivisione di quello che io penso che tu creda di me e di quello che io penso che tu creda che io credo di te e così via, fin quando si riesce a farlo senza confondersi troppo. Non esiste dunque un evento assoluto, pertanto il terapeuta non può percepire quello che sta succedendo ma lo costruisce insieme al paziente e più lo costruisce insieme al paziente più aderisce alla realtà clinica e aumentano le sue chance di successo. Aumentano le sue chance di poter entrare nel paziente, perché non sta imponendo dall'esterno qualche cosa, ma sta inventando qualche cosa insieme a lui.

Tutto questo per dire che una interazione specifica come quella legata alla tecnica, di per sé non ha alcun significato, non ha alcuna valenza autonoma. Se già non ha valenza autonoma la matita, come possiamo sperare che la possieda una tecnica di desensibilizzazione? E' questo il punto: deve avere un significato all'interno della relazione, cioè il paziente e il terapeuta devono prima aver costruito qualche cosa e essersi messi d'accordo su quale è il senso di quell'intervento particolare. A quel punto tutto diventa tecnica e tutte le tecniche diventano utilizzabili, ma solo a quel punto, solo nel momento in cui mi sono accordato su un senso condiviso.

La desensibilizzazione classica è stata ammorbidita, perchè mentre con Wolpe era il terapeuta a costruire la scala di desensibilizzazione, in una visione costruttivista il paziente la costruisce assieme al terapeuta. Quindi non è più il terapeuta che decide quali sono i passaggi, come Wolpe diceva di fare, ma sono basati su scelte discusse e concordate. Io spiego ai miei pazienti l'idea e di provare ad inventarsi da soli una scala per poi guardarla assieme. La do da fare come compito a casa e una volta capiti i principi, gli faccio supervisione sulla tecnica, ma non la faccio più come tecnica specifica, perché prima ci siamo messi d'accordo sul fatto che la scala di desensibilizzazione non è un modo per confermare la sua incapacità a gestirsi la vita in assenza di un'autorità esterna che impersonificando la saggezza e la pazienza gli dice come agire. In una tecnica di desensibilizzazione costruita all'interno di una relazione, dove prima si sia smontata la credenza per cui da solo non ce la fai e con un altro sì, la scala di desensibilizzazione appartiene al paziente; non diventa una conferma dell'incapacità di autonomia del paziente fobico, squilibrato sul polo dell'incapacità personale, ma è, al contrario, una disconferma di ciò e un primo passaggio per metterlo in grado di affrontare il mondo, di fare quello che i suoi genitori non gli hanno permesso di imparare, di cominciare a strutturarsi per poterlo affrontare.

Quindi la stessa tecnica, perché è veramente la stessa tecnica, a questo punto assume un altro senso, non è più una conferma di impotenza, ma al contrario una disconferma di incapacità individuale. Cosa ho cambiato? Niente. E' la stessa cosa identica semplicemente ha preso un altro senso. E' tutto qua secondo me. Senza questo senso globale la tecnica in sé è inutile. Non credo sia pericolosa, per la verità dubito che qualche tecnica sia pericolosa, risulta inefficace, tutto lì. Le tecniche non sono degli oggetti che possono danneggiare in modo significativo, però risultano banalmente inefficaci, quindi rallentano il lavoro che lo psicoterapeuta sta facendo insieme al paziente.



Quando parlo di terapia cognitiva e di terapia cognitiva fondata sulla relazione, parlo di una terapia che si costruisce nella relazione, che si cerca di tenere pulita, analizzando assieme al paziente tutti i giochi giocati. In che senso analizzare? Nella direzione di fornire un significato ad ogni gioco relazionale mentre lo si gioca, permettendo che il paziente riacquisti la sua totale autonomia.

Quali sono gli strumenti che noi diamo al terapeuta per imparare a maneggiare questo suo essere con il paziente, questo suo essere uno strumento a disposizione del paziente? Solo dopo che il terapeuta avrà imparato a maneggiare questo, potremo spiegargli quali sono alcune modalità specifiche per affrontare problemi particolari. Tenendo presente che in una terapia di tecniche da libro se ne usa una e di tecniche non da libro se ne inventano novantanove. In ogni seduta il terapeuta inventa qualche modalità particolare che funga da stimolo a quel paziente.

In questa fase mi sto rifacendo a un corpus di matrice cognitivista: che cosa è l'analisi del dialogo, che cosa vuol dire l'atto linguistico, che cosa vuol dire l'atto comunicativo, che cosa vuol dire costruire l'insieme e quant'altro. Mi sembra che il concetto chiave sia chiaro ed è già sufficiente che ci intendiamo sui grandissimi temi. Non è lo stesso che transfert e contro-transfert, ma comunque ha a che fare con lo stesso tipo di problematica. Continuamente paziente e terapeuta si chiedono insieme: in questa seduta, in questa frazione di seduta, che cosa abbiamo fatto insieme, perché lo abbiamo fatto, quali sono state le motivazioni che hanno spinto te paziente a fare questa cosa, a proporre questo gioco, cosa è che ha spinto me terapeuta a confermartelo o a cercare di disconfermarlo, a giocare o a non concedere questo gioco o addirittura a spostarmi ad un livello meta e vedere se poi posso aiutarti a leggerlo insieme a me. Soltanto quando siamo capaci di non essere autoreferenziali, immaginando che come sono io sia anche il paziente, e quando non siamo così presuntuosi da pensare di avere letto completamente il paziente, ma lasciamo che lui venga fuori, è a questo punto che non soltanto possiamo applicare le tecniche, ma anche inventarle.

Vediamo un esempio clinico. Due giorni fa ho fatto una seduta con una paziente fobica. Questa paziente per due anni è stata inchiodata su una tematica fobica assolutamente classica, che possiamo leggere in termini freudiani, in termini cognitivisti, comunque assolutamente classica nel desiderare insieme la sicurezza, nella fattispecie un fidanzato apprezzatissimo in famiglia, e l'avventura, nella fattispecie ovviamente il giovinastro con cui la paziente si vedeva in una sorta di regressione adolescenziale, dando luogo a comportamenti che la colpivano per la loro turbinosità e per la loro inadeguatezza rispetto ai suoi parametri. E' una giovane donna, ma attenta a una certa forma, che vive in una città piccola. Lei e il giovinastro si concedevano viaggi da questa città al capoluogo in treno, quindi in situazioni molto pubbliche, dove si comportavano come adolescenti scatenati. La paziente poi era molto turbata dal suo stesso cedere completamente al piacere inesauribile di tutto questo. Quando scendeva dal treno ritornava alla sua vita regolarissima con il fidanzato.

Per due anni le ho riproposto la consueta tematica sicurezza-libertà, la necessità di dovere accettare l'oscillazione tra questi poli e la ricerca di una loro possibile integrazione. Nell'ultima seduta questa paziente mi dice, con la potenza di un'intuizione autonoma, che tutto dipende dal fatto che lei non li vuole insieme, come avevamo sempre pensato, ma li vuole uno dopo l'altro. Mi spiega: "... non è insieme, guardi, è diverso, io li voglio uno dopo l'altro, io devo averli in sequenza, io posso andare, quindi non è un bipolarismo è una sequenza, prima uno, poi l'altro". Cosa ha fatto? Niente di rivoluzionario, ha semplicemente messo prima la sicurezza e poi l'avventura; con la sicurezza posso andare verso l'avventura. La paziente si è ristrutturata in autonomia e ha rimontato i pezzi in un modo diverso e questo rimontare i pezzi in modo diverso è l'essenza della condivisione, cioè mettiamo sul tavolo certi pezzi e poi lavoriamo insieme cercando di ricomporli in modo più felice. Quando il paziente riesce lui a costruire qualcosa di sensato e non è stato il terapeuta a fornirlo, di colpo sta meglio. Non immagino miracoli, magari starà male già giovedì prossimo, ma intanto questa persona che per due anni ha pianto, credo che non abbia mai fatto una seduta in cui almeno per trenta minuti non avesse pianto, ora sta meglio. Esiste una tecnica in grado di fare ciò? Io credo che il paziente con il suo terapeuta riesce a fare queste cose.

La pericolosità è di rendere autonome le tecniche o troppo rigidi gli schemi interpretativi. Nella

situazione clinica presentata non si tratta di una tecnica, ma di uno schema interpretativo, che io andavo ad applicare in modo rigido. Ma la mia paziente mi dice: “ guarda, non è come dici tu, i pezzi sono quelli ma sbagli l’ordine, è un’altra cosa”. E’ un po’ come se io avessi applicato in modo stereotipato una tecnica e il mio paziente mi spiega che non è così.

Quello che io trovo pericoloso della tecnica, è l’idea che possa essere usata all’interno di un qualunque contesto, che possa avere un’autonomia, una esistenza indipendente. Io penso che sia profondamente sbagliato. La tecnica può essere utilizzata se contestualizzata in modo adeguato e quindi con la possibilità di modificarne la procedura.

Mi sembra che se manca tutto questo complesso contorno la tecnica perda di efficacia. Non diventa pericolosa, ma non funziona. Anche nel tuo esempio, Gianni, mi rendo conto che lavorare sugli esempi degli altri è un suicidio, quindi mi espongo volentieri ad un contrattacco, tu fai capire che il lavoro vero lo sta facendo la collega Kohutiana e tu al paziente stai dando una mano. Va benissimo, ma è una cosa diversa dalla terapia. La tecnica non è, come l’hai presentata tu, uno strumento che serve a costruire l’empatia, ma deve essere all’interno della psicoterapia. Se un’altra persona fa per te qualche cosa di positivo, per carità va benissimo, come qualunque cosa che possa dare una mano agli altri, ma per tecnica psicoterapeutica, io intendo qualche cosa che fra terapeuta e paziente serva ad andare oltre. Penso che esistano tante cose che possono diventare utili, ma quando teorizziamo una tecnica pensandola come strumento oggettivo svincolato dalla relazione, rimango perplesso. Se non esiste oggettività del termine matita, come possiamo sperare che esista oggettività in una tecnica di desensibilizzazione, che, se applicata da Wolpe è una conferma dell’incapacità del paziente a crescere e, se applicata da un’altra persona in un’ottica di lasciar fare al paziente, diventa un segno della fiducia che il terapeuta ha nella crescita autonoma del paziente? Solo dopo quattro anni di formazione puoi proporre al tuo allievo un manuale di tecnica, solo dopo che abbia totalmente introiettato che lui è un terapeuta, che l’altro è un paziente, che insieme lavorano, e che questo lavoro non è centrato su di lui e nemmeno sul paziente, ma sulla relazione. Solo a quel punto tu dici, “siccome tutto può servire , ti do, che ne so, l’indirizzo di un buon albergo in Riviera per quando ti senti stanco e poi ti do anche due tecniche, con una semplicità assoluta. A quel punto la tecnica prende potere, perché tranquillizza, perché incoraggia, perché permette di dare al paziente qualche cosa di utile, però è un uso estremamente strumentale. In questo senso credo che tutto quello che avevo da dire sia : non esistono le tecniche fuori della relazione.

## 1.7 A confronto

*Bruno G. Bara, Giovanni Liotti*

**Giovanni Liotti:** volevo togliermi la giacca perché fa caldo, ma poi ho pensato che poteva esserci un equivoco, che qualcuno avrebbe potuto pensare che me la togliessi per fare a pugni col mio amico Bruno..... Ci sono, nonostante le apparenze contrarie, sempre dei punti di evidente accordo fra noi: il fatto che la tecnica non possa che esistere in una relazione, sicuramente è il nostro punto di fondamentale accordo. Ma vorrei continuare sui ricordi autobiografici: da Victor Meyer, è andato Bruno Bara, sono andato io, è andato anche Salkovskis<sup>14</sup>, autore di innovazioni importanti nella terapia , nelle nuove tecniche di trattamento del disturbo ossessivo compulsivo, (a proposito delle quali non posso non segnalare che, o tutti i colleghi che fanno ricerche controllate mentono, o queste tecniche funzionano: scegliete voi). E se funzionano, perché funzionano? Può essere che tutti mentano, può essere che tutti si ingannino, può essere che questi risultati clamorosi, che hanno reso famosa la prospettiva cognitivo comportamentale, siano una gigantesca illusione . Ma se per

---

<sup>14</sup> Salkovskis P.M., Kirk J. (1997). Obsessive-compulsive disorder, In: Clark D.M., Fairburn C.G. (a cura di), The science and practice of cognitive behaviour therapy, Oxford University Press, Oxford.

caso non lo fossero, dovremmo chiederci come mai non lo sono. Una delle risposte possibili, la mia risposta preferita, è: perché mediano una buona qualità di relazione. In questo concordo con Bruno, perché ritengo necessario che il terapeuta abbia una disposizione, neppure derivante dalla sua formazione, forse sua di vita ma a cui la formazione ha contribuito, a stabilire relazioni di buona qualità con le persone. Quale teoria spieghi quando una relazione è di buona qualità e quando no, è ancora un altro discorso.

Torniamo al ricordo personale riguardante Victor Meyer. Salkovskis, quando con il suo modello propone come trattare un paziente ossessivo, dice che questa sua tecnica è ottima, dodici sedute, non il ricovero, nulla di tutto quell'armamentario di Meyer, ma di chi è discepolo Salkovskis? Di Victor Meyer. Cosa ci ha insegnato Victor Meyer? Ha metaforicamente abbracciato i pazienti: lo ha insegnato a Bruno, lo ha insegnato a me, lo ha insegnato a Salkovskis, che nelle sue teorie infatti parla esplicitamente di empatia. E' vero che Meyer non descriveva il suo metodo empatico nelle sue teorizzazioni, perché non aveva nessuna teoria della relazione. Era empatico per carattere suo, per chissà quali vicende della sua storia personale e la insegnava direttamente se uno lo stava a vedere e lo frequentava (non è un caso che tutti e tre abbiamo questa attenzione alla relazione: Bruno Bara, il sottoscritto e Peter Salkovskis, che come saprete è stato professore di psicologia clinica ad Oxford ed ora si è trasferito a Londra).

Naturalmente è sfondare una porta aperta dire che non si può trasmettere con le parole tutta la conoscenza. Se sapete nuotare a stile libero lo sapete benissimo: non ve lo hanno insegnato a parole. Avete mai provato a montare a parole un videoregistratore, seguendo il manuale delle istruzioni? Non capite nulla. Se lo leggete, vi dite: "come faccio?" Non è semplice da immaginare a cosa corrispondano le istruzioni che leggete se non avete di fronte l'apparecchio concreto con tutti i suoi cavi e le sue connessioni ancora da stabilire: dovete stare lì con i cavetti in mano finché non diventa chiaro quello che le parole intendono concretamente. Se la parola non si coniuga all'azione e all'esperienza è vuota, è nulla. Ma l'eccesso di attenzione ai limiti di trasmissione dell'informazione o della conoscenza attraverso la parola, mi rende sospetto il termine condivisione al posto del termine empatia: sarà mica che la condivisione riguarda il mondo della parola e l'empatia ha altri canali, che rendono evidente che si sta condividendo? E se è così, ci sarà un livello obiettivo in cui si valuta la condivisione? "Obiettivo" non vuol dire "descrivibile a parole", per definizione.

Quindi questa grande regressione all'infinito mi fa pensare: proviamo a considerare le cose da un punto di vista, per esempio, evolucionista, io non sono un darwinista radicale, ma mi presento più volentieri così rispetto al toccare continuamente con mano quanto poco della saggezza del pensiero evolucionistico permea i nostri ragionamenti.

È possibile, da un punto di vista evolucionistico, che il bambino sia disposto per via innata ad aspettarsi una condivisione con l'altro su ciò che propone. È anche possibile che questa condivisione non abbia nessun punto di reperi obiettivo nel comportamento, e che quindi siamo condannati al rischio di una perpetua illusione, nel postularla.

Prendiamo il solito Damasio(1994)<sup>15</sup>: Damasio scrive un libro intitolato *L'errore di Cartesio*. Qual è l'errore di Cartesio, secondo Damasio? Aver detto "cogito ergo sum", anziché "amo ergo sum". Esiste un livello emozionale in cui noi immediatamente percepiamo ciò che è buono? Può essere che esista, o almeno è un'ipotesi ragionevole. Se si tratta di un livello emozionale, come per il nuotare a stile libero, non è possibile esprimerlo a parole. Non sperate di poter definire con le parole un sentimento complesso: se fosse possibile, Platone *nel Simposio*<sup>16</sup> non avrebbe, attraverso le argomentazioni di Diotima, potuto così convincentemente dimostrare l'impossibilità assoluta di definire cos'è amore.

Quindi il fatto che non si possano definire con le parole i sentimenti è una considerazione da me

---

<sup>15</sup> Damasio A.R.: *Descartes' Error. Emotion, Reason and the Human Brain*.1994. (trad. it.: *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Adelphi, Milano, 1995).

<sup>16</sup> Platone, *Simposio* ed. Laterza, Roma 2003

assolutamente condivisa.

E' il privilegio troppo forte attribuito alla parola, secondo me, il rischio vero del cognitivismo: il pensiero disincarnato, la parola disincarnata, il non credere ad un altro livello fondante la realtà, che esiste e che non possiamo dire.

Che male c'è se non lo possiamo dire? Lo possiamo comunque indagare e indagare sperimentalmente. Anche gli atomi non li possiamo "dire" eppure li indaghiamo sperimentalmente. Ci sono dei modi per indagare sperimentalmente le emozioni, ad esempio i risultati sull'efficacia delle psicoterapie oppure le ricerche sul processo psicoterapeutico: (in quale condizioni emerge il famoso insight, in quali condizioni si riduce l'ansia?)

C'è un enorme equivoco che da sempre attraversa drammaticamente la nostra filosofia, che sta nel tema chiave della nostra disciplina. E non è un problema solo per i modelli psicoterapeutici, questo è un problema umano. L'evoluzionismo perché ci incoraggia? Se la mia emozione di bambino, (perché io bambino ancora non ho un linguaggio, non ho un pensiero), mi fa dire: "mamma si è sintonizzata con me", questa emozione indica che è vero, esiste una condivisione che precede il linguaggio. Non mi sbaglio, grazie all'emozione. Piuttosto, è con le parole che poi mi sbaglierò, o rischierò di sbagliarmi. Questo tema, non nuovo, è ben trattato da Stern (1985) che nel *Il mondo interpersonale del bambino* esplora il momento esatto in cui incomincia l'inganno: esattamente quando compare la parola nella sequenza evolutiva che nei primi due anni di vita conduce dal senso di sé nucleare, al senso di sé emergente, al senso di sé intersoggettivo (emozionale), e infine al senso di sé verbale. Lì comincia l'inganno, che poi durerà tutta la vita, specie se ci occupiamo solo del linguaggio e trascuriamo tutto il resto: certo che poi ci disperiamo!

Vorrei fare una riflessione su un altro punto importante che sollevava Bruno: esiste un'epistemologia, un'attenzione ai rapporti fra conoscenza ed emozione, che detta importanti principi di comprensione, di indagine, di analisi e di intervento sulle nostre realtà personali e su quelle di altre persone, con cui abbiamo dialogo. Grazie a questa epistemologia, la relazione terapeutica è legittimamente percepita come scambio emotivo, e non solo o soprattutto come scambio verbale. Quello che diceva Rita Pezzati, (cfr. cap1.3) "le mie emozioni in terapia sono base centrale per immaginare cosa può avere nella mente il paziente", è di grande importanza. Io uso le mie emozioni per capire le strutture cognitive del mio paziente: se mi sento minacciato, vuol dire che ha paura, non vuol dire che io ho paura, vuol dire che lui ha paura, e allora e per questo anche io ho paura. E abbiamo un sacco di codici teorici, che ci aiutano a dipanare i tranelli legati al separare arbitrariamente le emozioni del terapeuta da quelle del paziente durante il dialogo terapeutico. Esistono diverse teorie che ci aiutano a capire come mai, se io ho paura, allora è verosimile che anche lui in quel momento abbia paura. Ci sono ad esempio basi concettuali per questo studio della sintonizzazione emotiva anche nella teoria dell'attaccamento, e nella ricerca sull'attaccamento. Insomma, c'è un corpo di conoscenze solido, sperimentalmente controllabile almeno in parte, che ci conduce in questa direzione. Quello che io dicevo è che da questo modo di vedere l'aspetto emozionale dello scambio dialogico in psicoterapia deriva una importante spiegazione dell'efficacia delle tecniche cognitivo-comportamentali. Queste tecniche chiaramente influenzano la relazione terapeutica oppure possono essere utilizzate ai fini della relazione terapeutica, la quale relazione terapeutica deve essere conosciuta e studiata ovviamente indipendentemente e prima delle tecniche. Sono d'accordo con molte delle cose che dice Bruno, moltissime, a parte quella dell'impossibilità della condivisione, per cui tutto sarebbe sempre soggettivo. Qui dico "non sono d'accordo, c'è un livello oggettivo". La mia lotta con il costruttivismo radicale credo che diventerà famosa, perché la svolgo sempre a grandi livelli di intensità emotiva, per definizione, mica la posso svolgere a livello verbale: lì, chiaramente avrebbero ragione i costruttivisti radicali. L'unica cosa che, con una lieve disposizione al paradosso, potrei senza alta intensità emotiva dire ad un costruttivista radicale è: "scusa perché dovrei credere a tutto quello che stai dicendo? Dammi una prova."

Il motivo della mia lotta contro il costruttivismo radicale è che mi sembra che venga negato il livello fondamentale della nostra relazione, quello per cui Cartesio, secondo Damasio ha fatto un grave errore quando non ha detto "amo ergo sum", ed ha preferito il "cogito ergo sum". Quel

livello che il bambino percepisce immediatamente in epoca preverbale e che percepisce correttamente, tanto è vero che se non c'è quella sintonia sta male.

La ricerca sull'attaccamento descrive in quanti modi può esserci quella perdita di sintonia, reale, oggettiva, in quanti modi di conseguenza si sta male, osservandolo nel comportamento, in modo verificabile da parte di osservatori indipendenti, in tutte le culture umane.

La ricerca sull'attaccamento è famosa per questo, mica per altre ragioni, perché i pattern d'attaccamento li vedete allo stesso modo in Giappone, in Israele, in Uganda, e qua da noi, e rivelano sempre con grande chiarezza le conseguenze dei fallimenti empatici nello sviluppo della personalità e della conoscenza di sé. E questo è anche indagabile empiricamente negli adulti, ad esempio con la AAI (Adult Attachment Interview)<sup>17</sup>. Su questo punto dunque Bruno ed io non siamo d'accordo, su quella frase "la conoscenza condivisa è sempre soggettiva". Su quella io assai emotivamente urlo un "no!" di disaccordo. Non lo dichiaro in maniera garbata, lo urlo con rabbia, drammaticamente e dico che ci fa male pensare che è la conoscenza condivisa è soggettiva: ci danneggia, è una malattia sociale, la malattia della nostra cultura occidentale, una specie di suicidio di una cultura vecchia e stanca, (e chi sa, può anche darsi che faccia bene a suicidarsi). Una cultura che rinuncia al meglio di sé con questo tipo di atteggiamento, che poi è in ultima analisi classicamente anti scienza classica, anti scienza popperiana. Quindi su questo non siamo d'accordo e spero di averlo detto con sufficiente veemenza. Siamo invece assolutamente d'accordo, assolutamente d'accordo ripeto, sul rapporto tra relazione terapeutica e tecnica.

Facciamo due esempi: Bruno si chiedeva: ma ha senso parlare di specificità della tecnica? sì secondo me esiste un livello per cui la tecnica è specifica. Il problema lo porrei così: Bruno non ha mai parlato di sindromi, non mi ha mai detto perché la sua paziente fobica è diversa da una paziente ossessiva. Supponiamo che me lo dica, perché fra le righe me lo stava dicendo proponendo la dinamica del fobico: nell'esempio la paziente voleva sicurezza e poi voleva esplorare, il che è tipico tra l'altro della relazione di attaccamento, prima costruzione di una base sicura e poi esplorazione: dal primo anno di vita lo si vede bene che le cose stanno così.

La paziente cercava dunque di ripristinare una condizione, che probabilmente non ha avuto in maniera adeguata da bambina: prima una base sicura, poi la possibilità di esplorare, servono tutte e due, e, giustamente, in sequenza. Io non posso esplorare se la presenza di mia madre è imprevedibile: devo avere la certezza che mamma sia là, sulla panchina a guardarmi, e non si muova, poi posso esplorare il giardino nel quale per la prima volta mi trovo. In questo particolare caso è un po' difficile per ragioni tecniche, utilizzare questo famoso modello etologico dei rapporti fra base sicura ed esplorazione, trattandosi nel caso della paziente di due particolari figure, una figura tra virgolette "materna", la base sicura, che è il fidanzato e un'altra figura che diviene oggetto di esplorazione e che è un altro potenziale fidanzato. Esiste qui una complessità non irrilevante. Bruno comunque diceva che questo dilemma fra esplorazione e sicurezza è tipicamente fobico. Cosa invece sarebbe tipicamente ossessivo? E inoltre, siamo poi sicuri che questo dilemma è tipicamente fobico?

Andiamo a guardare cosa ci dicono i costruttori di tecniche: dicono che l'agorafobia è fondata sul prevenire le emozioni di perdita, solitudine e costrizione e che questa tendenza a prevenire è tanto forte che si riflette nel classico comportamento di evitamento.

Potrebbe essere una ipotesi sbagliata, naturalmente, forse i nostri colleghi della Cognitive – Behaviour Therapy, non hanno capito quello che noi geni costruttivisti abbiamo capito, ma comunque loro ci dicono che questo è lo specifico del fobico e noi con questa ipotesi ci dobbiamo confrontare, anche per dire che è sbagliata. Poi propongono anche lo specifico del disturbo ossessivo – compulsivo. Nella versione di Salkovskis (1997), o in quella di Schwartz (1996)<sup>18</sup>, i colleghi della terapia cognitivo-comportamentale standard ci dicono che la difficoltà centrale

---

<sup>17</sup> Main M.D.S. (1990). A typology of human attachment organisations assessed with discourse, drawings and interviews. Cambridge University Press, New York.

<sup>18</sup> Schwartz J.M. (1996). Brain lock. Regan Books, New York. (trad it. Il cervello bloccato. Longanesi e C., Milano, 1997)

dell'ossessivo è un senso di responsabilità ipertrofico.

Io non sono d'accordo con i colleghi della terapia cognitivo-comportamentale standard, quando non prendono in considerazione la storia del primo anno di vita: sarà andata come sarà andata, dicono, a loro non importa. Certo che non sono d'accordo, sono come sapete un accanito "attaccamentologo". Però rispetto il loro modo di procedere e verifico che la differenza da loro proposta tra il fobico e l'ossessivo io la trovo effettivamente in clinica. Trovo che il fobico previene, ma non ha responsabilità ipertrofica; mentre l'ossessivo-compulsivo ha responsabilità ipertrofica e non previene: gli importa poco di prevenire, lui neutralizza. Se io ho la prevenzione in testa come codice di condotta di fronte a situazioni che non capisco e che mi appaiono minacciose, evito: perché devo prevenire quello che proverei se stessi là: dal barbiere, in viaggio, in aereo, in treno, vi sembra coerente?

Io ho una strategia cognitiva molto precisa che mi dice: di fronte a ciò che è ignoto e pericoloso per te (e lo sai che è ignoto e pericoloso, perché hai avuto l'attacco di panico), evita così previeni. Nel paziente ossessivo no, se sono ossessivo io posso provare ad evitare, ma è secondario. Il punto è che è talmente grande la mia responsabilità, se non ho evitato oppure ho evitato male, che devo fare dei rituali di neutralizzazione. Quindi non solo evito, ma neutralizzo: mi lavo le mani centomila volte, faccio rituali mentali, racconto le preghiere.

Non vi voglio convincere delle tesi della terapia cognitivo-comportamentale circa la differenza centrale nelle organizzazioni fobica ed ossessiva, vi voglio dire che le ragioni proposte a sostegno di queste tesi sono solide, si basano sull'esplorazione dei modi di pensare ed agire di un gran numero di pazienti fobici e di pazienti ossessivi, peraltro molto diversi tra loro (quello che fa il giro con la macchina perché ha paura di avere investito una persona, quello che conserva le buste delle mozzarelle con le date di scadenza, quello che controlla il particolare ordine degli oggetti, quello che si lava e disinfetta senza posa). Sono stati studiati, questi pazienti ossessivi, per capire cosa hanno in comune, e come questo nucleo comune si riflette nei diversi sintomi ossessivi.

Ora, cos'è la tecnica? È, abbiamo detto, un tentativo di agire sulla relazione, a volte inconsapevole. La desensibilizzazione sistematica, ad esempio, spinge garbatamente il paziente ad esporsi e poi controllare le emozioni, usando un metodo di regolazione delle emozioni più simile a quello usato dalla maggior parte delle persone. Quando diciamo a noi stessi: "dai non te la prendere, dai non vale la pena, ma su che non è così pericoloso", noi che facciamo? Moduliamo le nostre emozioni. Il fobico su certe categorie di emozioni non lo sa fare e quindi previene. Attraverso la tecnica della desensibilizzazione sistematica, noi aiutiamo il fobico ad acquisire modi di regolazione più vicini a quelli della maggioranza delle persone, e quindi indirettamente a rischiare in futuro meno fallimenti empatici, e dunque ad avere migliori relazioni interpersonali. La cosa può essere un po' più complicata di così, naturalmente, ma spero sia chiaro il senso.

Tutte le diverse tecniche hanno questo come punto di reperi, allo stato attuale delle conoscenze, sono finalizzate a indurre il paziente fobico ad acquisire l'abilità di controllare certe categorie emotive ex post anziché quo ante. Sono fatte per questo, anche se chi le ha fatte inizialmente aveva un'altra teoria dell'agorafobia, vedi desensibilizzazione sistematica. Altrettanto specifico è l'impatto delle tecniche per il trattamento del disturbo ossessivo sul nucleo di questo altro disturbo (la responsabilità ipertrofica cioè). È altrettanto evidente che nel caso delle tecniche di esposizione per l'agorafobia, ad uno studio attento, si rivela la capacità delle tecniche di blocco dei rituali di migliorare le capacità relazionali dei pazienti ossessivi.

La teorizzazione cognitivo comportamentale è scoprire questo punto centrale dell'organizzazione di ciascuna sindrome psicopatologica (ossessiva, fobica, depressiva, psicosomatica, etc.), e ad esso indirizzarsi con la specificità di una tecnica. Questo è il punto su cui tu, Bruno, mi invitavi ad una discussione, e che ti rimando così: "certo che le tecniche sono specifiche, tanto è vero che il blocco dei rituali per il paziente ossessivo è diverso dalla desensibilizzazione per il fobico". Poi sono d'accordo con quello che sosteneva Bruno: fuori da una relazione decente non passa nulla, non solo le tecniche terapeutiche, non passa neanche l'offerta di un caffè. Questa non è una cosa strana. Quindi è del tutto naturale che noi terapeuti dobbiamo essere anzitutto educati ad avere delle buone

relazioni. Secondo me, è però altrettanto naturale che, se è vero che la tecnica aiuta ad avere delle buone relazioni tali da ripristinare gli effetti di cattive relazioni precedenti, dobbiamo anche essere educati ad usare bene le tecniche quando necessario.

Cominciamo dalle buone relazioni e utilizziamo le tecniche per avere relazioni ancora migliori, tanto da correggere gli effetti di negative relazioni precedenti. Ma questo non nega la specificità delle tecniche, nè la loro utilità. Inoltre, mentre le usi, le tecniche ti illuminano la validità di queste costruzioni, di questo modo di teorizzare cosa c'è di specifico nei diversi disturbi, sia pure a un livello semplice, congruente con l'uso di tecniche semplici. Che poi queste si rivelino efficaci, secondo me, è un ulteriore motivo per studiarle con rispetto. La preoccupazione di Bruno, la condivido invece totalmente: se queste tecniche vengono date in modo ingenuo a terapeuti non formati, probabilmente si riveleranno quanto meno inutili, probabilmente dannose, sicuramente dannose per il giovane discente che ha impiegato tempo e denaro ad apprendere qualche cosa, che non aiuterà nessun paziente e quindi neanche lui o lei come professionista. Quindi dobbiamo proteggere l'allievo da questo, in tutti i modi possibili e il modo di Bruno mi va benissimo, perché comunque è una protezione verso un rischio serio. Ma da qui non deduco che quindi le tecniche sono aspecifiche e tutto il resto. Credo di avere segnalato il punto fondamentale. La differenza fra la mia visione e quella di Bruno non sta a livello di quello che appare, la differenza fra noi sta in quello che Bruno diceva: la conoscenza condivisa è sempre soggettiva: un'affermazione impegnativa, sempre. Questo è però credo adesso il modo più diffuso di pensare. Il motivo della mia agitazione, quando parlo di queste cose è perché mi sento solo. Sono tutti costruttivisti radicali, postmodernisti e io mi sento sempre più solo e quindi mi agito sempre di più e comincio a diventare sempre più aggressivo perché ho paura.

Per la domanda invece, graditissima, sulla opzionalità delle tecniche, io riassumerei così la risposta: certo, ma non ti insegno le tecniche perché tu le usi *obbligatoriamente*, ti insegno le tecniche perché *se vuoi e lo ritieni opportuno*, tu le *possa* usare. La cosa sta così, ci sono principi teorici del modello di conoscenza, che noi utilizziamo per comprendere la relazione e agire nella relazione. Questi stessi principi generano delle tecniche, queste tecniche messe a confronto con alcune sindromi, hanno aiutato a vedere che c'erano delle organizzazioni cognitive comportamentali specifiche. Perché in fondo così abbiamo individuato le organizzazioni: notando i fallimenti delle tecniche. Il libro "*Cognitive Processes and Emotional Disorders*" (1983)<sup>19</sup> è nato così e lo diciamo nella prefazione. Usiamo le tecniche, vediamo i limiti, cerchiamo di capire perché e troviamo elementi di lettura dell'esperienza, che ci sembra di intravedere, specifici per ogni sindrome. Questo lavoro ha prodotto tecniche sempre più specifiche e queste tecniche, se usate bene, incidono sulla relazione, perché fanno sentire il paziente compreso ad un livello più profondo di quello del sintomo apparente. Ad esempio prevenzione per il fobico, ipertrofia di responsabilità personale per l'ossessivo. Quindi la ragione per cui il paziente si sente meglio è che si sente capito in qualcosa che davvero lo rappresenta e giustifica la specificità dei suoi disturbi e sottende il fatto che esistono quelle categorie nosografiche.

Questo volevo dire nell'esempio con la mia paziente, quella che curava la mia collega Kohutiana. Volevo dire che la collega, che è bravissima nel fare alleanze terapeutiche, è bravissima nel far credere alle persone, soggettivamente, che lei condivide ciò che loro stanno dicendo, lo fa di mestiere, una delle migliori professioniste che conosca, ha quantità elevatissime di successi terapeutici di cui sono testimone. Però in quel momento specifico della terapia mancava di una tecnica, di questo sono sicuro. Lo ho discusso con lei, lei non sapeva semplicemente cosa dire ad una paziente che le chiedeva: "ma cosa posso fare per passare sotto la galleria?" e siccome non lo sapeva, non ha notato, nonostante fosse molto brava, che la paziente aveva un bisogno di competenza e quindi ha realizzato un fallimento empatico, non ha condiviso il bisogno di competenza e l'ha incontrata sul bisogno di dignità: sei degna lo stesso anche se non usi il sottopassaggio. La paziente lo ha sentito come un fallimento empatico, la mia collega essendo

---

<sup>19</sup> Guidano V.F., Liotti G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. Guilford Press, New York.

molto brava si è accorta di aver fatto un fallimento empatico e ha ricostruito il perché: non sapeva che dirle, quando lei le diceva: “come faccio a passare sotto la galleria?”

Non è che lei la stava trattando e io la ho aiutata, è che una conoscenza che facciamo bene a trasmettere, sarebbe stata utile alla mia collega kohutiana. Probabilmente anche a noi che lo dovremmo fare di mestiere. Credo a questo punto di avere toccato tutti i punti che mi premevano.

**Bruno G. Bara:** io penso che Gianni stia facendo una ricostruzione storica che gli fa torto.

Quando Gianni con Vittorio Guidano, nel libro dell' '83 costruiscono la prima nosografia sistematica in chiave cognitivista della psicopatologia, la rivoluzione non è che dicono come fare. In quel libro la parte di come fare è una parte veramente minoritaria, quello che sconvolge il mondo psicoterapeutico è che siete riusciti a spiegare, usando concetti cognitivisti, come mai esistono i fobici, come mai esistono gli ossessivi. Per la prima volta si aveva il quadro di sviluppo dal bambino all'adulto di una sindrome, declinata in termini cognitivisti, questa è la rivoluzione. Che poi tu ci dica cosa fare con un fobico, lo leggo volentieri, ma è la parte tutto sommato più fragile del lavoro. La parte cruciale è che mi dimostri che è possibile farlo, compito infinitamente importante e invece nel farlo permetti che gli altri vengano dietro, che migliorino un concetto: l'insistere sul “E poi vi dico che cosa fare” non mi sembra la chiave.

Quello che serve al terapeuta che lavora con un paziente, soprattutto con un paziente difficile, è avere un'idea globale di che cosa può essere successo a questo paziente. Io continuo a pensare che il terapeuta nell' hic et nunc inventa continuamente spunti che, siccome nessuno si mette a definirle come tecniche, risultano un po' meno “tecnicose”. Ma non ho la sensazione che poi, fatta salva la desensibilizzazione sistematica, che secondo me è stata un vero colpo di genio, tutte le altre tecniche siano così lontane dalla prassi di un terapeuta esperto che semplicemente si metta a studiare in maggior dettaglio una certa patologia. Nel caso della mia paziente fobica che mi ristruttura uno schema classico, cosa fa? Mette i due pezzi in ordine diverso, logicamente anche da un punto di vista dello sviluppo personale. E' questo che io trovo faticoso all'interno di una stereotipia di tecnica, che non ti permette questi movimenti e nel momento in cui te lo permette, non è più una tecnica. Trovo più importante che tu mi spieghi come funziona un certo paziente e io a quel punto applicherò quello che mi viene in mente per facilitargli un certo passaggio. Gli concederò un gioco, gli concederò un' interazione di un certo tipo perché in quel momento mi sembra che gli faccia bene, poi magari gliela spiegherò due sedute dopo. Ci interrogheremo sul come mai si è dimostrato aggressivo con me, sul come mai ha cercato di farmi paura: aveva paura anche lui, cosa è successo ?,

Mi sembra più un fluire dell'interazione. Questo congelare con le tecniche io penso che sia utile dal punto di vista della sicurezza terapeutica, nel senso di qualche cosa che mi fa stare tranquillo come terapeuta, soprattutto come giovane terapeuta.

Che poi lo utilizzi o no mi sembra quasi secondario, non mi sembra quella la cosa fondamentale. Quello che io penso sia l'essenza della terapia, è lo schema esplicativo, quello che mi fa capire cosa sta combinando il mio paziente e quindi mi permette, insieme a lui, di provare a inventare qualche modo per scardinare quello che lo sta facendo stare male, quello che lo sta facendo soffrire.

Ora io non ho idea di come la mia paziente riuscirà a sequenzializzare questa faccenda del prima la sicurezza e poi l'esplorazione. Lei ha già avanzato un'ipotesi, ma mi sembra difficile: quella di scomparire per un giorno a settimana, rideva mentre diceva: “vado in Australia, prendo un elicottero e per un giorno sto in un posto dove nessuno mi conosce, quindi sto sei giorni in sicurezza, poi di nuovo mi sposto fisicamente e vado....”

**Giovanni Liotti:** allora non è fobica, se piglia l'aereo non è fobica, ha un'altra diagnosi, per me l'agorafobico è uno che non esce di casa, alla lettera, DSM IV, se manca quel pezzo non è fobica.



**Bruno G. Bara:** ha fatto tre anni di terapia, Gianni, poi scusa modestamente.....

**Giovanni Liotti:** però prima non lo prendeva l'autobus?

**Bruno G. Bara:** no, non lo prendeva...

**Giovanni Liotti:** perché questo è importante: perché è una fobica e prende l'aereo, allora penso: "non è fobica"

**Bruno G. Bara:** dice di prenderlo, ma lo dice scherzando. Nella fantasia dice: "prendo l'aereo", poi non lo prende. Però già fa la fantasia. Glielo farò rimarcare, lo sapevo che da te avrei imparato un sacco di cose, adesso quando torna giovedì le dico: "guardi che ha detto di prendere l'aereo", mi era sfuggito anche questo. Però vedete è la paziente che si inventa in qualche modo la cosa, in questo caso lo schema esplicativo, in un altro caso la tecnica. I pazienti si inventano le cose, se il terapeuta da loro la possibilità di farlo. A me sembra questa la chiave della faccenda. La stereotipia della tecnica è tranquillizzante. Io penso che le tecniche siano una specie di Jolly che ci è capitato come terapeuti cognitivi. Nel senso che siccome le tecniche sono l'unica cosa misurabile e siccome noi siamo gli unici che hanno costruito una terapia all'interno di una filosofia di ricerca, legata alla quantificazione prima e adesso alla misurazione qualitativa, siamo gli unici che hanno questi strumenti e allora siamo gli unici che dicono: "ecco qua noi arriviamo a settanta", gli altri chi lo sa?

**Giovanni Liotti:** potrebbero arrivare a cento, certo.

**Bruno G. Bara:** però non si sa! Noi siamo gli unici che siamo sintonici con un mondo scientifico che usa certi strumenti. Quindi noi possiamo parlare di misurazione qualitativa delle frequenze di un comportamento. Abbiamo la struttura mentale che ci permette di farlo, ma è una specie di strano vantaggio, quindi sono un po' prudente nel dire che siamo migliori. Siamo gli unici che siamo sottoponibili a misurazione.

E' come se noi fossimo gli unici misurabili, ed essendo gli unici misurabili facciamo un figurone. E' lì l'inghippo, quindi sono un po' perplesso nel dire siamo i migliori, bisogna stare attenti a dire: c'è una misurazione di efficacia, noi siamo i migliori. No, noi siamo gli unici che .....

**Giovanni Liotti:** scusa l'interruzione. Il problema non è questo, è che abbiamo indotto gli altri a farlo, lo stanno facendo anche i colleghi analisti. Questa è una grossa cosa, secondo me. Siamo stati i primi, ma non siamo più gli unici. E per esempio la terapia interpersonale della depressione batte la terapia cognitiva. Questo studio controllato è stato fatto, è così, di poco ma la batte. E la terapia di Fonagy del borderline probabilmente batte la terapia cognitiva comportamentale di Marsha Linehan. Marsha Linehan l'ha dimostrato nel '93, che la sua terapia era efficace, e Fonagy<sup>20</sup> ha dimostrato la probabile maggior efficacia della propria nel '99, l'anno scorso.

Quindi assolutamente d'accordo sul fatto che altri modelli terapeutici possano batterci in questa gara, ma la cosa interessante è che abbiamo permesso la gara, quindi abbiamo tirato fuori la psicoterapia dall'ermeneutica. Tanto per dirla chiara a proposito del costruttivismo radicale.

---

<sup>20</sup> Fonagy P, Target M. Attaccamento e funzione riflessiva. Raffaello Cortina, Milano, 2001.

**Bruno G. Bara:** io non ho una particolare etichetta da difendere, non mi ci ritrovo neanche particolarmente. Certamente sono costruttivista, ma non costruttivista radicale. Ora Gianni ha ragione quando a voce stentorea e quasi senza giacca, dice che il bambino non ad un anno, ma ad un mese in qualche modo realizza l'idea di condivisione con la madre e il padre, perché quando papà lo butta in alto e lo ripiglia c'è la condivisione anche con papà, diamoci anche un po' di merito. Quindi il bambino realizza il concetto di condivisione. Però, Gianni, primo noi come terapeuti lavoriamo con le parole, non lavoriamo con altro. Secondo, il concetto di soggettività della condivisione dal punto di vista analitico è inattaccabile. Quando io comincio a sviluppare certi concetti cognitivi, non tanto linguistici, ma proprio cognitivi e vado nel mondo, io comincio a scoprire che io credo di condividere qualcosa con qualcuno, ma non posso avere accesso diretto agli stati mentali altrui, e quindi è sempre un'assunzione soggettiva. Tanto è vero....Ma non ti dispiacere così! Altrimenti rischiamo le situazioni dove a fronte di un'illusione di condivisione oggettiva segue la delusione di scoprire la non condivisione, come nelle crisi tra marito e moglie dove emerge il tema del "credevo di conoscerla... ho sempre pensato che mia moglie..." e quando si scopre di avere delle zone non condivise crolla il mondo. Se invece in qualche modo accetti questa possibilità poi ci sono tantissimi modi per emotivamente ovviare a questa tragedia di consapevolezza. Ma la consapevolezza è consapevolezza: a me piacerebbe molto essere più giovane, più bello, intelligente come te, però mi accontento e la consapevolezza mi aiuta, dopodiché tu hai ragione abbiamo un arresto emozionale che per fortuna ci permette di andare in interazione significativa, però dal punto di vista astratto analitico, mi spiace ma trovo difficile pensare un'alternativa...

**Giovanni Liotti:** sul piano astratto va benissimo..

**Bruno G. Bara:** volevo difendere il concetto astratto: come facciamo ad avere una sicurezza della condivisione, io "penso di" ma non posso averne certezza

**Giovanni Liotti:** sul piano concreto puoi averlo...

**Bruno G. Bara:** sul piano emozionale dell'interazione d'accordo: ci può essere un'uscita emotiva o una consapevolezza cognitiva.

**Giovanni Liotti.** allora caro Bruno continuiamo con i dissensi, perché molti consensi li abbiamo individuati e mi sembra siano apparsi abbastanza chiari. Ti propongo un primo dissenso: tu sostenevi che in fondo tutte le tecniche che sono state proposte, nella loro semplicità, non sono lontane dalla prassi di un qualunque terapeuta esperto, quindi questo grande contributo delle tecniche non c'è stato.

Dicevi anche un'altra cosa di cui ti ringrazio: riguardo al lavoro che abbiamo fatto con Vittorio Guidano sulle organizzazioni cognitive: che è importante perché ci permette di comprendere il mondo interiore di un'altra persona, perché partendo da una configurazione sintomatica abbiamo un passo più veloce nell'immaginare cosa può sentire o provare rispetto aspetti fondamentali della costruzione di significato della vita umana, rispetto alle relazioni affettive, alle separazioni, le nascite, le morti, e chi più ne ha più ne metta.

Io effettivamente non rinnego affatto quel valore, dico soltanto che le tecniche sono un'ulteriore strumento che mi permette di incontrare il paziente ancora prima di parlare della sua sensazione di solitudine e costrizione, che si alternano nei legami affettivi, se ha un'organizzazione di tipo fobico. Prima di arrivare a quel livello lo posso incontrare dov'è, e incontrandolo lì e grazie al fallimento della tecnica – inesorabile, sicuro – ci troviamo a incontrarci su un passo successivo sul perché è fallita la tecnica? Perché non risolve, anzi, nel suo fallimento evidenzia un'altra area di esperienza che si apre all'indagine.

E, se tu ricordi, l'organizzazione cognitiva all'inizio si era modellata sull'idea di Lakatos (1970)<sup>21</sup> di una triplice struttura dei programmi di ricerca scientifica, ecco le tecniche si muovono a livello periferico, poi c'è la cintura protettiva dove ci sta tutto il resto, per cui tu discutevi con la paziente fobica di molto altro, anche da individuare da persona a persona. Rivendicavo alle tecniche, il titolo di giusto modo di accesso all'esperienza quotidiana, che è quella con cui i pazienti arrivano, soprattutto quando essa è drammatica.

Le tecniche poi, hanno un valore formativo perché formano la comunità degli psicoterapeuti alla necessità di dimostrare pubblicamente cosa fanno. E questo per me è importante.

Secondo me fra breve avremo due partiti trasversali che attraversano tutte le scuole psicoterapeutiche: uno è il partito di chi intende sottoporre le proprie teorie, le proprie ipotesi al vaglio della ricerca empirica della scienza moderna classica popperiana; un altro è il partito degli ermeneuti, i quali dicono: "non c'è nessuna possibile condivisione alla base, perché ogni narrazione ha una sua dignità," cioè il mondo del costruttivismo radicale, dell'ermeneutica, del pensiero post-modernista. Questo altro mondo di psicoterapeuti probabilmente prenderà questa posizione, legittima, intelligente, e sarà una bella dialettica.

Ci sarà una bella dialettica tra questi due mondi psicoterapeutici che, secondo me, attraverseranno psicanalisi, cognitivismo, terapie familiari sistemiche, terapie di gruppo, persino terapie umanistico esistenziali. Ma questo è un altro discorso.

Tutte le tecniche, dicevi, non sono lontane dalla prassi del terapeuta esperto, cioè in ultima analisi non c'è un contributo conoscitivo alla psicopatologia data dalle tecniche di terapia cognitiva e comportamentale.

Dissentito fortemente: faccio due esempi.

Quanti pazienti ossessivi ieri e oggi presentano il loro problema e vedono il terapeuta che lavora sui pensieri ossessivi di tipo intrusivo e non sulle compulsioni come prima base di intervento?

Dice il paziente: "mi lavo molto le mani perché penso all'AIDS." Ed il terapeuta indaga:

"Pensi all'AIDS, che idea hai della sessualità? Come vivi la tua sessualità?"

Il pensiero intrusivo dell'AIDS è connesso al modo di vivere la sessualità", lì incomincia il lavoro.

Il paziente resta inesorabilmente ossessivo, come sappiamo con altissima probabilità: si stima che con un dieci per cento al massimo dei pazienti ossessivi possa giovare di questo tipo di cura (non è una stima basata su ricerche consolidate, ma è del tutto plausibile).

Il paziente, cioè, continua a soffrire, a lavarsi le mani, mentre impara tante cose sulla sua sessualità e non importa come venga trattato perché anche il cognitivista che affronta il disturbo a partire dal significato dei pensieri intrusivi ha un paziente che resta ossessivo. Non importa che venga fatta un'interpretazione che in ultima analisi miri a ricostruire un dramma edipico o pre-edipico, oppure che venga esaminata la struttura attuale della sessualità del paziente che ha paura di contrarre l'AIDS.

Il punto è che si lavora sul pensiero intrusivo e non sul rituale di neutralizzazione conseguente: cos'ha dato prima la terapia comportamentale ed ora la terapia cognitiva? la prova che bisogna lavorare sul rituale di neutralizzazione prima, e solo dopo, se si dà il caso, si arriva al pensiero intrusivo.

E questo è un notevole contributo di conoscenza sulla struttura dei disturbi, sulla forma della psicopatologia, su come la psicopatologia non solo nasce ma si mantiene. Perché vero è che la patologia ossessiva potrebbe nascere per una conflittualità che si riflette nel pensiero intrusivo (potrei avere contratto l'AIDS lasciandomi andare ai miei desideri sessuali, potrei lasciare la porta aperta, e allora magari entrano i ladri e violentano mia moglie e le mie figlie: in tutti e due i casi, potrebbe esserci un conflitto fra miei desideri di proteggere e miei desideri di danneggiare), ma poi ciò che mantiene il disturbo è il rituale. Il rituale di chiusura della porta, il rituale di lavaggi e docce prima di incontrare un altro essere umano dell'altro sesso o dello stesso sesso: quel rituale, agganciato al pensiero di responsabilità, mantiene la sintomatologia e quello deve essere aggredito

---

<sup>21</sup> Lakatos I., Musgrave A. (1970). Criticism and the growth of knowledge. Cambridge University Press, Cambridge. (trad. It. Critica e crescita della conoscenza. Feltrinelli, Milano, 1976).

per primo se si vuole sperare di avere un risultato positivo in tempi ragionevoli e non biblici (diciamo qualche mese di terapia), per vedere almeno qualche riduzione del comportamento ritualistico.

Con la stessa filosofia un altro contributo enorme è la prova che quando lavori con una paziente bulimica che vomita, devi incominciare dal vomito non dal perché mangia troppo, le devi dire: “non va bene. Non vomitare più!”, e lo stesso vale per i pazienti borderline gli devi dire: “non ti fare più male! non ti suicidare!” cioè le tue tecniche devono lavorare lì.

Dimostrato che lavorando lì, i risultati clinici si vedono, noi abbiamo acquisito una conoscenza della psicopatologia che il clinico classico non aveva. Quindi non è affatto vero che tutti i clinici arrivano tranquillamente alle medesime conclusioni, anzi, proprio in questi tre campi: bulimia con vomito, o seguita da comportamenti di eliminazione, disturbi ossessivo compulsivi e disturbi borderline, cioè sui disturbi con più autolesività, è dimostrato il contrario. E questo è stato dimostrato con le tecniche, altrimenti avremmo continuato a lavorare sui significati del pensiero intrusivo: prima sembrava ovvio farlo, ma a questo punto delle nostre conoscenze è un errore che si può stimare come di grado sufficiente da postulare un intervento iatrogeno, cioè un danno che si fa al paziente per l’omissione di una cura migliore.

Mi pare di avere detto molto chiaramente quello che penso dell’idea che le tecniche sono in fondo accessibili o non lontane dalla prassi di qualunque psicoterapeuta esperto. Ma quando mai? Decine e centinaia di terapeuti sicuramente geniali hanno lavorato sul significato dei pensieri intrusivi e non sui rituali di neutralizzazione. E ancora lo fanno.

Tu dicevi, anche se inesorabilmente su un piano astratto: “non si può che avere una percezione soggettiva che l’altro ha condiviso qualcosa che gli porgevo nella comunicazione”. Sul piano astratto, e della logica formale che è basata sull’idea che noi possediamo una coscienza soggettiva, individuale del tutto indipendente, dalla relazione con l’altro e precedente ad essa. Non sul piano di una teoria evoluzionista che vede la coscienza nascere dalla relazione o su un’epistemologia che afferma il primato ontologico della relazione sull’esperienza soggettiva, un’epistemologia fra l’altro che è sostenibile con buoni argomenti.

Su questo ho scritto un libro “*La dimensione interpersonale della coscienza*” (1994)<sup>22</sup> cercando di indicare alcuni di questi numerosi argomenti, per altro non esclusivamente cognitivisti, vedi il movimento intersoggettivista in psicanalisi: Fosshage, Lichtenberg, Lachman (1996)<sup>23</sup> e, più ancora e più radicalmente Stolorow (1994)<sup>24</sup>. Quindi non è una qualifica cognitivista questa teoria del primato dell’intersoggettività sulla soggettività individuale, ma c’è un’ampia percentuale di persone che da sempre dicono: “no, un momento, la relazione precede l’esperienza soggettiva. Senza una relazione non ci sarà mai alcuna esperienza soggettiva”. Quindi è già un postulare un primato ontologico dell’esperienza soggettiva ciò che rende inesorabile ciò che tu dici, cioè che “tanto per forza, astrattamente, io mi aspetto soggettivamente che tu abbia condiviso...”

Esiste un altro modo di vedere per cui non è affatto scontato che le cose stiano così.

Inoltre su un piano molto più pratico ed empirico (e tu su questo mi sembravi d’accordo, vorrei ribadirlo), io dicevo che la menzogna è possibile solo nel mondo della parola, mentre tu mi stai parlando della patologia della menzogna.

Certo che l’altro mi può dire, a parole, “condivido”, mentre non è vero.

È certo che con le parole l’altro può trarmi in inganno, ma non può, facendo questo, evitare le conseguenze patogene della menzogna. Ricordo quanto è stato scritto nel mondo occidentale sulla patologia che consegue la menzogna, a cominciare dal *De mendacio* di Agostino per finire agli

---

<sup>22</sup> Liotti G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Nuova Italia Scientifica, Roma.

<sup>23</sup> Lichtenberg J.D., Lachmann F.M., Fosshage J.L. (1996). *The clinical exchange*. The Analytic Press. (trad. It. *Lo scambio clinico: la teoria dei sistemi motivazionali e I nuovi principi della tecnica psicoanalitica*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000).

<sup>24</sup> Stolorow R., Atwood G., Brandchaft B. (1994). *Trad. it. La prospettiva intersoggettiva*. Borla, Roma, 1996.

scritti di Buber (1995)<sup>25</sup> sul fatto che la menzogna è lo specifico male che l'uomo introduce nel mondo, perché nel mondo naturale ci sono i virus, i terremoti, le guerre, le bestie feroci, e questo è il male del mondo naturale, ma solo nel mondo della mente umana può comparire quel particolare male che è creato dalla menzogna.. Allora certo che esiste il male determinato dalla menzogna ed è un male con la "M" maiuscola, diffusissimo perché chiaramente tutti mentiamo. Non possiamo addentrarci in questo tema, ma cominciamo almeno ad indicare che quello che tu affermi è un'analisi della portata e dell'importanza della patologia della menzogna.

**Bruno G. Bara:** il libro più bello che ho letto quest'anno è di *Andy Clark (1997<sup>26</sup>)*, "*Being There*" (Dare Corpo alla Mente): un libro sul fatto che noi non siamo in una condizione disincarnata, ma siamo esseri nel mondo, quindi la mente sta nel cervello, il cervello sta in un corpo, in questo specifico corpo che ha due gambe, due occhi, due orecchie: sarebbe molto diverso avere lo stesso cervello ed essere nel corpo di una seppia o di un delfino; infine siamo anche all'interno di un ambiente fisico particolare che è quello del nostro pianeta. Ci sono spunti importanti sull'importanza dell'azione nel mondo: quando tu dici che le tecniche ci insegnano che di un ossessivo dobbiamo stare attenti all'agito, a quello che la persona fa, non soltanto al pensiero intrusivo o magari alle determinanti o alle ragioni per cui sta anticipando o spiando qualcosa. Io credo che questo sia riassunto nell'insegnamento di stare molto attenti a quello che il paziente fa, non solo a quello che presenta e racconta. Non è una tecnica. Quando agli allievi insegno: con un paziente ossessivo, l'aggancio all'interno delle prime sedute è aiutato dal fatto che, quando il paziente inizia la narrazione del suo sintomo, tipicamente immaginando che il terapeuta si annoierà, perché ha sempre avuto l'esperienza che le persone si annoiano alle sue descrizioni infinite di come esegue i suoi rituali, il terapeuta dica: "non sia così superficiale. Fermo lì! Come è il suo lavarsi le mani? Che marca di sapone usa? Acqua calda o fredda?"

Questa non è una tecnica, è il terapeuta che la sa lunga sul fatto che deve stare attento a un certo comportamento e al fatto che se lui cerca di saltare il comportamento per andare ai determinanti, con i pazienti con una organizzazione ossessiva, non incontra il paziente, nel senso che l'agito ossessivo "è" la persona, non è separabile. Quindi se tu dici: "non mi dire come esegui il rituale", è come se tu gli negassi l'esistenza e quindi ti sei perso la relazione, nei miei termini.

E' esattamente come se a un paziente psicosomatico tu chiedessi cosa prova in questo momento. Che ne sa lui, ti risponderà che non prova niente. Dice: "niente! Sto bene" oppure "sto male" ma è perché gli stai parlando con un linguaggio che non è il suo. Se cominci a chiedere: "sente caldo o freddo?" comincia a capire cosa tu vuoi sapere da lui, perché il suo linguaggio è legato alla fisicità del corpo.

Si deve comprendere che un paziente ossessivo si esprime attraverso il sintomo, un paziente psicosomatico si esprime attraverso il corpo e i disordini alimentari psicogeni si esprimono attraverso l'ingerire e l'espellere cibo in un certo modo. Cioè capire quale è lo specifico linguaggio di ciascun paziente, e quindi spostare l'aggancio sul suo linguaggio e solo poi, lentamente, si può leggere il senso: ma all'inizio il terapeuta deve parlare il linguaggio del paziente.

Siamo noi che inizialmente andremo sul suo terreno, poi cercheremo di fare delle modifiche, che sono quelle terapeutiche, ma all'inizio se un terapeuta non è capace di parlare il linguaggio del suo paziente fallisce banalmente l'aggancio.

Mi sembra che tu stia dicendo che uno strumento è quello delle tecniche, ma uno strumento altrettanto valido è quello di sapere che cosa sta dietro a un'organizzazione ossessiva, a un'organizzazione psicosomatica, a un'organizzazione di disordine alimentare, e così via. E questo ti detta poi come ti poni in relazione con il paziente.

---

<sup>25</sup> Buber M. (1995). Il principio dialogico. Edizioni IRSeF, Pavia.

<sup>26</sup> Clark A. (1997). Being There. The MIT Press. (trad. It. Dare corpo alla mente. Mc Graw Hill, Milano, 1999)

Prima o poi, si arriva a fare delle cose che possiamo chiamare tecniche, ma mi sembra un passaggio non così immediato, non il punto chiave.

Io credo che sia importante quello che dici rispetto alla coscienza: è vero, tu sostieni, che la coscienza nasce in base all'essere in relazione, mentre certamente quello che penso io è che noi abbiamo delle strutture genetiche che sono già duali.

Io penso che noi partiamo con delle strutture genetiche che sono date da subito, senza dover fare nessuna operazione di tipo cognitivo, sono lì pronte ad attivarsi non appena possibile, attraverso le quali noi ci mettiamo in relazione.

La conoscenza condivisa è la prima di queste. Quindi noi, come strutture genetiche mentali, non abbiamo soltanto credenze sul mondo ma anche credenze su quello che entrambi pensiamo del mondo, da subito, non abbiamo bisogno di costruircele.

Penso che di queste qualcuna sia duale, qualcuna individuale e che siano delle strutture primitive, che poi, costruiranno le strutture più complesse.

Io ho letto con attenzione quello che tu hai scritto e penso che sulle primitive duali siamo totalmente d'accordo; sull'idea che strutture più complesse siano predisposte geneticamente ho i miei dubbi, ma se invece diciamo che sono costruite sulla base di primitive sono completamente d'accordo.

Però è un terreno dove la dimostrazione comincia ad essere complicata. Mentre sul fatto che noi abbiamo certe primitive, la dimostrazione sperimentale è un po' più semplice: se un bambino è in grado di fare una certa cosa prima che la struttura teoricamente cognitiva sia costruibile, vuol dire che il bambino non impara ma utilizza un meccanismo predisposto.

Quindi se noi scopriamo che un bambino è in grado di dire o di segnalare alla madre che entrambi pensano una certa cosa molto prima di avere le strutture mentali dell'incassamento cognitivo, vuol dire che tale capacità è innata, non può averla imparata da nessuna parte.

Concedimi una difesa ancora dell'azione e del fatto che sia le strutture condivise che quelle individuali non dipendono strettamente dal linguaggio, perché è vero che il linguaggio arriva tardi, ma noi non mentiamo soltanto con il linguaggio. Giuda non ha mentito con un linguaggio quando ha dato il bacio a Gesù. Abbiamo delle azioni mendaci che sono assolutamente equivalenti: all'interno della relazione io so che tu dai questo senso a questa mia azione, io volutamente ti faccio credere che questo senso è condiviso mentre invece la mia intenzione pratica è diversa.

E questo lo possiamo fare anche con un'azione, non abbiamo bisogno di una parola.

A me sembra che il linguaggio sia uno dei modi con cui noi possiamo creare significati non condivisi, ma non l'unico: esiste la comunicazione extralinguistica, gestuale, che è ancora più basilica, più essenziale.

Il linguaggio è importante nell'insegnare ai terapeuti perché i terapeuti poi dal linguaggio devono passare, però dato che il nostro strumento principale è il linguaggio. Non è come tra due amici, due amanti, fra genitore e figlio.

Può voler dire anche lavorare nel silenzio, però in un silenzio comunicativo.

Quindi quando io dico che il terapeuta lavora con il linguaggio non penso che sia l'unica cosa, ma mi sembra davvero un passaggio obbligato per noi terapeuti.

**Giovanni Liotti:** credo sia importante separare linguaggio e comunicazione. Questa fra l'altro è un pezzo della nostra tradizione riconosciuto come importante anche dagli psicoanalisti che si sono occupati di psicologia cognitiva, per esempio Wilma Bucci (1997)<sup>27</sup>.

Il fondamento del cognitivismo è sostanzialmente fornire una scaffalatura per identificare i diversi tipi di conoscenza: come voi sapete c'è una conoscenza implicita, procedurale che in qualche modo rassomiglia alle vecchie "abilità percettivo – motorie" con l'aggiunta dell'esperienza emozionale

---

<sup>27</sup> Bucci W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science*. The Guilford Press, New York. (trad. It. *Psicoanalisi e scienza cognitiva: una teoria del codice multiplo*. G. Fioriti Editore, Roma, 1999).

possibile. E questa è una dimensione conoscitiva autonoma, indipendente e che ha al suo interno possibilità elaborative complesse, precede il linguaggio e l'accompagna per tutta la vita: il sorriso, le lacrime, non sono qualche cosa che noi scegliamo di fare con le parole e sono potenti vettori di comunicazione e di esperienza soggettiva. Il cognitivista le studia non come emozioni staccate dai processi conoscitivi, ma come processi conoscitivi che non ci sono sempre stati nella storia della vita e compaiono in un preciso momento dell'evoluzione: nei rettili non sono presenti poi cominciano a comparire.

L'evoluzionismo diventa lo strumento con cui possiamo comprendere il valore conoscitivo di questi processi. Popper (1990)<sup>28</sup> ce ne fornisce la base filosofica con la sua epistemologia evoluzionista quando dice che l'occhio è una teoria della luce, che l'orecchio è una teoria degli aspetti sonori del mondo, che ogni organo anatomico ha un valore conoscitivo. Tanto più le emozioni. Lorenz (1968)<sup>29</sup> ci dice che lo zoccolo del cavallo è una rappresentazione e quindi una cognizione del terreno, dal punto di vista degli evoluzionisti.

Gli evoluzionisti che si occupano di genetica ci dicono che il 100% del comportamento umano è innato e il 100% del comportamento umano è appreso e che i geni sono una rappresentazione dell'ambiente, frutto di apprendimento, ma in una scala temporale molto più ampia attraverso il meccanismo, per esempio, della selezione - variazione - mutazione.

Non è un caso parlare di epistemologia evoluzionista: vuol dire pensare alla vita in termini di conoscenza, come in biologia. L'epistemologia evoluzionista può adattarsi molto bene, secondo i cognitivisti, al lavoro clinico, al lavoro di costruzione della psicopatologia. Questo è importante per non creare confusione parlando di linguaggio, per cui è meglio per noi parlare di comunicazione proprio perché è un costrutto più ampio; studiamo anche l'evoluzione dei sistemi comunicativi, quelli che compaiono negli uccelli per esempio, e prima non c'erano. Poi naturalmente anche la conoscenza mediata dal linguaggio. Quindi da un lato c'è una conoscenza implicita o tacita, dall'altro quella detta esplicita oppure dichiarativa, la quale si aggancia al linguaggio: non è ancora necessariamente parola ma è pronta a diventarlo, mentre quella implicita è radicalmente staccata dal linguaggio.

Io posso comunicare con un gesto e posso non saper dire come faccio a fare quel gesto. So comunicare con quel gesto perché fa parte della mia conoscenza implicita e procedurale.

Le parole aggiungono e nell'aggiungere introducono un mondo enorme di crescita culturale e comunicativa e introducono la possibilità della menzogna. Il fallimento della condivisione in psicoterapia di cui parla Bruno come avviene?

Tu puoi anche sorridermi con un sorriso falso e simulato, ma io ho gli organi di senso emozionale che mi fanno riconoscere il sorriso falso da quello non falso.

Il problema nasce quando tu mi menti con le parole, che non implicano, la potenza della mimica, che può essere falsata ma risultando in genere riconoscibile come falsa.

Sul piano verbale è molto più difficile, talora bisogna essere afasici per accorgersi immediatamente e facilmente che chi sta parlando mente, come descrive Oliver Sacks (1986)<sup>30</sup> nel suo aneddoto sugli afasici che sentono il discorso del Presidente Reagan: solo gli afasici in ospedale si mettono a ridere perché si accorgono che Reagan sta mentendo clamorosamente, tutti quelli che non sono afasici invece, grazie alla parola, lo ascoltano e credono che lui condivida le loro preoccupazioni sullo stato dell'Unione, sullo stato del Paese.

**Bruno G. Bara:** riprendendo per concludere il tema delle tecniche. Io penso che nulla che serva debba essere escluso. Se io mi accorgo che un paziente si giova del fatto che in sala d'attesa c'è

---

<sup>28</sup> Popper K.R. (1990). A world of propensities. (trad. It. Verso una teoria evoluzionistica della conoscenza. Armando Editore, Roma, 1994).

<sup>29</sup> Lorenz K. L'anello di re Salomone, Adelphi, Milano, 1968.

<sup>30</sup> Sacks O. (1985). The man who mistook his wife for a hat. (trad. It. L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello. Adelphi, Milano, 1986).

acqua minerale, io compro acqua minerale. Se una cosa funziona la si fa, perché il paziente se ne giova o perché il terapeuta se ne giova, come alcune norme del setting che servono a noi per lavorare più tranquilli. Quindi, fatte salve ovviamente le consuete norme deontologiche, qualunque cosa sia utile va benissimo che si faccia. Credo che se tu all'interno di un discorso utilizzi un sapere strutturato, sapere che altri terapeuti sono riusciti a costruire, e tu questo sapere lo apprendi, lo fai tuo e lo applichi con un tuo paziente, sia impeccabile.

Credo che la terapia imponga innanzitutto conoscenza generale sull'uomo. Noi prima di andare a fare qualunque forma di terapia dobbiamo sapere che c'è il cervello, che il cervello ha due emisferi, c'è un emisfero destro e un emisfero sinistro, e poi tutte le conoscenze fondamentali. Se noi non sappiamo queste cose, secondo me, facciamo una terapia quanto meno non ottimale. Tutte le conoscenze disponibili all'interno del paradigma che ciascuno riconosce come suo, vanno usate in terapia, altrimenti la mia terapia non è buona quanto potrebbe essere. Qualunque cosa tu faccia discendere da questa conoscenza generale paradigmatica, è importante e va utilizzata.

Anche l'applicazione di una procedura fissa talvolta può far comodo, e se il paziente se ne giova va benissimo, ma non penso che determini il salto di qualità. Può aiutare a un certo livello, a un certo momento della terapia, ma non fa la differenza. Come aiutano tante altre cose, ad esempio l'accorgersi che il paziente ti sta sottoponendo a una prova per vedere se tu lo accudisci, oppure lo ami, o stai abusando di lui, o lo stai invadendo.

Sono tutti passaggi che se fallisci possono farti perdere un paziente. Il drop-out si verifica nel momento in cui tu non riconosci un'importante gioco che il paziente ti sta proponendo e gli riproponi una situazione che per lui risulta essere un ritornare ad una struttura patologica che ben conosce. Quindi mi sembra che tantissime siano le cose che ci servono, e in quest'ottica se anche la tecnica ti serve, ti è utile, tranquillissimamente si usa.

Io sto obiettando all'idea di renderle strumenti oggettivi, perché non sono oggettivi, proprio perché il senso delle tecniche è dato dall'uso specifico con quel paziente. Una qualunque tecnica che vi venga in mente, non è la stessa quando la usate con il paziente  $\alpha$  e  $\beta$ : secondo me sono diverse perché ne avete costruito un senso diverso col paziente  $\alpha$  e col paziente  $\beta$ .

Io mi irrigidisco sulla tecnica nel momento in cui sembra che ci sia la tecnica Y che tu usi con tutti e non ci credo, semplicemente non ci credo, ciascun paziente è diverso e rende diversa la tecnica. Se tu tenti l'applicazione sistematica della tecnica Y fallisci perché vuol dire che tu prescindi dal paziente, e quindi non la stai costruendo con lui, ma stai applicando un qualche cosa di prefissato che rende la tua prestazione non buona quanto avrebbe potuto essere. Il mio è un uso rilassato della tecnica, nel momento in cui tu la reifichi mi preoccupa, se invece la proponi come costruita con il paziente dandole un senso condiviso divento d'accordo.