

PARLAR DI SÉ
CON UN ESPERTO DEI SÉ

**L'elaborazione delle narrative personali:
strategie avanzate di terapia cognitiva**

Silvio Lenzi, Fabrizio Bercelli

ECLIPSI

Collana *Scienze Cognitive e Psicoterapia*, con la Supervisione Scientifica dell'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva (IPSICO, Firenze)

Parlar di sé con un esperto dei sé
L'elaborazione delle narrative personali: strategie avanzate di terapia cognitiva

Videoimpaginazione: Camilla Romoli

Copyright © 2010 Eclipsi di IPSICO
Via Mannelli 139
50132 Firenze
Tel. 055-2466460
www.eclipsi.it

ISBN: 978-88-89627-05-1

I diritti di traduzione, di riproduzione, di memorizzazione elettronica, di adattamento totale e parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i paesi.

GLI AUTORI

SILVIO LENZI, psichiatra e psicoterapeuta, didatta della Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale. Direttore della Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva e docente di Psicodiagnostica all'Università di Siena. Presidente dell'Associazione *Sinesis*, Centro per la Ricerca in Scienze e Terapie Cognitive. Ha pubblicato con Giannantonio il volume *Il disturbo di panico. Psicoterapia cognitiva, ipnosi e EMDR* (Raffaello Cortina Editore, 2009) e numerosi articoli e saggi su libri e riviste nazionali e internazionali.

FABRIZIO BERCELLI, professore associato fuori ruolo all'Università di Bologna. Psicoterapeuta familiare e cognitivo. La sua disciplina di riferimento è l'Analisi della Conversazione. Ha pubblicato con Leonardi e Viaro il volume *Cornici terapeutiche. Applicazioni cliniche di analisi dell'interazione verbale*. Fra le pubblicazioni più recenti con Rossano e Viaro: *Clients' responses to therapists' reinterpretations*, in *Conversation Analysis and Psychotherapy*, a cura di A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen e I. Leudar, Cambridge University Press, 2008.

SOMMARIO

Prefazione (G. Stanghellini)	1
Introduzione	5

PARTE I. LE ATTIVITÀ CONVERSAZIONALI DI BASE

1 Come il terapeuta conduce la seduta	15
1.1 Premesse di metodo	15
1.2 La conduzione della seduta	18
1.3 Alcuni frame terapeutici	24
1.3.1 Il frame “indovina il tuo segreto”	25
1.3.2 Il frame “verifica la mia ipotesi su di te”	28
1.3.3 Il frame “dell’ornitorinco”	30
Postilla I. Analisi dettagliata di un brano	34
Postilla II. Glossario delle mosse da esperto del terapeuta	37
2 Come terapeuta e paziente parlano di un problema personale: l’indagine	43
2.1 La definizione del problema e la costruzione del frame di indagine	45
2.2 Lo sviluppo dell’indagine su come sono andate le cose	47
2.3 La rievocazione di episodio	50
2.4 Ulteriori aspetti della rievocazione di episodio	54
2.5 La ricostruzione di episodi come tecnica terapeutica	60
3 Come terapeuta e paziente parlano di un problema personale: dall’indagine alla ridefinizione	63
3.1 Indagine e ridefinizione	65
3.2 A cosa mostra di essere finalizzata l’indagine	69
3.3 Ulteriori aspetti di indagine e ridefinizione	73
3.4 Indagine storica e ridefinizione comparativa	76
3.5 La riformulazione del problema	80
3.6 Forme conversazionali e processo terapeutico	84
4 Come terapeuta e paziente si accordano sul procedere in seduta	91
4.1 Cosa l’Analisi Conversazionale intende per <i>attività</i>	93
4.2 Tipi di attività rilevate in un corpus di sedute trascritte	95
4.3 L’attività di accomodamento procedurale: brani esemplificativi	98
4.4 L’importanza clinica dell’accomodamento procedurale	103

PARTE II. VARIANTI DEL METODO E APPLICAZIONI PARTICOLARI

5 Il frame del racconto	107
5.1. Il racconto	107
5.2. Indagine ed elaborazione	110
5.3. Inserti didattici	115
5.4. Mosse al momento opportuno: mosse opportune?	116
6 L'indagine riflessiva	119
6.1 Introduzione: nel mormorio continuo delle storie	119
6.2 Una metodologia integrata per lo studio delle conversazioni terapeutiche	121
6.3 Analisi e tipizzazione di una modalità di indagine	122
6.4 La rielaborazione cognitiva delle narrative personali	136
7 Una terapia "lampo"	139
7.1 La descrizione di un intervento terapeutico	139
7.2 I contenuti e l'organizzazione complessiva della seduta	141
7.3 Analisi del frame di indagine	143
7.4 Analisi del frame di ridefinizione	150
8 L'elaborazione di esperienze psicotiche	157
8.1 Conversare sulle "voci"	157
8.2 Esempificazioni della realizzazione dei frame di seduta	158
8.3 Le attività di una seduta con una paziente con sintomi psicotici	164
8.4 Il modo di parlare delle "voci" può influire su di esse?	168
8.5 Quale ruolo per l'elaborazione dell'esperienza soggettiva nella psicoterapia delle psicosi?	171

APPENDICI

Appendice A. Psicoterapia cognitiva ed elaborazione delle narrative personali	175
1. Introduzione	175
2. Aspetti clinici e tecnici della "moviola"	177
3. Aspetti terapeutici dell'elaborazione delle narrative personali	183
Appendice B. I fenomeni della conversazione e il processo terapeutico	191
1. Il cognitivismo clinico e la natura della conoscenza personale	191
2. Orientamento all'azione e orientamento epistemico dei resoconti fattuali	196

3. Una proposta per l'ordinamento dei fenomeni della conversazione terapeutica	199
Appendice C. TAPP: una conversazione guidata intorno ad un problema personale	205
1. Riferimenti teorici	206
2. Struttura generale dell'intervista	207
3. Cenni sulle modalità di classificazione	208
4. I formati dell'intervista	210
5. Breviario delle istruzioni interattive e conversazionali	214
BIBLIOGRAFIA	219

PREFAZIONE

Prima che Silvio Lenzi e Fabrizio Bercelli mi invitassero a scrivere la prefazione di questo libro sospettavo l'esistenza di numerosi punti di contatto tra il cognitivismo di matrice costruttivista e l'ermeneutica fenomenologica. Avevo avuto modo di conoscere e apprezzare il contributo della nuova generazione di cognitivisti, prima organizzando con Giampiero Arciero e Alessandro Bertolino un master intitolato *Costruttivismo, Fenomenologia e Neuroscienze*, e poi conducendo presso la SPBC con lo stesso Lenzi un altro master in *Fenomenologia Clinica*, durante il quale Silvio e io abbiamo avuto modo di accordare voci e strumenti.

La lettura di *Parlar di sé* mi ha convinto che i punti di contatto non sono frutto di semplici coincidenze. Mi sono accorto che condividiamo molti assunti metodologici: l'interesse per la soggettività dei pazienti, su ciò che i pazienti hanno da raccontare circa la propria esperienza, e in particolare su ciò che hanno da dire su quanto accade durante la seduta; il *primum movens* della metodologia di tipo essenzialmente esplorativo, cioè né classicamente direttivo né interpretativo, esemplificato da Lenzi e Bercelli tramite la "tecnica" della moviola proposta dal loro maestro Vittorio Guidano; lo scetticismo per tutte quelle operazioni che sovrascrivono all'esperienza del paziente la teoria del terapeuta, *in primis* verso le derive interpretative e direttive per così dire "autistiche"; l'enfasi sull'approccio dialogico, o conversazionale, o in seconda persona, cioè sulla co-costruzione di narrative condivise, qui magistralmente illustrato dal ciclo dialettico della ridefinizione; infine, l'invito ad una conoscenza di sé basata sì sull'auto-riflessione, ma non sulla "comune introspezione" o su "una libera riflessione su di sé", ma su una "pratica", che richiede la presenza e la guida di un esperto – al tempo stesso un atteggiamento etico ed epistemico di auto-ascolto, oltre che un vero e proprio esercizio corporeo, che sono tentato di avvicinare a ciò che chiamo "postura riflessiva" (Stanghellini 2007, 2008).

Viste queste molteplici e cospicue sintonie, ho deciso di sentirmi libero di scrivere da fenomenologo, lasciando ai lettori (e agli autori) il compito di sentire le risonanze, così come di individuare le ridondanze e le sfasature tra l'approccio costruttivista dei due autori – qui così chiaramente e sistematicamente sintetizzato – e la cornice ermeneutica a cui mi ispiro.

Inizio da ciò che gli autori chiamano *unfolding*, per me il cardine su cui si apre la porta della cura, e della cura di sé. Procediamo con ordine. Le scienze umane, e tra esse la psicologia e la psicopatologia, nascono sotto la cattiva stella di una dicotomia, quella tra spiegare e comprendere, come è noto propugnata dal filosofo Dilthey. *Spiegare* è il metodo delle scienze della natura, e consiste nel ricondurre un fenomeno alle sue cause. *Comprendere* è il metodo delle scienze dell'uomo, e si realizza con il trasporre se stessi nella mente dell'altro. Questa dicotomia sembra allontanare per sempre la possibilità di conoscere i fatti della vita umana dal vertice rigoroso della scienza, relegandola nel limbo della conoscenza in prima persona, soggettiva sia in senso proprio (perché si compie per tramite di quello strumento opinabile che è l'empatia), sia nel senso deteriore del termine. La stessa psicoterapia, in quanto branca delle scienze umane che usa la conoscenza dell'altro in vista della sua cura, si trova così esposta alla critica (e al sarcasmo) in ragione del suo carattere non rigoroso, inaffidabile, arbitrario; in una parola per la sua non-scientificità.

Negli anni Settanta, un filosofo, Paul Ricoeur, cerca di mettere ordine in questo discorso proponendo la nozione di “arco ermeneutico”. Lo scopo delle scienze dell'uomo, sostiene Ricoeur, è la comprensione dell'esperienza e dell'azione degli altri uomini; queste esperienze e azioni si danno come un testo, cioè come un qualcosa che una volta prodotto da un soggetto acquista un carattere pubblico e “oggettivo”. La comprensione di un testo si compone di due fasi: spiegazione e interpretazione. Spiegazione e interpretazione condividono il medesimo terreno: il *linguaggio*. L'espressione linguistica è la materia della spiegazione nell'ambito delle scienze umane, così come il cervello è la materia di indagine delle neuroscienze. Ciò che ha carattere di oggettualità nelle scienze umane, dunque, è l'espressione linguistica. L'esperienza soggettiva si dà essenzialmente nel linguaggio. Una scienza dell'esperienza soggettiva è una scienza che focalizza la propria indagine sui modi in cui l'esperienza si dà nel linguaggio.

Si fa strada così un nuovo ambito di applicazione per la spiegazione; un'applicazione indigena alle scienze dell'uomo, analoga sebbene non identica a quello che conosciamo nell'ambito delle scienze della natura. *Spiegare* equivale a portare allo scoperto la struttura del discorso, il pattern immanente del discorso, le relazioni interne che costituiscono la statica del discorso. Spiegare si indirizza al senso del discorso, alla sua dimensione semiologica. Spiegare è dispiegare il testo prodotto dall'altro, metterne a luce le pieghe; dispiegare i fenomeni, l'esperienza soggettiva, così come si dà nel linguaggio. In quanto testo, in quanto realizzata nel linguaggio, l'esperienza soggettiva si dà in uno spazio che si colloca tra chi di questa esperienza è il titolare e chi si accinge a comprenderla – quasi come un oggetto esterno per entrambi, disponibile ad essere ulteriormente dischiuso tramite un ciclo di domande e risposte.

La spiegazione contribuisce a rendere l'esperienza soggettiva un quasi-oggetto su cui poter esercitare la riflessione, che allora non è una semplice introspezione, perché non si compie in uno spazio privato, ma in uno spazio pubblico, intersoggettivo.

All'interno di questa cornice epistemologica, la cura non si indirizza a ciò che sta dietro i fenomeni della coscienza, bensì a ciò che sta dentro l'esperienza soggettiva: alla sue "pieghe" (Deleuze 1988). Il fine non è la scoperta di meccanismi di produzione del senso inconsci, bensì il dispiegamento dei fenomeni così come si danno alla coscienza in prima persona. La cura non prende la direzione della profondità, di ciò che sta sotto, di ciò che è primario rispetto a ciò che è secondario, ma va alla ricerca di uno sguardo d'insieme sui fenomeni della coscienza, di una visione "panoramica" (Wittgenstein 1967) tramite la quale cogliere il senso nella rete di rapporti e di rimandi tra i fenomeni stessi resi evidenti da una prospettiva dall'alto.

Passiamo ora alla seconda campata dell'arco ermeneutico: l'interpretazione. *Interpretare* è seguire il percorso aperto dal discorso, mettersi in cammino verso l'oriente del discorso, verso ciò che il discorso significa per colui che lo ascolta. Come lo spiegare è indirizzato alla dimensione semiologica, cioè alla logica immanente al discorso dell'altro; l'interpretare è indirizzato alla sua dimensione semantica – al suo significato. Il significato di un testo è il suo realizzarsi nella lettura dell'altro. È il modo in cui il lettore intercetta il discorso del testo; il modo in cui se appropriata. Interpretare è appropriarsi del modo in cui discorso dell'altro si attualizza in noi stessi. Si tratta di una attualizzazione consapevole di essere una appropriazione, cioè in un certo senso un esproprio del discorso dell'altro. Proprio in quanto esproprio consapevole, l'interpretazione è enunciata come una proposta che aggiunge un significato al discorso dell'altro, senza sostituirsi ad esso.

In questa cornice, la cura non usa l'interpretazione come strumento unidirezionale di sovrascrittura del significato che va dalla teoria generale al singolo caso, bensì usa l'interpretazione *come appropriazione e intercettamento* in un rapporto di circolarità e reciprocità che ha come obiettivo la co-costruzione di narrative condivise. Come scrive l'etnologo Paul Rabinow (1977): "Fieldwork is a process of intersubjective construction of liminal modes of communication. Intersubjective means literally more than one subject. The subjects involved do not share a common set of assumptions, experiences, traditions. Their reconstruction is a public process".

L'interpretazione è il punto di intersezione di due soggettività.

Bibliografia

- Deleuze G. (1988). *Le pli. Leibniz et le Baroque*. Minuit, Paris.
- Rabinow P. (1977). *Reflections on Fieldwork in Morocco*. University of California Press, Berkeley.
- Ricoeur P. (1977). *Le conflit des interpretation*. Seuil, Paris.
- Stanghellini G. (2007). The Grammar of the Psychiatric Interview (editorial). *Psychopathology*, 40, 2, 69-74.
- Stanghellini G. (2008). *Psicopatologia del senso comune*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Wittgenstein L. (1967). *Bemerkungen ueber Frazers "The Golden Bough"*. Wittgensteins Nachlass Verwalter.

INTRODUZIONE

Quando a partire dal 1990, Fabrizio Bercelli ed io (SL), ci trovammo a frequentare fianco a fianco un Training Quadriennale di Psicoterapia Cognitiva condotto da Vittorio Guidano facemmo l'inaspettata esperienza di entrare in contatto, innanzitutto sperimentandolo su noi stessi, con un metodo per molti versi originale di fare terapia cognitiva e con una realtà scientifico-professionale di inaspettati articolazione e spessore. Il modo di fare terapia e il modello scientifico di riferimento erano quelli di un gruppo di didatti, appartenenti alla Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale (SITCC), che si definiva in modo più o meno articolato e convinto *cognitivo-costruttivista*, e che vedeva nelle sue file oltre a Guidano, Giovanni Liotti e Mario Reda, pure docenti al training, Lorenzo Cionini, Cristhine Meyer, Giorgio Rezzonico, Antonio Semerari e altri ancora. Era evidente ai nostri occhi che ci trovavamo di fronte a qualcosa di particolare e per certi versi innovativo nel panorama della psicoterapia cognitiva e probabilmente più in generale delle psicoterapie, sia per la modalità della didattica – una formazione personale in gruppo effettuata trattando il materiale personale degli allievi con le stesse metodologie con cui si sarebbero poi affrontati i problemi dei pazienti – che soprattutto per diversi aspetti della metodologia terapeutica insegnata. Ci accorgevamo, Fabrizio ed io, da un lato della importante novità costituita dall'*utilizzo della metodologia terapeutica cognitivista a scopo principalmente esplorativo*, e quindi non solo orientato alla ristrutturazione di alcuni contenuti conoscitivi; dall'altro che vi erano diverse particolarità tecniche in quello che concretamente facevano i terapeuti in seduta, che talvolta non risultavano pienamente chiare e sistematicamente rappresentate dalle descrizioni che loro stessi facevano del proprio operare.

Con Fabrizio ci accomunava la tendenza a confrontarci in modo preciso e sistematico con lo studio della metodologia terapeutica e in particolare con i trascritti delle sedute, a partire da quelli che ricavavamo dalle registrazioni delle giornate di training. Lui studioso di Analisi della Conversazione, disciplina con cui era entrato in contatto attraverso la collaborazione con Maurizio Viaro e Paolo Leonardi; io praticante dei metodi di modellamento delle abilità di terapeuti eccellenti – ad esempio attraverso il metamodello linguistico ideato da Bandler e

Grinder (1975a, 1975b) – e dell’osservazione dei processi cognitivi tramite l’analisi del discorso, sull’esempio dei rater dell’Adult Attachment Interview (Main, Goldwin in press, Crittenden 1999). Nacque così l’iniziativa, allora piuttosto insolita, di raccogliere da terapeuti esperti di scuola cognitivo costruttivista un insieme di registrazioni e relativi trascritti di sedute da essi giudicate rappresentative della metodologia praticata, per poi studiarle in modo analitico e comparato. Ad essa numerosi didatti SITCC, tra cui, oltre a quelli già citati, Gabriele Chiari e i suoi collaboratori di allora Massimo Giliberto e Mara Ognibeni, risposero con interesse e generosità inviandoci il materiale delle loro terapie e partecipando per quanto possibile alle nostre analisi. Giorgio Rezzonico, allora Presidente della SITCC, venuto a conoscenza dei nostri primi risultati ci mise a disposizione uno spazio fisso sulla rivista Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, in cui presentare periodicamente le più significative sedute da noi analizzate. Nacque così la rubrica “*Riascoltando una seduta*”, i cui principali lavori, apparsi nel corso di circa dieci anni, vengono riorganizzati e sistematicamente ripresentati in questo volume. Di essi si è mantenuta l’impostazione originaria di analisi e commento ad una seduta o ad un piccolo numero di sedute affini per la metodologia terapeutica utilizzata, mentre il testo è stato rielaborato in modo capillare ai fini della chiarezza e comprensibilità da una parte e della coerenza complessiva del materiale presentato nell’intero volume dall’altra; inoltre integrazioni anche cospicue sono state aggiunte nelle note di tutti i capitoli e, per ragioni specifiche che diremo, nel testo dei capitoli 7 e 8. Il formato dei trascritti e in particolare le notazioni degli aspetti interattivi non verbali sono stati uniformati in una versione semplificata rispetto ai rigorosi standard dell’Analisi Conversazionale, sempre ai fini della migliore fruibilità del volume. L’impostazione quindi dei singoli lavori, pur nelle caratteristiche di *work in progress* che risulteranno al lettore talora evidenti, è stata ritenuta tuttora valida rispetto agli scopi che gli studi si prefiggevano, ovvero dar conto di una particolare modalità di fare terapia cognitiva attraverso un metodo di analisi rigoroso e per così dire trasversale alle teorie comunemente usate per descrivere la tecnica terapeutica.

È questo che il lettore troverà innanzitutto nel volume: la documentazione di una particolare metodologia di terapia cognitiva e delle sue varianti, con la possibilità di toccare con mano dal vivo (e non soltanto dai racconti o dalle interpretazioni teoriche del terapeuta protagonista, quali risultano solitamente le esposizioni di casi clinici e percorsi terapeutici) cosa succede nelle sedute di terapeuti esperti, in particolare in sedute da loro indicate come rappresentative della loro metodologia terapeutica.

In effetti, il tipo di analisi utilizzata ha come obiettivo quello di ricostruire cosa stia effettivamente succedendo in quel momento di quella particolare situazione interattiva tra quelle persone, a partire dagli scambi linguistici che gli

interlocutori stanno realizzando nella loro conversazione. Lo studio dei trascritti riguarda quindi in primis i comportamenti interattivi e conversazionali dei partecipanti, muovendo dalla descrizione delle specifiche mosse e azioni linguistiche e dalle loro sequenze, per arrivare alle modalità e regole con cui gli interlocutori vanno a co-costruire lo status della loro partecipazione all'interazione. L'insieme dei diversi elementi individuati e le loro diverse configurazioni vanno a delineare l'attività o le attività realizzate in quella specifica tranches di seduta.

Ad esempio in quella che abbiamo denominato attività di *Indagine* il terapeuta con le sue domande ricerca informazioni rilevanti intorno al problema presentato dal paziente, informazioni che questi fornisce con le sue risposte. Lo schema procedurale dell'attività risulta: *domanda di T* → *risposta di P* → *domanda di T* → *risposta di P* → ... Nella attività che abbiamo denominato di *Ridefinizione* (o Riformulazione) il terapeuta esprime il suo parere da esperto riformulando ciò che è emerso dall'Indagine e lascia al paziente uno spazio più o meno ampio per confermare o discutere la riformulazione, che quindi generalmente si articola in più turni di parola. Qui lo schema dell'attività risulta il seguente: *parere di T che riformula quanto detto da P nell'Indagine* → *commento di P* → *parere di T* → *commento di P* → ...

La tipologia delle specifiche attività terapeutiche realizzate in seduta e il loro succedersi, reso più o meno sintonico dalla negoziazione delle altre attività interattive proprie della conversazione ordinaria e dagli incassamenti (Ochs, Capps, 2001) tra attività che pure caratterizzano le narrazioni ordinarie dei problemi di vita personale, costituiscono dunque un primo livello di ricostruzione di ciò che succede in seduta.

Ad esso, è possibile affiancare, e nel corso delle diverse analisi presentate nel volume ciò si renderà evidente, lo studio di come parallelamente allo svolgersi delle attività terapeutiche si vadano attivando e modificando *le strutture e l'organizzazione della conoscenza personale del paziente*. Trattandosi di vicende personali, che devono essere raccontate e quindi ricordate, è evidente che un ambito pertinente e valido per il monitoraggio del funzionamento del sistema conoscitivo individuale possa essere rappresentato dall'attivazione dei *Sistemi di Memoria*. Come è noto, lo studio della memoria nell'ambito della psicologia, e della psicologia cognitivista in particolare, si è significativamente evoluto nel corso del secolo scorso (Tulving, 1995), passando dalle storiche analisi della performance mnestica allo studio dei processi di memoria, a partire dalla suddivisione della memoria a breve e di quella a lungo termine, per arrivare fino alla descrizione dei differenti sistemi di memoria e della memoria autobiografica (Bluck, 2003, Conway et al., 2004). Le correlazioni tra modalità di elaborazione dell'informazione e sistemi di memoria (Teasdale, Barnard, 1993; Teasdale, 1996) e l'utilizzo del sistema di codifica degli equivalenti discorsivi della loro attivazione (Crittenden, 1999) hanno reso possibile l'integrazione nell'analisi dei trascritti di due prospettive complementari,

realizzando la singolare possibilità di correlare le osservazioni svolte sul piano interpersonale attraverso l'analisi dell'interazione linguistica con altre relative alla dimensione intrapsichica della conoscenza personale.

Ecco dunque come la nostra ricostruzione delle metodologie terapeutiche si realizza attraverso l'integrazione di queste due prospettive di osservazione. In riferimento allo studio dei trascritti di seduta e quindi al parlare in un contesto interattivo, oltre a quello che terapeuta e paziente si dicono (il *di che cosa* si parla), dimensione a cui solitamente ci si riferisce nel descrivere una seduta, diviene importante ai fini della comprensione del processo terapeutico l'attenzione alla dimensione dell'elaborazione conoscitiva, inferibile dalle forme del discorso (il *come* se ne parla), e alla dimensione interattiva o della convivenza (il *con chi* – e con quale scopo interattivo – se ne parla), che può essere evidenziata tramite l'Analisi Conversazionale. Nel volume si potranno trovare riferimenti a questi temi nell'appendice B e alcune note sul metodo dell'Analisi Conversazionale nel capitolo 1 e 4, mentre agli equivalenti discorsivi dell'attivazione dei Sistemi di Memoria è fatto cenno nel capitolo 6.

Se quindi questi sono gli aspetti metodologici delle ricostruzioni presentate nel volume, occorre ora dire qualcosa su quanto è emerso dall'applicazione di questo metodo alle sedute di terapia cognitiva. Si è già detto del nucleo di terapeuti esperti cognitivisti di cui abbiamo analizzato le sedute i quali, seppure con sfumature diverse, si riconoscevano in una matrice teorica costruttivista. Si è detto pure della modalità esplorativa ovvero orientata a coltivare – ampliandola e “curandola” – la conoscenza di sé, a cui tutti i terapeuti dichiaravano di rivolgere e effettivamente rivolgevano in seduta la loro iniziativa. Va sottolineato ora un carattere particolare che la conversazione in questo specifico approccio assume e che a nostro parere può essere considerato uno dei criteri che attribuisce di fatto l'appartenenza delle metodologie terapeutiche analizzate all'area cognitivista: tutte le sedute analizzate mostravano la caratteristica di essere specificamente organizzate e gestite dal terapeuta, di essere cioè – utilizzando un termine che diventerà familiare fin dal primo capitolo – *direttive in un senso ben preciso*. Se infatti esse pure mantenevano il carattere di una conversazione su aspetti e problemi personali di vita per certi versi simile alla conversazione ordinaria, il terapeuta tuttavia rivestiva, in modi assai articolati e differenziati da momento a momento, *il ruolo di esperto*, non solo nella particolare modalità di dirigere tematicamente la conversazione ma anche per il fatto di orientare attraverso di essa quello che potremo chiamare l'atteggiamento conoscitivo del paziente verso sé stesso e verso la propria esperienza e di indurre la pratica, sia dentro che fuori seduta, di quel medesimo atteggiamento.

Ci troviamo dunque di fronte ad una caratterizzazione particolare e originale, quasi una rivitalizzazione, se ci è consentito il termine, di alcuni aspetti fondamentali della prassi terapeutica cognitivista realizzati attraverso una metodologia

conversazionale specifica che pure, in quanto prassi incentrata sulla attività cognitiva individuale (Dobson, 2009), si candida a essere considerata terapia cognitiva a tutti gli effetti. Tale caratterizzazione particolare se da un lato pone al suo centro la conoscenza di sé, orientandosi al cambiamento attraverso il conoscere, dall'altro a questo conoscere si accosta in modo pratico, attraverso un esercizio, quello dell'auto-osservazione, praticato via via in seduta e anche prescritto in conformità a quello che nelle terapie cognitive standard viene denominato home-work. Alla luce di queste osservazioni risulta tra l'altro comprensibile il recente sviluppo in ambito anglosassone di procedure terapeutiche cognitivo-comportamentali che implicano pratiche meditative (Germer, Siegel, Fulton, 2005; Giommi 2006; Didonna 2009), che si accompagnano al modello cognitivista del cambiamento e della cura di sé. Va detto comunque, e quanto proposto in questo volume ne è sicuramente una testimonianza, che l'orientamento del cognitivismo clinico ha *in sé* numerosi elementi caratterizzanti che vanno a delineare un approccio originale alla conoscenza di sé e al cambiamento personale nonché una metodologia sistematica per il loro raggiungimento. Riguardo a tale metodologia, senza entrare nel merito di una trattazione teorica più sistematica cui pure si accennerà nelle appendici A e B, andiamo ora a tratteggiare preliminarmente alcuni ossimorici aspetti:

- si tratta innanzitutto di una metodologia di intervento di tipo conversazionale, eppure non di una conversazione ordinaria, priva di sistematicità e direttività;
- mette al centro l'esperienza e l'espressività del paziente conferendo loro la massima importanza eppure attribuisce al terapeuta il ruolo di esperto in quanto garante di un metodo e di un contributo direttivo all'attività di seduta;
- è rivolta direttamente alle manifestazioni sintomatiche (problemi, esperienze) eppure non ne forza necessariamente un cambiamento diretto, anzi ne coglie aspetti significativi per la soggettività del paziente;
- è orientata ad un cambiamento terapeutico basato sulla conoscenza di sé, pur implicando una pratica dentro e fuori seduta, quella dell'auto-osservazione, da cui consegue che lo sviluppo della conoscenza di sé non abbia valore solamente in termini informativi, ma piuttosto in relazione al modo in cui è acquisito e successivamente integrato e utilizzato;
- si interessa della storia individuale del paziente eppure non primariamente, piuttosto come modalità di *unfolding* rispetto a quanto già evidenziato a proposito di periodi più recenti della vita del paziente;
- propone agli interlocutori precisi compiti, eppure mette in primo piano il ruolo dell'incontro e del posizionamento interattivo tra le due persone, uniche e irripetibili, che concorrono alla selezione, condivisione e rielaborazione dei temi di vita del paziente.

Le diverse analisi che presentiamo nel volume intendono dunque documentare un metodo particolare e per certi versi originale di fare terapia cognitiva. Tale metodo viene presentato nella sua formulazione di base e in alcune specifiche differenziazioni, rispettivamente nella prima e nella seconda parte del volume.

Il capitolo 1 consiste in una rassegna che evidenzia gli aspetti caratterizzanti la conduzione della seduta descrivendo la *direttività* del terapeuta e alcune attività terapeutiche orientate ad esplorare l'esperienza soggettiva del paziente.

Nei capitoli 2 e 3 viene presentata la realizzazione più tipica della rielaborazione delle narrative personali ricostruita attraverso l'analisi di un percorso terapeutico dimostrativo condotto da Vittorio Guidano, in cui tale metodologia, chiamata dallo stesso Guidano tecnica della moviola, si dispiega in modo sistematico. Dallo studio di un corpus di analoghe sedute guidaniane nasce il modello di riferimento sulla sequenza di base delle attività conversazionali di seduta –*indagine e ridefinizione* – che abbiamo denominato *ciclo dei frame*, nonché l'ipotesi, presentata alla fine del capitolo 3 e ripresa poi nelle appendici A e B, sulla possibile valenza terapeutica di una siffatta elaborazione delle narrative personali.

La descrizione delle attività di seduta orientate alla rielaborazione delle narrative personali è completata nel capitolo 4. Lo studio riguarda anche una rassegna delle diverse realizzazioni dell'attività di *accordo procedurale*, una attività conversazionale estremamente significativa in quanto rappresentativa degli aspetti legati alla relazione terapeutica.

Le attività di indagine e ridefinizione descritte con l'analisi delle sedute di Vittorio Guidano non sono ovviamente le uniche attraverso le quali l'azione terapeutica di ordinamento e rielaborazione delle narrative personali può essere realizzata. Esse infatti, al di là dello specifico dispiegarsi proprio di ogni singolo percorso terapeutico, sono soggette a particolari combinazioni con altre attività che realizzano fini analoghi. Di queste diverse articolazioni del metodo troviamo esempi nella seconda parte del volume a partire dalla modalità del *racconto*, descritta nel capitolo 5. Le particolari caratteristiche di questa attività la rendono utilizzabile sia in affiancamento all'indagine sia in sua vece, delineando in questo secondo caso una particolare realizzazione del percorso terapeutico di cui la seduta analizzata offre una interessante esemplificazione clinica.

Ancora la rielaborazione delle narrative può essere attuata, più che mediante attività specifiche, attraverso la declinazione dell'indagine orientandola alla ricostruzione delle modalità riflessive del paziente, focalizzando così l'attività terapeutica sulla ricostruzione più che sulla rielaborazione degli aspetti conoscitivi. Tale strategia, realizzata attraverso una *indagine riflessiva*, viene descritta sia negli aspetti conversazionali che in quelli dei concomitanti aspetti conoscitivi nel capitolo 6.

Talvolta, in situazioni cliniche particolari, indagine e rielaborazione possono integrarsi reciprocamente in modo rapido e progressivo fino a concludersi in una

indicazione o prescrizione specifica, dando luogo a interventi che trovano anche nella seduta singola una possibile realizzazione. È il caso dell'intervento di una sola seduta presentato nel capitolo 7. Si tratta di una "terapia lampo" in cui l'indagine del terapeuta assume caratteristiche di ricalco dell'esperienza emotiva della paziente assolutamente peculiari e suggestive, tali da meritare la definizione di "indagine empatica", in contrapposizione all'indagine riflessiva descritta nel precedente capitolo. In questo studio, rispetto alla stesura originale, è stata ampliata la selezione dei brani e sono state integrate le osservazioni relative alle caratteristiche dell'indagine, in modo da approfondire la descrizione dello stile complessivo di un intervento orientato alla brevità.

Infine indagine e rielaborazione possono assumere il carattere di una esercitazione vera e propria allorché le condizioni cliniche del soggetto lo richiedano, come nei casi del trattamento di sintomatologie allucinatorie in pazienti psicotici. Nello studio finale del capitolo 8 presentiamo, attraverso materiali raccolti da un campione di sedute di terapia cognitiva di orientamento post-razionalista, alcune inedite esemplificazioni di tale articolazione delle attività di base. Il capitolo prosegue con una applicazione del nostro metodo di analisi alla ricerca empirica quantitativa, nel tentativo di valutare gli effetti di alcune attività terapeutiche, in particolare di indagine, esercitazione e inserti pedagogici, sulla sintomatologia allucinatoria. Si tratta di un tentativo che ci sembra significativo non tanto per i risultati ovviamente solo preliminari che individua, quanto piuttosto nell'aprire future possibilità di utilizzo di questo tipo di analisi nell'ambito della ricerca empirica.

Le appendici A e B affrontano alcuni aspetti teorico-clinici relativi alla metodologia terapeutica presentata, da un lato discutendo alcune ipotesi sulle valenze terapeutiche dell'elaborazione delle narrative personali, dall'altro proponendo una visione del processo terapeutico basata sui dati ricavati dai trascritti di seduta, ordinati secondo le dimensioni dei contenuti, dell'elaborazione e della convivenza. L'appendice C infine propone la "conversazione guidata" TAPP, Talking About a Personal Problem. Si tratta di una intervista, centrata su un problema personale e orientata alla attivazione selettiva dei sistemi di memoria, la cui struttura di base è per certi versi simile a quella del protocollo Adult Attachment Interview, mentre le modalità conversazionali di realizzazione sono mutate dalle quelle dell'indagine sovra-episodica ed episodica. Le mosse conversazionali necessarie a realizzare i diversi ambienti conversazionali sono elencate nel breviario che conclude l'appendice andando a costituire una rassegna applicativa di una cospicua parte dei fenomeni conversazionali emersi dalle analisi dell'intero volume.

Desideriamo brevemente ringraziare, a conclusione di questa presentazione, innanzitutto i colleghi che ci hanno messo a disposizione le registrazioni delle loro sedute. In modo particolare Vittorio Guidano, che negli ultimi tempi della

sua esistenza terrena condivise l'entusiasmo per i primi risultati del nostro lavoro, in quel modo tutto suo, che chi lo ha conosciuto personalmente potrà sicuramente immaginare e chi non lo ha conosciuto forse neppure capirebbe. Giorgio Rezzonico, direttore della rivista "Quaderni" che ha ospitato le versioni originali della maggior parte degli studi qui presentati, ha dato al nostro lavoro un contributo costante e prezioso così come hanno fatto Maurizio Viaro e Paolo Leonardi da un lato, e Patricia Crittenden e Andrea Landini dall'altro, con l'insegnamento e il confronto sui metodi di analisi della conversazione e del discorso. Vogliamo ringraziare inoltre i terapeuti cognitivisti Bruno Bara, Lorenzo Cionini, Giancarlo Dimaggio, Furio Lambruschi, Gianni Liotti, Francesco Mancini, Cristhine Meyer, Nicola Marsigli, Bernardo Nardi, Mario Reda, Sandra Sassaroli, Antonio Semerari, il gruppo del Terzo Centro di Terapia Cognitiva di Roma e Fabio Veglia con i quali si è realizzata in numerose occasioni una collaborazione professionale e didattica intorno allo studio dei trascritti di seduta; Giovanni Stanghellini e Giampiero Arciero, seppur quest'ultimo non direttamente coinvolto in questa opera: senza il confronto con le loro continue esplorazioni avremmo sicuramente smarrito il gusto e l'entusiasmo per l'avventura intellettuale, che questi studi, nati a partire dall'opera di Vittorio Guidano, tuttora racchiudono. Ringraziamo inoltre per il lavoro di correzione delle bozze Manuela Bernardi, Sabrina Bonilauri e Maria Teresa Guidi. Agli interlocutori delle terapie, i pazienti, va il ringraziamento finale che in questo contesto di conversazioni sempre e comunque co-costruite, risulta così necessario e congruente da sottrarci al timore di diventare retorici o banali.

Bologna, aprile 2010

PARTE I

LE ATTIVITÀ CONVERSAZIONALI DI BASE

COME IL TERAPEUTA CONDUCE LA SEDUTA

1.1 Premesse di metodo

Oggetto di questo studio sono le interazioni e gli scambi linguistici che avvengono nelle sedute di psicoterapia cognitiva di orientamento costruttivista.

Parliamo di “conversazione” ben sapendo che le sedute non sono conversazioni ordinarie, bensì conversazioni *speciali*: mantengono certe strutture della conversazione ordinaria, per esempio il meccanismo di alternanza dei turni di parola, ma sotto vari aspetti si discostano dalla struttura di questo tipo di conversazione, come peraltro generalmente avviene in una varietà di contesti istituzionali e professionali. Per l’analisi delle sedute, necessariamente video o audio-registrate e trascritte, utilizziamo principalmente strumenti tecnici mutuati dalla pragmatica linguistica, tra cui la teoria degli atti linguistici di Austin (1967) e la logica conversazionale di Grice (1975, 1989¹), da teorie dell’interazione sociale (*frame analysis* di Goffman, 1974) e specialmente dall’Analisi Conversazionale, che dà al nostro lavoro l’orientamento metodologico di fondo – di cui diremo fra un momento².

¹ A queste stesse teorie di pragmatica linguistica fanno riferimento i lavori di G. Arienti, B. Bara e M. Colombetti, *Conversation and behavior games in the pragmatics of dialogue*, “Cognitive Science”, 17, 1993, e *Failures, exploitations and deceits in communication*, “Journal of Pragmatics”, 20, 1993, che appaiono orientati all’elaborazione di un modello teorico della comunicazione e dei sottostanti processi cognitivi più che a un’analisi sistematica di qualche corpus di interazioni concrete, com’è proprio del metodo dell’Analisi della Conversazione a cui ci ispiriamo. Comunque, il concetto di gioco comportamentale, adottato dagli autori citati, è molto affine al concetto di *frame*, che noi mutuiamo principalmente da Goffman.

² Gli strumenti analitici ora menzionati sono presentati, brevemente ma rigorosamente, in Leonardi, Viaro, 1990; Bercelli, Leonardi, Viaro, 1999 e più estesamente in Galatolo, Pallotti, 1999; Hutchby, Wooffitt, 1998. Alla *frame analysis* di Goffman, è inoltre dedicato un numero monografico di “aut aut”, 269, 1995.

Non adottiamo invece, ai fini di questa analisi, le teorie cui si riferiscono i terapeuti che conducono le sedute: in questo senso la nostra analisi, con tutti i suoi possibili difetti e pregiudizi d'altro genere, è neutrale rispetto alle teorie cliniche, e mira solo a descrivere la metodologia terapeutica quale risulta dall'effettiva interazione in seduta fra terapeuta e clienti, documentabile col metodo adottato.

L'obiettivo dei nostri studi è in effetti quello di descrivere da questa particolare angolazione lo svolgersi della terapia, a vari livelli di ampiezza e complessità strutturale: repertori di mosse e manovre, specifici tipi di attività interni alla seduta, configurazione complessiva delle singole sedute e di intere serie di sedute. Ciò che offriamo in questo primo capitolo è basato sulla trascrizione di alcune sedute di tre terapeuti esperti di orientamento cognitivo costruttivista e riguarda il primo e il secondo dei livelli menzionati.

Ci occuperemo in primo luogo della conduzione della seduta cercando di descrivere le principali mosse con cui ogni terapeuta porta avanti la conversazione in seduta, fino a tratteggiare alcune caratteristiche dello stile di conduzione tipico di ognuno di essi. Diremo poi di alcuni tipi specifici di attività che sembrano identificabili all'interno delle sedute, mostrando anche come le notevoli differenze fra le attività sviluppate in seduta dai tre terapeuti possano essere indicative di tre stili distinti.

Per quanto riguarda *l'analisi della conversazione terapeutica*, abbiamo come riferimento la descrizione di una tecnica di psicoterapia familiare chiamata Intervista Circolare, fornita da Leonardi e Viaro (1990). I due autori hanno mostrato come la conduzione delle sedute, in questa tecnica, risponda a regole chiamate *Regole della Direttività*: il terapeuta rivolge domande all'uno o all'altro interlocutore, cioè ai membri della famiglia, incluso il paziente, che rispondono al terapeuta senza dialogare fra loro. L'applicazione delle regole è però flessibile, deroghe momentanee sono possibili e non infrequenti. Facendo domande, chiedendo precisazioni, e riassumendo selettivamente ciò che è stato detto per avere conferma di avere capito e per introdurre ulteriori domande, il terapeuta mantiene il controllo dello sviluppo tematico della seduta. I membri della famiglia possono nei loro turni di parola introdurre nuovi temi, ma questa struttura della conversazione consente al terapeuta di decidere se e quando dare loro corso. Un primo elementare compito è di vedere a quali regole risponde la conduzione delle sedute di terapia cognitiva e come eventualmente si differenzino queste regole a seconda della scuola e dello stile personale del terapeuta³.

Leonardi e Viaro hanno anche identificato due dimensioni probabilmente basilari non solo per l'Intervista Circolare, ma per gran parte delle interazioni fra uno psicoterapeuta e un cliente. La prima assume, nello specifico approccio

³ Le regole – ripetiamo precisando – vanno sempre considerate come regole flessibili che ammettono deroghe: queste risultano tali in quanto riconoscibili (segnali anche minimi di richiesta di permesso, di permesso accordato, di rifiuto, e simili) come deviazioni momentaneamente consentite.

terapeutico studiato da questi autori, la forma del *Principio di Normalità*: paziente e membri della famiglia vengono egualmente trattati come persone normalmente competenti, i cui comportamenti e le cui esperienze si assume a priori che siano *comprensibili*, orientati da motivazioni ed emozioni prevalentemente *relazionali*, che si possono far rientrare nella gamma della normalità umana: uno dei compiti della terapia è appunto quello di promuovere una simile impresa conoscitiva ad opera di tutti i partecipanti alla seduta. Mentre questa prima dimensione riguarda essenzialmente lo status del paziente (e, nella terapia familiare, dei suoi famigliari), la seconda dimensione riguarda lo status del terapeuta, quale si realizza in seduta. Nell'approccio dell'Intervista Circolare, esso assume la forma del *Principio di Reticenza*: il terapeuta non propone, se non marginalmente, il suo parere di esperto, sviluppando invece la seduta intorno ai pareri e ai resoconti dei clienti. Solo in un momento finale della seduta, ritualizzato come conclusione, potrà eventualmente esporre il suo parere di esperto, sottoposto comunque ai vincoli del Principio di Normalità. Anche riguardo a queste due dimensioni interattive, assunte come riferimento comparativo, ci proponiamo di vedere che forme assumano i vari approcci interni alla psicoterapia cognitiva costruttivista.

Occorre a questo punto fare, prima di iniziare, una precisazione relativa all'orientamento metodologico di fondo utilizzato in questo tipo di analisi. L'Analisi Conversazionale evita rigorosamente di attribuire agli enunciati di un parlante significati che non appaiono riconosciuti dagli altri partecipanti alla conversazione. Utilizzando una trascrizione fine degli scambi linguistici, con annessi aspetti paralinguistici (pause, sovrapposizioni di parola) e non verbali (mimica, postura, gesti, sguardi), si impegna invece nel riconoscere la negoziazione locale dei significati fra i partecipanti, per lo più non esplicitata verbalmente, ma tuttavia manifestata e manifestamente riconosciuta dai partecipanti stessi mediante le modalità espressive dell'interazione verbale e non verbale. Questo orientamento metodologico, che privilegia radicalmente i significati riconosciuti dai partecipanti, quali emergono dall'interno del gioco interattivo, rispetto alle possibili interpretazioni "esterne" degli analisti, ci sembra del tutto consonante con l'orientamento costruttivista che informa gli approcci terapeutici cognitivisti da noi presi in considerazione, orientati appunto alla ricostruzione dei significati che il paziente stesso attribuisce alle proprie esperienze e situazioni di vita.

L'analisi conversazionale del trascritto inoltre garantisce che la descrizione di una tecnica terapeutica corrisponda a ciò che effettivamente fa il terapeuta in seduta nei modi che il paziente mostra con la sua stessa reazione di percepire. Questo non significa affatto ignorare che la tecnica dipende da presupposti teorici, che per il terapeuta sono essenziali – in questa strategia di ricerca essi vanno però analizzati separatamente e *solo poi* connessi ai dati conversazionali e interattivi.

Ecco dunque come procederemo: inizieremo con alcune esemplificazioni sulla conduzione della seduta e descriveremo poi alcuni tipi specifici di attività che sembrano identificabili all'interno delle sedute, mostrando anche come alcune differenze fra le attività sviluppate in seduta dai diversi terapeuti presi in esame possano essere indicative di stili distinti di procedere nell'approccio terapeutico.

1.2 La conduzione della seduta

Per una prima illustrazione dei repertori di mosse con cui i terapeuti conducono la conversazione delle proprie sedute, abbiamo considerato inizialmente le sedute (una prima e una seconda seduta) del terapeuta – qui indicato come terapeuta A – che ci è parso complessivamente il meno direttivo dei tre, come impressione qualitativa ricavata da una semplice lettura delle trascrizioni. Scegliendo come termine di riferimento una modalità di intervista caratterizzata da una forte funzione di “regia” del terapeuta quale quella schematizzata nelle Regole della Direttività prima citate, ci siamo chiesti se e in che misura un’analoga direttività sia riscontrabile in un terapeuta che appare non particolarmente direttivo.

Riportiamo ora una breve sequenza, la cui analisi mostra come si possa dare una prima risposta a tale interrogativo.

SEQUENZA 1 – TERAPEUTA A

(La paziente fin qui ha parlato, su richiesta del terapeuta, dei suoi problemi col marito)

- T** **Proviamo a, come dire, ad astrarci un po' dal livello strettamente sessuale e di cercare di considerare la cosa sul piano più della relazione**
- P uhm
- T (1)** **considerando esclusivamente la relazione con suo marito, il suo atteggiamento, i suoi sentimenti nei suoi confronti, lei ritiene che ci sia stato un cambiamento?**
- P no

(Per qualche minuto si parla della relazione col marito)

- T** **Non so perché mi viene in mente, alzando fuori la testa... è una cosa che lei ha detto la settimana scorsa a proposito della sua reazione diversa da quella delle sue amiche, mi sembra, di fronte ai complimenti a volte anche un po' pesanti – insomma parlava dei venditori del mercatino**

- P sì
- T forse perché anche quando me ne ha parlato allora mi sono chiesto che significato poteva avere per lei quel tipo di apprezzamento**
- P uhm sì ma
- T (2) in altre parole è possibile che rappresenti per lei, come dire, l'ennesima dimostrazione di un certo tipo, di un certo modo con cui gli altri si rivolgono a lei?**
- P no, non è paragonabile in questo senso, no, però, eh, le posso dire che a parte i commenti del mercatino, anche i complimenti e altre attenzioni da parte dei colleghi, di altri uomini, oggi mi infastidisce molto, mentre prima ci scherzavo su, oggi invece proprio mi dà fastidio a volte. Anche nel lavoro è così, cioè mi irrigidisco subito, li considero colleghi da eliminare, insomma non mi va di lavorarci
- T (2') eh ma è come se andassero a toccare**
- P sì
- T un punto caldo**
- P sì, infatti sì
- T (3) quale potrebbe essere?**

La risposta della paziente riporta il discorso sul tema coniugale, che il terapeuta contribuisce a sviluppare con ulteriori domande. La paziente dice che si preoccupa poco della tensione col marito e di ciò si fa una colpa.

- P mi fa sentire in colpa, rispetto alla persona che invece sicuramente meriterebbe che dedicassi più attenzione al problema. Sì sì, mi sento in colpa infatti... cioè vorrei sentirmi più preoccupata e cercare di fare qualcosa e non so che cosa, poi va be' se non ci riuscirò pazienza, però vorrei tanto... poi almeno preoccuparmi tanto, invece così è uno stato ibrido, perché
- T (4) sta dicendo che suo marito è come dire tanto buono che non si meriterebbe questo**
- P sì.

Notiamo innanzitutto una cosa qui molto evidente: **il terapeuta fa domande e la paziente dà risposte**⁴. Questa semplice struttura dialogica asimmetrica differenzia questo tipo di sedute, e vari altri contesti di consulenza esperto/cliente, dalla conversazione informale ordinaria.

⁴ In effetti, nelle due sedute di questo terapeuta, una sola volta la paziente fa una domanda, e il terapeuta non risponde, ma riesce con garbo a porre lui una nuova domanda: è probabilmente anche in questo modo che i pazienti imparano le regole, per lo più tacite, che governano l'interazione in seduta. Anche nelle sedute degli altri due terapeuti le domande spettano sostanzialmente al terapeuta e le risposte al paziente.

Le modulazioni di questa elementare struttura interattiva si possono descrivere identificando differenti tipi di domande. Si possono anche identificare, per contrasto, mosse del terapeuta diverse dalle domande, che variano e complicano la struttura di base. E si può poi vedere la dinamica complessiva che organizza i vari tipi di mosse del terapeuta e del paziente. Illustriamo questo genere di analisi con qualche osservazione relativa a questa particolare sequenza, chiedendo al lettore l'impegno di seguire un'analisi che evita l'arbitrio di una disinvolta interpretazione attraverso una *meticolosa aderenza ai dati interattivi*.

In (1) il terapeuta fa una domanda. Essa è stata introdotta, nel turno del terapeuta immediatamente precedente, da una proposta (“proviamo...”) di cambiare in parte il tema fin qui svolto (dal “livello strettamente sessuale” alla “relazione”), e la domanda apre questo nuovo tema. Appare qui evidente, in quanto esplicitato dalla glossa di conduzione che introduce la domanda, come l'ovvio diritto del terapeuta di fare domande alla paziente gli consenta di **gestire lo sviluppo tematico della conversazione**. La glossa di conduzione consente al terapeuta di sottolineare il cambio di tema e fornisce alla paziente l'occasione di segnalare che non ha obiezioni e che il terapeuta può procedere (“uhm”).

Si noti anche che la domanda non presuppone alcuna ipotesi del terapeuta sulla paziente (o alcuna tesi opinabile) che la paziente potrebbe non condividere: è una domanda tematica, che stabilisce l'ambito di pertinenza di una possibile serie di successive domande più specifiche, ed è nel contempo una domanda semplice, nel senso che non presuppone un parere specifico del terapeuta⁵.

Anche in (2) il terapeuta fa una domanda tematica preceduta da un'introduzione (“non so perché mi viene in mente...”). Non è però una domanda semplice come la precedente, in quanto presuppone un'ipotesi del terapeuta sul mondo personale della paziente. Per questo motivo la denominiamo **domanda informativa**.

La paziente in effetti mostra di intenderla in questo senso e reagisce come chi ha il problema di manifestare accordo o disaccordo con qualcosa di opinabile, di particolarmente opinabile in questo caso, dato che è un'opinione sulla sua personale esperienza di come gli altri si rivolgono a lei. Già al preannuncio di una mossa di questo genere da parte del terapeuta (“mi sono chiesto che significato poteva avere”) reagisce con perplessità (“uhm sì ma”) e poi risponde alla domanda in termini negativi ma con attenuazioni (“...in questo senso, no però ehh le posso dire”) – perplessità e cautele che mancavano nella risposta alla precedente domanda semplice. Diciamo questo per illustrare un vincolo metodologico che vogliamo dare all'analisi che stiamo conducendo: *la natura di una mossa*, ad esempio

⁵ Presuppone sì che la relazione possa subire qualche cambiamento o essere cambiata dai partecipanti, ma nella nostra cultura, o almeno nella cultura di classe media cui il paziente appartiene, questa è una presupposizione scontata, non è qualcosa di accreditabile sulla base della specifica competenza di un esperto.

l'uno o l'altro tipo di domanda, *non è definita solo dal contenuto o dalla forma linguistica, ma anche dalla reazione dell'interlocutore*, da come l'interlocutore la definisce reagendo in un certo modo, di solito non con una verbalizzazione esplicita ma con minuzie espressive. Qui, insomma, è la paziente stessa che mostra di intendere diversamente le due domande: la prima come una domanda semplice e la seconda come una domanda che presuppone una opinione di chi la pone, una domanda che definiamo informativa.

In (2) il terapeuta fa un'altra domanda informativa, che presuppone che in generale le persone abbiano "punti caldi" e che in particolare quello sia un punto caldo della paziente. La paziente replica con un accordo enfatico, che nuovamente mostra che ella ha inteso la domanda come una domanda che presuppone qualcosa su di lei, manifestando in questo caso apprezzamento come se il terapeuta avesse colto nel segno.

In (3) abbiamo una **domanda di precisazione**, con cui il terapeuta sollecita la paziente a dire qualcosa di più di quello che ha appena detto e la orienta riguardo a ciò che vorrebbe sapere in più. Le domande di precisazione sono uno strumento, tanto comune quanto importante, per fare sviluppare all'interlocutore un tema in una data direzione.

In (4) il terapeuta produce un **riassunto**, con cui in generale egli riformula con parole sue ciò che ha detto l'interlocutore, e poi le chiede o le lascia l'opportunità (come in questo caso) di confermare che ha capito bene. Qui non è solo un riassunto, è anche in parte un'anticipazione di ciò che egli sta per dire: negli scambi concreti una singola mossa può avere natura mista, avere cioè varie componenti, o essere ambigua, e l'altro può reagire all'una o all'altra componente o disambiguare. I riassunti sono un'importante risorsa del terapeuta, che mediante essi, oltre ad assicurarsi di avere ben capito, seleziona e sottolinea alcune delle cose che ha detto l'altro, e sviluppa il tema a partire da queste.

Troviamo in questo brano alcune basilari mosse di repertorio del terapeuta, alcuni dei suoi "ferri del mestiere", che egli utilizza per condurre la seduta. Ce ne sono ovviamente altre, ma quelle qui evidenziate sono tra le più comuni e importanti. L'osservazione e la quantificazione di questo tipo di elementi consente di connotare la tecnica di conduzione della seduta, che può variare a seconda dell'approccio e del terapeuta.

Fa differenza, ad esempio, se le domande informative sono frequenti oppure scarse, il numero delle domande di precisazione, la frequenza dell'utilizzo dei riassunti e così via. Dovrebbe a questo punto essere evidente come questo terapeuta si mostri sistematicamente direttivo, e appaia sostanzialmente attenersi alle Regole della Direttività richiamate in precedenza, con un'ovvia semplificazione, rispetto a quelle sedute, dovuta al fatto di avere un solo interlocutore.

Passiamo ora a considerare le modalità di conduzione di un altro terapeuta – che denomineremo terapeuta B – tramite l'analisi della sequenza d'inizio di una sua seduta, chiedendoci se e come l'osservazione degli elementi ora identificati consenta di cogliere differenze tecniche nello stile di conduzione.

SEQUENZA 2 – TERAPEUTA B

T (1) Tu ritieni di essere un persona aggressiva o no?

P Sì, piuttosto aggressiva

T (2) In senso specifico che significa piuttosto aggressiva?

P Che mi arrabbio facilmente

T (3) Che ti arrabbi facilmente e una volta che sei arrabbiata cosa succede?

P Mi agito molto e mi sento mi sento proprio la rabbia montare dentro... mi sembra come un groppo alla gola... dopodiché dipende dalle circostanze e dalle situazioni, di solito segue una esplosione di ira, altre volte quando

T (4) Esplosione d'ira intendi?

P Grida e poi a volte piango quando sono in situazioni di attivazione emotiva molto elevata mi vengono delle gran lacrime, che io definisco lacrime di rabbia

T (5) Le lacrime ti vengono mentre stai gridando?

P Sì

T (6) E generalmente la cosa come va avanti?

P Va avanti come uno scarico, urlo, dico tutto quello che ho da dire e di solito mi tranquillizzo molto velocemente

T (7) Subito dopo aver avuto questa esplosione?

P Sì

T (8) Senti, quando dici molto velocemente tanto per darmi una idea quantitativa, quanto può essere?

P Una decina di minuti, molto rapido penso che sia, se per esempio sto litigando e dopo di solito non conservo rancore... se mi sono liberata dopo mi tranquillizzo subito e mi sembra di non conservare del rancore ... se invece riesco a dominarmi, sempre a fatica comunque, rimango irritabile

T(10) Quindi possiamo differenziare due livelli grossomodo, quello in cui hai una esplosione, per usare la parola tua, a cui segue un per così dire tipo di rasserenazione quasi

P Sì

T (9) Le altre situazioni in cui ti controlli di più?

P Dopo rimango più irritata.

Questa sequenza è caratterizzata dalla presenza di una domanda tematica (1), a cui fanno seguito numerose domande di precisazione⁶ (2-9). Al termine della sequenza delle domande di precisazione compare un riassunto (10) che mira a riordinare le informazioni fornite, fornendo anche una sorta di differenziazione tematica. Non compare nella sequenza nessuna domanda informativa e l'analisi dell'intera seduta conferma che questo terapeuta, a differenza del precedente, generalmente si astiene dal fare domande che rivelano una sua ipotesi sul mondo personale del paziente e, quando lo fa, lo fa in modo nettamente diverso rispetto all'altro terapeuta, come mostreremo più avanti in questo capitolo. Assai significativa, anche per la frequenza con cui riappare nel corso della seduta, risulta la serrata serie di domande di precisazione del terapeuta, che lascia supporre che vi sia un preciso schema che la organizza⁷. I tratti indicati, bastano a rendere questo frammento di conversazione abbastanza diverso da una conversazione informale ordinaria, caratterizzata da una sorta di fluidità e naturalezza, cui si avvicina di più il precedente frammento dell'altro terapeuta. I due terapeuti ora considerati sono in effetti esponenti di due approcci che, pur nella comune appartenenza al campo cognitivo costruttivista, si ispirano a differenti modelli: in ogni caso la nostra analisi, che programmaticamente ignora in prima istanza tali diversità teoriche, ha riscontrato alcune specifiche differenze operative nella tecnica di conduzione, che potrebbero non emergere in termini così espliciti dal confronto delle teorie della tecnica a monte.

Le sedute del terzo terapeuta – il terapeuta C – sono contraddistinte da una maggiore diversificazione delle attività svolte, che vanno, come vedremo in seguito nel terzo esempio che riporteremo, da quelle di indagine che sono più specificamente conversative ad altre di stampo diverso in cui non si svolge una vera e propria conversazione, così come la intendiamo comunemente. La modalità di conduzione della seduta si articola quindi nell'alternarsi di tali diverse attività e assume caratteristiche tali da rendere non pienamente appropriata una sua caratterizzazione in termini di semplici mosse relative alle modalità di organizzare le diverse domande così come è stata fatta per i primi due terapeuti. È questo il motivo per cui abbiamo preferito non inserire nella prima parte di questo lavoro l'analisi di sequenze del terzo terapeuta, rimandandola a dopo.

Anche senza approfondire oltre appaiono evidenti nei brani analizzati notevoli diversità nella modalità di conduzione, e la nostra analisi seppure semplificata⁸

⁶ Dei differenti tipi di domande di precisazione si dirà nel secondo capitolo di questo volume.

⁷ Delle sequenze delle domande, varie domande e in particolare di quelle di precisazione, che configurano l'attività di indagine, si tratterà con maggiore dettaglio nel secondo e nel terzo capitolo di questo volume. Alla luce di quei dati la differenziazione dei due brani ora presentati risulterà maggiormente significativa e probabilmente meno arbitraria.

⁸ Un'analisi più fine di una parte della prima sequenza viene proposta nella Postilla 1, allo scopo di dare un'idea più precisa del metodo dell'Analisi Conversazionale.

e limitata a brevi frammenti è in grado di tradurre questa impressione in termini precisi e quantificabili.

1.3 Alcuni *frame* terapeutici

Spostiamoci ora a un piano di maggiore complessità strutturale, occupandoci dei tipi di attività, o *frame* interattivi, che si alternano all'interno di una seduta. Un *frame* è **un'attività che i partecipanti realizzano interattivamente** e a cui mostrano di orientarsi distintamente rispetto ad altre possibili attività⁹.

In quanto realizzazione interattiva, un *frame* richiede come minimo una sequenza di due mosse di due parlanti diversi. Che i partecipanti si orientino a un dato *frame* è cosa che essi mostrano l'uno all'altro con varie componenti verbali e non verbali delle loro mosse: di conseguenza mostrano ciò anche a un eventuale osservatore esterno, che può dunque tentare di descrivere ciò che avviene fra i partecipanti senza avventurarsi in interpretazioni "esterne". Il *frame* è stato definito da Goffman come la risposta che si può dare, caso per caso, alla domanda "**cos'è che sta succedendo qui?**", cioè come una definizione prevalentemente implicita della situazione per i partecipanti. Diciamo che ogni *frame* ha uno scopo specifico, ha un formato interattivo suo proprio, cioè le mosse conversazionali che lo costituiscono configurano una sequenza tipica, passibile di varianti limitate; impone qualche obbligo ai partecipanti che quindi assumono in esso ruoli conversazionali specifici; ed è anche caratterizzato da una qualità emotiva particolare ad esempio stati emotivi simili o complementari dei partecipanti. La definizione di un *frame* può essere più ampia – ad esempio, si potrebbe dire che le sequenze finora considerate sono tutte esempi di conversazione, considerando la conversazione un *macroframe* – o più restrittiva, fino a identificare *frame* minimi – ad esempio, uno scambio di battute scherzosamente informali inserito in un'attività più seria.

⁹ Da un punto di vista storico le intuizioni di Bateson sul *frame* sono state riprese e molto ampliate da Goffman, fino a riformulare l'intero corpus delle sue ricerche sull'interazione sociale in termini di *Frame analysis* (1974). L'idea di base è che l'esperienza umana non è una libera composizione di idee, sentimenti e comportamenti individuali come tanti atomi capaci di combinarsi in qualsiasi modo; è invece strutturata in blocchi cognitivo-emotivo-comportamentali, in cui percezioni, pensieri, intenzioni, emozioni, sensazioni, atti (e qualsivoglia altra componente dell'esperienza) di tutti i partecipanti a un dato episodio interattivo sono interdipendenti, sistemicamente connessi: i *frame*, che definiremo meglio tra poco, sono entità di questa natura. L'approccio di Goffman converge, sotto questo aspetto, con quello della psicologia e delle scienze cognitive, che tratta il pensiero come organizzato in schemi cognitivi socialmente condivisi; converge anche con quegli psicologi e psicologi dello sviluppo (tra cui Stern, Kaye, Tomkins, Bowlby, Ford e Lerner solo per citarne alcuni) che vedono formarsi la personalità intorno a scene interattive in cui comportamenti, affetti e pensieri dei partecipanti, a cominciare dagli episodi prototipici d'interazione fra bambino e madre, si determinano reciprocamente secondo configurazioni che tendono a riprodursi nel tempo.

Qui descriveremo alcuni *frame* che sembrano diversamente comparire in modo rilevante nelle sedute dei tre terapeuti e che potrebbero risultare indicativi di tre differenti stili terapeutici rimandando invece alle analisi successive una descrizione sistematica dei frame che caratterizzano complessivamente l'approccio terapeutico.

1.3.1 Il *frame* “*indovina il tuo segreto*”

Illustriamo con una breve sequenza un *frame* che compare a più riprese nelle sedute del terapeuta B e che sembra caratterizzare il suo approccio¹⁰. Precisiamo che i brani presentati sono tratti da sedute svolte con partecipanti a training di psicoterapia cognitiva inerenti i problemi personali dell'allievo stesso. Abbiamo ragioni per ritenere che esse si discostino solo parzialmente da sedute con pazienti veri e propri. Il terapeuta stesso ritiene che se ne discostino assai poco.

SEQUENZA 3 – TERAPEUTA B

La trainee, su richiesta del terapeuta, parla della propria “aggressività” nei confronti della madre quando questa la invita a mangiare di più.

- P Mi fanno sentire come se fosse una intrusione molto grossa per me, intollerabile, anche se razionalmente capisco che una mamma che ti dice “Mangia di più” in realtà non è una cosa così grave. Però io la vivo come molto intrusiva
- T Ma quando dici che è intrusiva come l'avverti questa intrusività?**
- P ehh
- T Cioè c'è una cosa che tu distingui? perché questa sembra una osservazione così...**
- P Ma penso che avendo 29 anni è un po' così esagerato, ma la mamma è sempre la mamma. Ma penso che una persona che non è sensibile a questa cosa potrebbe dire: “Ma insomma dai ho 30 anni, so cosa devo mangiare, mangerò più tardi”
- T Essere sensibile a questa frase qui che significa?**
- P Che mi fa arrabbiare, che mi dà quel senso di attivazione interna

¹⁰ Questa caratterizzazione risulta, oltre che da questa nostra analisi iniziale, anche dalla descrizione della tecnica che il terapeuta stesso fornisce nelle sue pubblicazioni. Per le ragioni dette, prestiamo in questa sede più fede alla nostra analisi, con tutti i suoi possibili limiti e difetti, che alle teorizzazioni dei clinici riguardo a ciò che loro stessi fanno in terapia. Ribadiamo che ciò non significa sminuire l'importanza di tali teorizzazioni, che hanno comunque la fondamentale funzione, fra le altre, di orientare e confortare l'azione terapeutica, e possono svolgere tale funzione anche quando descrivano vagamente o perfino infedelmente ciò che il terapeuta fa in seduta. Così comunque non è per il terapeuta-autore ora considerato che ben caratterizza operativamente la propria tecnica terapeutica. Lo potrà valutare personalmente il lettore leggendo l'appendice A.

(P l'aveva descritto prima: forte agitazione, rabbia, groppo in gola)

T * **Si ma l'attivazione interna è già una risposta all'effetto che ti ha fatto**

P Sì, io mi sento come se la mamma mi volesse guidare nelle cose già di mia competenza privata

T (1) **Ho capito, ma il fatto che tua mamma è come se ti volesse guidare, questo volerti guidare di lei, a te che senso ti dà, come ti senti?**

P Mi sento come se non fossi in grado di capire che devo mangiare

T (2) **Oh! E qual è l'aspetto che ti colpisce, che ti dà fastidio nel fatto che lei è come se ritenesse che non sei in grado di capire**

P (ride) probabilmente il fatto che io mi sento non in grado di capire cosa devo mangiare

T (3) **Cioè come se ti sentissi**

P ancora... come se dovesse la mamma preoccuparsi per me, che avessi ancora bisogno della mamma

T (4) **come di una che ancora dovesse essere seguita e non in grado di**

P Sì, sì.

In tutta la sequenza il terapeuta fa per lo più domande e il paziente risponde, come nelle altre sequenze finora considerate. Le domande del terapeuta, analogamente a quelle della sequenza 2 tratta dalla stessa seduta, non presuppongono ipotesi sui contenuti dell'esperienza della paziente, non sono cioè domande informative e non sono accompagnate dai fenomeni interattivi che abbiamo rilevato nella sequenza 1 del terapeuta A: qui il terapeuta non manifesta cautela e la paziente non risponde con accordi o disaccordi. Però *si ha la netta impressione che il terapeuta sappia che cosa vuol sapere e la paziente invece non lo sappia* – un'impressione che dava anche la sequenza 2 dello stesso terapeuta.

L'analisi ravvicinata di un passaggio aiuta a capire. In un turno a metà della sequenza (*) il terapeuta non fa una domanda, ma commenta ciò che ha detto la paziente e lo corregge. Non corregge riguardo a ciò che la paziente ha provato, ma riguardo alla *sintassi* dell'esperienza soggettiva: prima dell'attivazione interna ci deve essere “l'effetto che ti ha fatto [la frase della mamma]” e l'attivazione interna è una risposta a questo effetto. Il terapeuta vuole sapere questo “effetto”, che dà per scontato che ci sia.

Il seguito conferma questa particolare configurazione dell'indagine congiunta di terapeuta e paziente:

In (1) la risposta precedente della paziente è accettata (“Ho capito”) ma non è quello che il terapeuta cerca e quindi questi orienta ancora la ricerca della paziente (“questo volerti guidare di lei, a te che senso ti dà?”).

In (2) c'è un "Oh!" che può essere inteso come se terapeuta dicesse "ecco! ci sei vicina, provaci ancora, ti aiuto un altro po' a trovare quello che tu sai e io non so, ma so che c'è"¹¹.

In (3) il terapeuta sollecita una riformulazione della risposta della paziente, da "io mi sento non in grado di capire cosa devo mangiare" a "cioè come se ti sentissi".

In (4) la paziente è sostanzialmente arrivata a riferire quanto atteso dal terapeuta e a questi basta riformulare la risposta con una leggera modifica, spostando il fuoco dall'atteggiamento della mamma alla rappresentazione di sé: da "come se dovesse la mamma..." a "come di una che ancora...": è una riformulazione che aggiunge qualcosa, che la paziente conferma enfaticamente ("Sì, sì").

La sequenza nel suo complesso, quale appare configurarsi sulla base dell'analisi ora accennata, esemplifica un tipo particolare di attività, uno specifico *frame*: un tipo di indagine collaborativa in cui la competenza del paziente e quella dell'esperto sono implicitamente definite in un modo peculiare. L'analisi di altre sequenze di questo genere, rilevabili nelle nostre ulteriori sedute di questo terapeuta, permette di identificare tale *frame* e di schematizzarlo provvisoriamente nel modo indicato qui sotto, indicandolo come un *frame* caratteristico dell'approccio seguito dal terapeuta B.

***Frame* "indovina il tuo segreto"**

Principio di Competenza cui si attiene il terapeuta e di conseguenza anche il paziente:

nel parlare di sé, il paziente è il più competente sui contenuti della sua esperienza, mentre il terapeuta è l'esperto di come è organizzata generalmente l'esperienza di sé di chiunque.

Schema organizzativo generale dell'esperienza di sé presupposto dal terapeuta e non contestato dal paziente:

in qualsiasi episodio d'interazione interpersonale reale o immaginario, i pensieri, le emozioni e le sensazioni del soggetto sono precedute e condizionate da un sentimento immediato del soggetto riguardo a sé stesso (a cui il terapeuta fa riferimento con il termine *sensò di sé*).

¹¹ L'Analisi Conversazionale ha studiato gli usi conversazionali di "oh": in breve, "oh" viene usato come segnale di ricezione di una notizia, di qualcosa che il parlante mostra così che non conosceva prima e che acquisisce come qualcosa che altera significativamente il suo stato di conoscenza. Nei contesti di consulenza e in altri contesti professionali il ricorso a segnali di questo genere è molto più raro che nella conversazione ordinaria, per varie ragioni: qui probabilmente viene usato dal terapeuta per suggerire al paziente che sta fornendo (finalmente) il tipo di informazione richiesto dalle due domande. La successiva reazione del paziente sembra confermare questa interpretazione.

Istruzioni operative per il terapeuta per realizzare questo tipo di attività:

nel trattare dei contenuti delle esperienze di sé del paziente, limitati a fare domande, chiedendo a lui che cosa ha pensato, quali immagini e pensieri hanno attraversato la sua mente, che emozioni e sensazioni ha provato, e simili. Non avanzare pareri riguardo ai contenuti, neanche in forma ipotetica.

Fai le tue domande presupponendo una certa struttura generale dell'organizzazione dell'esperienza di sé, se necessario informandolo brevemente al riguardo; riassumi ciò che ha detto il paziente riformulandolo in modo conforme alla struttura presupposta, senza modificare o interpretare i contenuti, chiedendo conferma al paziente di avere capito bene o lasciandogli l'opportunità di confermare o correggere.

Se il paziente non riesce a fornire il tipo di informazioni previste dallo schema, insisti a chiederle, riformulando più volte le domande; se anche così non riesce, prova con un altro episodio, oppure passa a un altro dei frame previsti da questo approccio terapeutico.

1.3.2 Il frame “*verifica la mia ipotesi su di te*”

Nelle sedute del terapeuta A che abbiamo analizzato il frame “indovina il tuo segreto” non compare mai. Compare invece a più riprese un frame alquanto diverso, peraltro assente nelle due sedute didattiche del terapeuta B. Questo secondo frame viene esemplificato da questa sequenza¹².

SEQUENZA 4 – TERAPEUTA A

Si tratta della stessa seduta della Sequenza 1, quella con la paziente con problemi coniugali. Qui lei si lamenta delle “conferenze” che il marito le fa sui problemi di lei, e presenta negativamente anche la propria reazione, che consiste nel non ascoltarlo.

P [...] cioè c'è un rifiuto di ascolto totale. Io so che quel discorso durerà dieci minuti, i primi tre ascolto poi gli altri sette penso ad altre cose, con un enorme fastidio, proprio enorme. E a volte ascolto perché so che se non ascolto il discorso sarà riproposto

T (1) forse non è quello che vorrebbe sentirsi dire

P beh certo, senz'altro sì

T che cosa vorrebbe sentirsi dire?

P quello che penso anch'io, cioè io posso avere la pretesa assurda di volere una persona più simile, ora sono anche fissata su questo discorso anche pericoloso, per carità, perché una persona non si cambia, però penso sempre di più che persone simili non hanno molti problemi

¹² La sottolineatura di alcune parole in questa sequenza non indica un'intonazione particolare, è solo un richiamo per la successiva analisi.

- T (2) forse lei ha la pretesa tutt'altro che assurda di essere capita, capita come lei vede le cose, per quello che lei prova**
- P sì ma quali sono però, da dare all'altro, le conoscenze che l'altro può avere di te. Questo è che non
- T (2) pensa che dovrebbe essere lei ad adeguarsi anche in questo?**
- P ma io penso di dovermi dare da fare, però, perché se così non fosse e l'altro non arriva con le sue possibilità, con le sue condizioni a farlo, cioè ci ritroviamo ad un punto di partenza, non arriviamo mai
- T (2) ogni tanto ho la sensazione però che lei non senta come legittima questa sua insoddisfazione, tanto è vero che traspare a mala pena in quello che dice, come se il suo dispiacere, lo chiamiamo dispiacere perché non ho elementi per definirlo in maniera più forte o diversa, è come se il suo dispiacere per il fatto di non essere compresa, di non essere capita non lo considerasse poi così importante**
- P io
- T è una delle sue, così, delle sue fissazioni forse poco opportune**
- P ma forse perché mi sono convinta, mi sono lasciata convincere che il male, il nero viene da me.

Apparentemente per quanto riguarda i tipi di mosse da cui è composta, questa sequenza è simile alla precedente, in quanto entrambe sono sequenze fatte prevalentemente di domande del terapeuta e di risposte del paziente; ma un'analisi più approfondita mostra come il tipo di attività in essa realizzato, il *frame*, sia sostanzialmente diverso.

Innanzitutto nel turno indicato con (1) il terapeuta fa un'ipotesi su di un contenuto dell'esperienza della paziente, sulla base di ciò che ella ha detto, marcando la natura dubitativa della propria affermazione ("forse") e dando alla paziente l'occasione di confermare. Cosa che la paziente fa con un'esitazione.

Successivamente nei tre turni indicati con (2) il terapeuta fa ancora ipotesi sui contenuti dell'esperienza della paziente, la prima e la terza volta con formule dubitative ("forse" e "ho la sensazione"), in tutti e tre i casi con una certa contrapposizione a ciò che la paziente ha detto. La paziente replica contrapponendosi a sua volta alle ipotesi del terapeuta su di lei: gli indicatori di reciproca contrapposizione sono sottolineati.

L'analisi di varie sequenze di questo genere, presenti nelle sedute del terapeuta A, consente di identificare, seppure in termini ipotetici, un *frame* di indagine collaborativa alquanto diverso dal precedente: le differenze sono schematizzate qui sotto.

Frame “*verifica la mia ipotesi su di te*”

Differenze rispetto al frame “Indovina il tuo segreto”:

le competenze di paziente e terapeuta appaiono meno distinte. Il paziente è l'esperto delle esperienze di sé stesso e infatti il terapeuta glielo chiede, ma questi può avanzare ipotesi al riguardo, sulla base di ciò che il paziente ha detto;

il terapeuta deve farlo però in modo dubitativo, dando modo al paziente di confermare o confutare o correggere;

la conversazione che ne risulta assomiglia di più a una conversazione ordinaria e include momenti di discussione, in cui il paziente può obiettare all'ipotesi del terapeuta e questi può a sua volta obiettare alle obiezioni del paziente;

l'ultima parola sulle esperienze di sé del paziente spetta comunque al paziente.

1.3.3 Il frame “*dell'ornitorinco*”

Vediamo finalmente una sequenza del terzo terapeuta, che abbiamo denominato terapeuta C. Le sue sedute, da noi esaminate, presentano un modo di conduzione più articolato, in cui si alternano tipi di attività notevolmente diversi: oltre a un macroframe genericamente caratterizzabile come *frame* d'indagine, in cui pure rientrano i due *frame* più specifici sopra descritti e gran parte delle sedute dei terapeuti A e B, sembrano identificabili due diversi tipi di attività: una che possiamo definire di *Esercitazione Terapeutica* e un'altra denominabile *Inserito Pedagogico*. Vediamone un esempio rappresentativo.

SEQUENZA 5 – TERAPEUTA C

(si tratta di una seduta con un paziente con sintomi fobici: al paziente è stato assegnato nella seduta precedente un compito di auto-osservazione, e qui il paziente sta riferendo uno degli episodi osservati)

P * mentre le parlo mi viene già

T **una sensazione?**

P sì

T **che sensazione?**

P è una cosa così

T **e che immagine ti è venuta in mente?**

P mi è venuto in mente appunto che ero lì e non riuscivo a parlare perché dovevo stare attento, ero appunto nel punto che mi dà fastidio

T **in che punto? ... in che punto?**

P nel punto solitamente vicino a questo pullman

T **ahah hai ripreso un po' questo discorso della corriera**

- P no, no, è che devo ripassare di lì
- T ah quando vai=**
- P * =quando vado al ristorante
- T ** ecco, appoggiate alla sedia adesso, immagina quel punto, vediamo se riesci a farti venire questa tensione, se ce l'hai ancora dentro, se ce l'hai ancora adesso**
- P. devo riuscire a farmela venire?
- T sì... prova a fartela venire...**
- P non la sento
- T dimmi quando la senti dove la senti...**
- P ** con l'idea di farmela venire invece non la sento
- T *** ecco vedi, vedi cosa può succedere? adesso hai capito che è una cosa che ti fai venire tu, quindi hai capito... ecco vedi, volevo farti fare questo, nel caso che ti venga- poi possiamo fare un altro esercizio- una volta facciamo un esempio di immaginazione. Rimettiti appoggiato, la tensione di prima- fai un respiro profondo come ti ho insegnato prima, pensa ai muscoli che stai tirando, che sono in tensione, come quando sei teso dentro, poi fai un respiro e rilassati, e senti che ti stai rilassando, adesso puoi fare meglio quelle considerazioni del tipo "io posso controllare quello che provo, e la tensione e i pensieri che l'hanno provocato, e la tensione non è qualcosa di esterno che mi è venuto, è qualcosa che io mi sono provocato con le mie idee, e adesso intanto posso bloccarli facendo questo esercizio" pensare ai muscoli, ti ricordi? respirare, pensare ai muscoli, muscoli tesi, e poi espirare e poi riflettere sul fatto che è tutta una cosa che hai dentro e che tu puoi controllare, non una cosa esterna. Vedi? è servito anche questo. Andiamo avanti con la situazione.**

Nella prima parte del brano, contrassegnata da (*), possiamo osservare una sequenza di indagine, con varie domande di precisazione del terapeuta e conseguenti risposte del paziente; nella seconda parte a partire dal turno contrassegnato con (***) osserviamo un fenomeno del tutto diverso. Il terapeuta ingiunge direttamente al paziente di fare determinate cose dal punto di vista comportamentale, di appoggiarsi allo schienale della sedia, di immaginare determinate cose e così via. La domanda di chiarimento del paziente mostra che questi ha accettato le proposte del terapeuta. Si ha dunque una fase di tipo completamente diverso dall'indagine, che denominiamo di **esercitazione**, innestata sull'attività di indagine precedente. Infine nella terza parte del brano, contrassegnata da (***), sull'esercitazione si innesta a sua volta un turno particolarmente lungo del terapeuta caratterizzato da una sorta di spiegazione su quello che sta succedendo. Un intervento che denominiamo **inserto**

pedagogico, che tra l'altro contiene ulteriori momenti di esercitazione. Un'analisi più accurata, che includa il non verbale, mostrerebbe come il paziente si sintonizzi volta a volta su questi rapidi cambi di frame fluidamente attivati dal terapeuta.

Caratterizziamo brevemente i due nuovi frame che compaiono in questa sequenza, anche sulla base dell'analisi di altre sequenze qui non riportate.

L'Esercitazione terapeutica è caratterizzata dal fatto che il terapeuta gestisce direttamente il comportamento del paziente (corporeo e/o cognitivo, quindi anche verbale) tramite delle direttive e delle istruzioni precise, con eventuali spiegazioni sulla funzione e verifiche dell'esecuzione e dell'effetto di ciò che si sta facendo. L'esercitazione si distingue nettamente dalla conversazione ordinaria, in quanto viene alterato radicalmente il meccanismo dell'alternanza dei turni. Ad esempio durante i silenzi il paziente non è tenuto a prendere la parola, ma a svolgere il compito indicato dall'istruzione fornita dal terapeuta, segnalando eventualmente difficoltà in questo. Cambiano quindi radicalmente il clima e gli aspetti emotivi della seduta: il terapeuta diviene un istruttore "carismatico" e il paziente una sorta di allievo, indotto a porsi nei suoi confronti in una posizione in cui deve imparare a fare qualcosa che questi già sa.

Notiamo infine come l'esercitazione sul compito a casa, così come tipicamente veniva svolta nella terapia cognitiva standard di tipo beckiano, sfociasse in quella che possiamo chiamare una discussione riguardante gli aspetti di adeguatezza e razionalità dell'esperienza del paziente, in cui il terapeuta invitava, con modi anche piuttosto energici, il paziente a modificare il contenuto delle proprie convinzioni. Nelle sedute da noi analizzate non compare questo tipo di discussione, in cui si fronteggiano pareri contrapposti, ma anzi il terapeuta ha verso i contenuti discordanti forniti dal paziente un atteggiamento che potremmo definire, con termine ericksoniano, di "utilizzazione".

Veniamo ora alla caratterizzazione dell'*Inserito Pedagogico*. Si tratta di un contributo del terapeuta, spesso costituito da un turno di parola lungo, che compare generalmente all'interno dello sviluppo di un tema o di un'esercitazione, perciò lo chiamiamo "inserto". Pur essendo sempre connesso a quanto appena detto dal paziente (pertinenza tematica), non si limita a riformularlo, come i riassunti, ma contiene informazioni, istruzioni, e consigli che il terapeuta fornisce assumendo, anche mediante appropriati marcatori verbali, paralinguistici e non verbali, una posizione di esperto. Anche il modo in cui il paziente reagisce definisce il carattere di inserto pedagogico. Il paziente infatti rinuncia a inserire un suo turno di parola anche là dove potrebbe ad esempio nelle pause successive al completamento di un enunciato del terapeuta, lasciandolo continuare.

La fluidità con cui il terapeuta C alterna mosse e *frame* di natura diversa, riuscendo per lo più a mantenere in questi passaggi una buona sintonizzazione col paziente, e il fatto che questi diversi *frame* rapidamente cangianti appaiono strettamente intrecciati

e funzionalmente integrati, suggeriscono di considerarli come componenti di un macroframe che chiameremo *frame* dell'ornitorinco¹³. Vediamo ora una schematizzazione di questo frame, che presenta qualche difficoltà in più rispetto alle precedenti in quanto riguardante attività e mosse di maggiore varietà. L'andamento di una parte di seduta, o macroframe, può essere comunque definito in termini di principi che orientano complessivamente il comportamento dei partecipanti e di istruzioni operative per il terapeuta. I principi di questo frame appaiono solo lievemente diversi da quelli del frame *Indovina il tuo segreto*, ma tale differenza ci sembra significativa.

Il frame dell'ornitorinco

(Impara nuovi modi di trattare la tua esperienza)

Principi

Principio di Competenza: il terapeuta è l'esperto di come è organizzata generalmente l'esperienza soggettiva e in particolare dell'esperienza di sé di chiunque e delle buone configurazioni di tale organizzazione.

Corollario di questo principio è che l'esperienza soggettiva e l'esperienza di sé del paziente è composta da ingredienti di fondo non dissimili da quella di chiunque altro, è in questo senso normale, mentre non ottimali possono essere le configurazioni dei vari ingredienti.

Schema organizzativo generale dell'esperienza e principio di modificabilità della stessa: in qualsiasi episodio sintomatico sono determinanti rispetto alla qualità dell'esperienza stessa alcune componenti e modalità (pensieri prima che emozioni), che possono essere influenzate e modificate con le dovute istruzioni.

Istruzioni operative per il terapeuta

Indaga i contenuti delle esperienze di malessere (sintomatiche) del paziente, facendo domande, chiedendogli che cosa ha pensato, quali immagini e pensieri hanno attraversato la sua mente, che emozioni e sensazioni ha provato, e simili.

Fai le tue domande presupponendo una certa struttura generale dell'organizzazione dell'esperienza (domande informative e di precisazione); riassumi ciò che ha detto il paziente riformulando e ordinando ciò che ha detto in modo conforme alla struttura presupposta (riassunti e riassunti informativi).

Appena hai evidenziato aspetti dell'esperienza in cui ti sembrano presenti componenti o aspetti disfunzionali rispetto al tuo modello generale dell'esperienza, avanza pareri al riguardo proponendo alternative diverse e più funzionali.

¹³ Il simpatico marsupiale che fa le uova e allatta, ha becco e denti, zampe da anatra e unghie, tana terricola e costumi acquatici, integrando in sé caratteristiche proprie di animali di diverse classi. In omaggio ad una sorta di par condicio nei confronti dei nostri terapeuti, confessiamo di avere anche denominato il particolare frame attribuito al terapeuta A come "frame del fiordaliso", riferendoci tra l'altro al carattere di indulgente lievità e leggerezza con cui il terapeuta porta avanti la sua indagine; caratteristiche contrapposte invece all'austero vigore e alla determinazione del terapeuta B nel diverso frame a lui attribuito, che si è guadagnato sul campo l'appellativo di "frame dello squalo".

Riguardo agli aspetti disfunzionali dell'esperienza elicitati fai fare esperienze dirette in seduta, dando precise istruzioni al riguardo per differenziare le diverse componenti e proporre modalità nuove di esperienza che ti sembrano più opportune e adeguate. Poniti come esperto e come trainer dando istruzioni di comportamento o proponendo informazioni, suggerimenti o consigli che possono essere utili nella situazione in questione.

Se il paziente fornisce informazioni in contrasto coi contenuti o non previste dallo schema del tuo discorso pedagogico o delle tue istruzioni, non discuterle, ma incorporale ristrutturandole o modificando parzialmente il tuo discorso oppure ancora prosegui nell'attività dell'indagine.

La metafora un po' giocosa dell'ornitorinco ci serve anche per far presente al lettore l'eterogenea varietà di *frame* che si alternano spesso in una seduta di terapia, con una consapevolezza inevitabilmente solo parziale del terapeuta e del paziente. Entrambi tuttavia generalmente riescono a sintonizzarsi, in grado maggiore o minore, sul *frame* attivo al momento, e continuamente rinegoziano il mantenimento di un dato *frame* o il passaggio dall'uno all'altro, dando vita una serie di vicende interattive che vanno costituire la qualità della relazione terapeutica.

Postilla I. Analisi dettagliata di un brano di seduta

Abbiamo già chiesto al lettore una pazienza forse maggiore dell'ordinario. Ora ne chiediamo un sovrappiù, per fargli apprezzare fenomeni interattivi più sottili che emergono da una trascrizione più accurata. Riesaminiamo una parte della Sequenza 1, per mostrare alcune modalità particolari, ascrivibili a un repertorio di tecniche interattive, con cui il primo terapeuta propone le sue ipotesi sul paziente.

Utilizziamo le notazioni standard dell'Analisi della Conversazione, che chiariamo nell'ordine in cui si presentano in questa sequenza:

sì sì	parole pronunciate con un volume di voce più basso
(.)	pausa breve ma percepibile, inferiore a un secondo
tanto	la sottolineatura indica un'intonazione particolare
(2,0)	pausa di 2 secondi
hh	espirazione percepibile
u::	prolungamento della sillaba
*sa/	
*hm/	sovrapposizione di parola dei due parlanti
((tossisce))	descrizione di fenomeni paralinguistici o non verbali
()	parole inintelligibili per l'analista
.hh	inspirazione percepibile
tipo-	parola troncata di netto
PERÒ	parole pronunciate con un volume di voce più alto
= =	la fine di un turno di parola è allacciata, senza neanche una minima pausa, all'inizio del turno successivo
, . ?	indicano profili intonazionali corrispondenti ai relativi segni d'interpunzione

SEQUENZA 1 – TERAPEUTA A (trascrizione più fine)

Nella parte immediatamente precedente il terapeuta ha sollecitato la paziente a parlare della sua relazione col marito; a un certo punto tira le conclusioni di quanto detto dalla paziente, dicendo che la sua indifferenza nei confronti del marito risente della loro relazione – e la paziente conferma.

- P °sì sì° (.) no no, risente risente. (.) tanto.
 (1) **(2,0)**
- T hm.
 (2) **(6,0)**
- T **eh non so perché mi fa - alzando fuori la testa (4,0) una cosa che lei ha detto la settimana scorsa/**
- P hm/
- T **(.) a proposito della sua reazione (.) diversa da quella (.) delle sue amiche (mi sembra) (tossisce) di fronte alle- ai complimenti a volte anche un po' pesanti insomma parlava forse dei ven/ditori del mercatino ()/**
- P *hm/ *hm hm/
- T **((tossisce) (2,0) hm (.) forse perché anche quando me ne ha parlato allo::ra (.) mi sono chiesto:: (2,0) che significato poteva avere per lei quel tipo di apprezzamento**
- P (3) hm hm (3,0) hh sì ma/
- T ***in al/tre parole è possibile che rappresenti:: °come dire?° per lei l'ennesima:: hhh dimostrazione di un certo tipo- di un certo modo con cui gli altri (.) si rivolgono a lei?=
 =no. (.) no non è paragonabile (.) °in questo senso°, NO PERÒ eh::: le posso dire che °a parte vabbè° () e i commenti del mercatino, anche:: i complimenti:: e altre attenzioni da parte dei (miei) colleghi °(insomma) di altri uomini°, oggi mi infastidisce molto, mentre::: prima (insomma que-) ci scherzavo su, oggi invece::: mi- mi dà fastidio proprio. (3,0) anche nella- () mi irrigidisco sub::ito::: e::: la considero (.) °una persona da eliminare° () ((rumori)) °non mi va di lavorarci°=
 T (4) **=((tossisce)) eh ma è come se andassero a tocca::re un *pun::/to**
 P *sì./
 T **caldo.**
 P sì. infatti sì.
 T °quale potrebbe essere?°.**

La pausa (1), in quanto collocata fra il completamento del turno di P (che ha confermato il riassunto di T) e il segnale di ricezione di T (“hm”), viene così de-

finita dal comportamento reciproco dei due come una pausa di riflessione di T su quanto ha appena detto P. La lunga pausa (2), in quanto precede un turno di T che si preannuncia complesso e che inizia con un segnale di esitazione (l'espiazione "hh"), viene così esibita da T stesso come una pausa in cui T ha preparato mentalmente ciò che sta per dire – a P viene così implicitamente segnalato che qualcosa di significativo sta per essere detto da T. Il quale inoltre dissemina il suo turno di esitazioni e indugi (pause brevi e lunghe, interne a frasi non completate, colpi di tosse, strascicamenti di sillabe, abbassamenti di voce, qualificazioni attenuative come "mi sembra", "forse", "un po'") che esibiscono incertezza e cautela, e contribuiscono, insieme col contenuto (presentazione di una riflessione alquanto articolata di T), a invitare P a una ricezione non oppositiva. E la reazione di P è congruente (sei "hm" opportunamente collocati, che segnalano buona ricezione e perdurante attenzione), cioè indica che P sta attribuendo a ciò che T sta facendo lo stesso senso che T sta esibendo a P: sono anche minuzie espressive di questo genere che realizzano quella *sintonizzazione* interattiva, cognitiva ed emotiva che costituisce di momento in momento la *relazione terapeutica*.

In (3) la sintonizzazione per un momento si incrina: T ha completato una frase che potrebbe essere intesa come una domanda ("mi sono chiesto che significato poteva avere per lei quel tipo di apprezzamento"). P non la tratta subito come una domanda, perché risponde con due "hm" che offrono a T l'opportunità di continuare. Ma T non continua e c'è una lunga pausa (che è terra di nessuno) di 3 secondi, cui P mette fine decidendo a quel punto che tocca a lei parlare e rispondere; lo fa tuttavia con cautela, segnalando con un'inspirazione percepibile ("hh") che sta per parlare. Tanto basta a T per riprendere la parola, come se non avesse ancora terminato la domanda che sta ponendo, sovrapponendosi per un paio di sillabe a P, che rinuncia a proseguire. Si noti anche che ciò che P aveva cominciato era verosimilmente l'espressione di un educato disaccordo ("sì ma"). T completa la sua domanda precisando la sua ipotesi, col risultato di ottenere un disaccordo più netto ("no"), anche se poi attenuato da P con varie qualificazioni.

In (4) T riformula la sua ipotesi in termini più vaghi, utilizzando una metafora ("come se andassero a toccare un punto caldo"), segnalando comunque ("eh ma") che ciò che egli intende è diverso da ciò che ha mostrato di intendere P (probabilmente nel senso che T focalizza la sua domanda sulla reazione interna di P, la quale invece rispondendo si è soffermata sullo stimolo esterno). La riformulazione viene subito e senza riserve accettata da P ("sì. Sì, *infatti* sì"), consentendo a T di avanzare immediatamente una domanda di precisazione potenzialmente importante ("quale potrebbe essere?"), espressa in una forma lineare e con un abbassamento del volume della voce che segnalano un'aspettativa di T di buona comprensione da parte di P.

Questa analisi mostra come in una breve sequenza di routine terapeutica, in cui T applica quelle comuni mosse di conduzione della seduta precedentemente identificate, si alternino tuttavia momenti di maggiore e minore sintonizzazione che vengono modulati, oltre che dai contenuti verbali, da sfumature interattive accuratamente gestite da entrambi i partecipanti: a un momento di **buona sintonizzazione** (fino a 3) segue una breve fase di parziale disaccordo e **incrinamento** della sintonizzazione (da 3 a 4), che viene poi subito ristabilita grazie anche a un accorto **riaggiustamento** da parte di T. Speriamo di avere almeno dato un'idea di come questo genere di analisi permetta di descrivere non solo una data tecnica di conduzione del colloquio, ma anche il minuto andamento, nel corso della sua applicazione concreta, di quella sintonizzazione interattiva che progressivamente costituisce *la qualità della relazione* terapeutica.

Postilla II. Glossario delle mosse da esperto del terapeuta

Domande

Attribuendosi il diritto quasi esclusivo di fare domande il terapeuta sceglie i temi e, con le domande di precisazione sulle risposte del paziente, sceglie la direzione in cui approfondire un dato tema. Anche tale forma di conduzione della seduta lo connota come esperto: è lui che sa se è opportuno parlare di una certa cosa; il paziente può chiedere di farlo, ma è il terapeuta che decide, anche quando sia un terapeuta molto permissivo. Una seduta in cui il paziente non accetta che il terapeuta continui a fare domande, o in cui pretende che il terapeuta risponda a una lunga serie di sue domande scollegate dalle domande del terapeuta, o in cui il terapeuta lascia parlare il paziente a ruota libera, senza orientarne il discorso con qualche domanda, assomiglierebbe così poco a una seduta di terapia cognitiva da richiedere giustificazioni speciali per poterla considerare ancora tale.

Uno dei modi in cui il terapeuta sviluppa un tema è quello di porlo con una domanda generale, una *domanda tematica*, subito seguita da una serie di domande più specifiche rispetto all'ambito delineato dalla domanda iniziale. Nello sviluppare il tema, il terapeuta fa larghissimo uso – più di quanto ammissibile in una conversazione ordinaria – di *domande di precisazione*: chiede al paziente di dire qualcosa di più riguardo a ciò che ha appena detto rispondendo alla precedente domanda.

Riassunti

Il terapeuta riprende regolarmente, più o meno spesso, quanto detto dal paziente. In questo modo *controlla* di avere ben capito, *evidenzia* come più rilevanti certe cose dette dal paziente e ne *tralascia* altre, e così facendo introduce nuove domande. Ovviamente il paziente non riassume regolarmente le domande o gli interventi del terapeuta, può capitare solo eccezionalmente.

Domande informative e riassunti informativi

Sono quelle domande e quei riassunti che *presuppongono chiaramente un'ipotesi del terapeuta riguardo al paziente*, o addirittura un giudizio non ipotetico riguardante qualche aspetto dell'esperienza del paziente e delle sue vicende, senza che il paziente avesse prima avanzato lui stesso quell'ipotesi o quel giudizio; non raramente possono riguardare anche strutture organizzative dell'esperienza, valide in generale e applicabili al paziente stesso. Spesso ma non sempre il terapeuta chiede conferma al paziente della giustezza del suo punto di vista. Il ricorso a domande o riassunti informativi è uno dei modi più frequenti ed efficaci con cui il terapeuta fa valere la sua competenza di esperto, che gli consente di comunicare implicitamente cose che il paziente mostra di non avere mai pensato di sé stesso e della sua esperienza.

Interpolazioni

Il terapeuta inserisce contenuti inerenti i comportamenti e l'esperienza del paziente non presenti nel discorso del paziente o prova a esplicitare ciò che potrebbe o vorrebbe dire il paziente in risposta a certe domande. Più frequentemente, se il paziente non riesce a procedere abbastanza chiaramente e speditamente, il terapeuta ne completa il discorso. Questa è un'azione che molti terapeuti esplicitamente cercano di non fare, ma è probabile che tutti lo facciano in qualche misura. Il punto essenziale riguardo al ruolo di esperto è che il terapeuta può ricorrervi ampiamente, ma il paziente no. Questa differenza evidenzia che il terapeuta, in quanto esperto, può aiutare il paziente ad esprimersi più di quanto il paziente possa aiutare il terapeuta ad esprimersi.

Pareri dell'esperto

Compaiono come commenti a una risposta o a una serie di risposte del paziente e non si limitano a riprendere, eventualmente selezionando e interpretando, quanto detto dal paziente, ma affermano, magari in forma dubitativa, qualcosa che il paziente non ha detto. La differenza rispetto alle domande e ai riassunti informativi è che *ciò che il terapeuta aggiunge di suo è proprio esplicitamente affermato*, non implicitamente presupposto nel chiedere o nel riassumere qualcosa. I pareri dicono o ipotizzano qualcosa riguardo a come stanno le cose. Questi pareri riguardano per lo più aspetti del paziente e delle sue vicende, ed è previsto che il terapeuta dia modo al paziente di commentare a sua volta il parere dell'esperto, avvalorandolo, confutandolo, fornendo elementi pro o contro, oppure anche chiedendo prima chiarimenti. Non è da porre come condizione, perché sia considerabile parere di esperto, che sia formulato in termini tecnici (come quando un terapeuta dice "mi sarei aspettato una reazione depressiva"), basta che sia qualcosa che il terapeuta dice seriamente (senza escludere eventuali venature scherzose che non annullino la serietà del pa-

rere) riguardo a qualche aspetto dei problemi e delle vicende del paziente e che sia in qualche misura e significativamente diverso da ciò che ha detto il paziente. Può essere anche, spesso è, qualcosa che viene inferito da cose che il paziente ha detto, ma che è tuttavia un'aggiunta rispetto a ciò che il paziente ha detto.

Ovviamente qualsiasi tipo di formulazione diagnostica proposta al paziente è un parere di esperto. Anche una ristrutturazione di significato o una riformulazione "interna" – in termini di funzionamento psicologico – del problema lo sono. Ma non sono questi i soli modi in cui il terapeuta rilascia il suo parere di esperto. Naturalmente i pareri di esperto tenderanno a infittirsi dopo la fase iniziale della seduta, ma non è detto che compaiano solo alla fine, nella fase cioè in cui vari terapeuti usano tirare qualche conclusione della seduta.

Inserto pedagogico

È una spiegazione informativa, una sorta di lezioncina di psicologia, di neurofisiologia, o di altre materie di cui ci si deve aspettare che il terapeuta sia più esperto del paziente, che talvolta viene infilata più o meno brevemente nel discorso. È ausiliaria rispetto a qualche altra attività più specifica che il terapeuta fa in seduta. Se così non fosse, la seduta non sarebbe più una seduta di psicoterapia, ma una lezione privata di psicologia, sociologia o altro. *Ha per oggetto qualcosa di più generale del singolo paziente*, cioè non verte solo su di lui, ma su regolarità applicabili più generalmente. Il paziente non è tenuto a replicare, deve solo dare segnali minimi anche non verbali di ricezione e può chiedere chiarimenti.

Che un certo intervento del terapeuta sia un inserto pedagogico risulta quindi anche dal modo in cui il paziente reagisce ad esso. Un primo aspetto di questa reazione è che il paziente tace e lascia continuare, anche dove potrebbe inserirsi secondo le regole conversazionali dell'avvicendamento dei turni, fino a che il terapeuta non dà segno di avere finito ciò che si configura come una breve lezione. Un secondo aspetto della reazione del paziente è che questi commenta ciò che il terapeuta ha detto, qualche volta in modo parzialmente oppositivo ("sì però", "sì ma"), spesso invece approvando. *Le reazioni oppositive* all'inserto pedagogico sembrano dar luogo a una sequenza tipica in cui il terapeuta non contrasta quanto detto dal paziente, ma fa una domanda che sviluppa un aspetto della reazione compatibile col proprio inserto, portando il paziente a sviluppare tale aspetto. Il terapeuta apprezza ed eventualmente *si autocorregge* in modo da aggiungere all'inserto precedente l'obiezione riformulata come precisazione, e riprende il tema lungo la linea che aveva proposto nell'inserto.

Rilevazioni di incongruenze

È un tipo particolare di parere, di commento aggiuntivo a ciò che ha detto il paziente, in cui il terapeuta rileva che nelle cose dette dal paziente c'è qualcosa

che non quadra. Anche questa è una mossa da esperto che il paziente nel formato terapeutico di base non fa mai, oppure fa in termini molto cauti, come chi probabilmente vede un'incongruenza perché ha capito male. Anche il terapeuta naturalmente può metterla in questa forma, la differenza è che questa è una mossa che lui può fare tranquillamente. Come si vedrà in seguito, si tratta di una mossa strategicamente molto importante nelle terapie cognitive, specie in relazione al commento delle ricostruzioni di episodi. La rilevazione di incongruenza introduce una richiesta o una serie di richieste di chiarimento e di precisazione rivolte al paziente. Tali rilevazioni di incongruenza risultano appigli necessari per procedere verso una ridefinizione del problema.

Esercitazione terapeutica

È un'attività che si discosta nettamente da una conversazione ordinaria, mentre l'usuale conversazione di terapia cognitiva da noi presa in esame, ne mantiene le strutture basilari. Vi rientrano diversi *contenuti specifici* quali le tecniche di rilassamento, la revisione in seduta di un compito a casa, le tecniche immaginative “da poltrona” tipo sogni guidati ecc. L'attività è governata da direttive del terapeuta riguardo a comportamenti extra-linguistici del paziente (“Si appoggi allo schienale, respiri profondamente”) e viene *alterato radicalmente il meccanismo conversazionale dell'alternanza dei turni*: ad esempio, i silenzi non vengono usati per prendere la parola, ma occupati da attività extralinguistiche. Qui lo status di esperto del terapeuta emerge dal fatto che il terapeuta gestisce l'esercitazione.

Prescrizioni

Si tratta di richieste e indicazioni esplicite a fare qualcosa. In particolare si riferiscono ai cosiddetti compiti per casa, che *riguardano l'auto-osservazione* che il paziente è invitato a compiere su aspetti del proprio comportamento e della propria esperienza di cui si è parlato in seduta e tendono a focalizzare l'attenzione del paziente sugli aspetti particolari – contenuti ma soprattutto modalità formali di rappresentazione quali immagini mentali o pensieri che fanno parte del dialogo interno – rinvenuti in seduta. Le prescrizioni possono riguardare anche comportamenti specifici in seduta e fanno, in questo caso, parte delle attività di Esercitazione, di cui costituiscono la mossa iniziale.

Consigli

Questi interventi del terapeuta sono per certi versi simili ai pareri su come stanno le cose, ma riguardano suggerimenti riguardo ad attività specifiche o a come comportarsi in certe situazioni problematiche. Solitamente sono sporadici e marginali, cioè dati en passant mentre si fa principalmente qualcos'altro, ma abbiamo riscontrato che di fatto ben pochi terapeuti si astengono rigorosamente

dal darne. La loro collocazione marginale è marcata dal fatto che il terapeuta non dà spazio al paziente per replicare, manifestando impegno a seguirli o riluttanza o contrarietà o obiettando riguardo a difficoltà nel seguirli – questo è un modo che ha il terapeuta per segnalare che sono suggerimenti buttati lì, di cui il paziente può fare quello che crede, e non diventeranno oggetto centrale del discorso terapeutico. Se invece il terapeuta decide di dar loro una collocazione non marginale, allora c'è da aspettarsi che dia anche spazio al paziente per discuterne.

