

Setting e relazione terapeutica: la metafora dei due terapeuti

Setting and therapeutic relationship: The metaphor of the two therapists

Lorenzo Cionini, Isabella Mantovani

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Costruttivista, CESIPc, Firenze

RIASSUNTO

L'articolo esplora la relazione terapeutica nell'ambito della psicoterapia costruttivista intersoggettiva, ponendo particolare enfasi sulla *metafora dei due terapeuti*. Gli autori illustrano come il terapeuta debba integrare due ruoli complementari: il *terapeuta davanti*, direttamente impegnato nella comunicazione con il paziente, e il *terapeuta dietro*, che elabora significati e procedure basandosi su conoscenze teoriche e intuizioni emotive. Questo modello riflette la complessità del lavoro terapeutico, che richiede equilibrio tra comprensione empatica, autoconsapevolezza e consapevolezza tecnica. La relazione terapeutica è descritta come uno spazio intersoggettivo sicuro, in cui il paziente può ricostruire un senso integrato di sé attraverso il riconoscimento e la legittimazione delle proprie esperienze dissociate. Gli autori enfatizzano inoltre l'importanza della sintonizzazione affettiva e dell'approccio olistico per favorire un cambiamento trasformativo.

Parole chiave: Relazione terapeutica, psicoterapia costruttivista intersoggettiva, transfert e controtransfert, sintonizzazione affettiva, dissociazione del sé, metafora dei due terapeuti

ABSTRACT

The article explores the therapeutic relationship within the framework of intersubjective constructivist psychotherapy, placing particular emphasis on the metaphor of the two therapists. The authors illustrate how the therapist must integrate two complementary roles: the front-facing therapist, directly engaged in communication with the patient, and the back-facing therapist, who processes meanings and procedures based on theoretical knowledge and emotional insights. This model reflects the complexity of therapeutic work, which requires a balance between empathic understanding, self-awareness, and technical awareness. The therapeutic relationship is described as a safe intersubjective space where the patient can reconstruct an integrated sense of self through the recognition and legitimization of their dissociated experiences. The authors also emphasize the importance of affective attunement and a holistic approach to foster transformative change.

Keywords: Therapeutic relationship, intersubjective constructivist psychotherapy, transference and countertransference, affective attunement, self-dissociation, two-therapists metaphor

Che il fattore fondamentale di esito delle psicoterapie sia la relazione terapeutica è ormai opinione comunemente condivisa da tutta la letteratura scientifica (senza necessità di riportare un lungo elenco di riferimenti bibliografici) così come da tutti i principali modelli psicoterapeutici. Per quanto possano esserci modi almeno parzialmente diversi di definirne alcuni aspetti, le componenti essenziali della relazione terapeutica sono comunemente descritte come quell'insieme di dinamiche interpersonali e interazioni emotive che si costruiscono nel corso del trattamento all'interno del setting. Uno spazio assolutamente particolare, e diverso da qualsiasi altro della «vita comune» che, proprio per il suo essere limitato in termini di luogo e tempo, può permettere, se correttamente gestito, di essere sentito come un contesto sicuro e di fiducia all'interno del quale il paziente può esplorare e affrontare i propri problemi con un altro emotivamente sintonizzato che è lì per lui.

Durante la formazione come psicoterapeuti, imparare a gestire la relazione terapeutica è una delle competenze più difficili da acquisire poiché coinvolge non soltanto un saper fare ma quello che normalmente viene definito un saper essere ovvero un'attenzione contemporaneamente rivolta a sé e a sé con l'altro. La principale difficoltà che usualmente si evidenzia nelle prime esperienze di relazione con i propri pazienti dipende, abbastanza comunemente, dalla tendenza a concentrarsi sull'obiettivo di dover risolvere i problemi del paziente e ridurne la sofferenza, chiedendosi continuamente «cosa dovrei fare/dire per essere bravo?». La focalizzazione su questo obiettivo restringe il campo attentivo del terapeuta rispetto a ciò che sta avvenendo nella relazione. L'attenzione viene rivolta prevalentemente a se stessi e alla propria *performance*, riducendo la possibilità di ascoltare e comprendere l'altro sia rispetto a ciò che ci sta comunicando a livello esplicito ma ancor più ai significati impliciti veicolati dalla sua prosodia e dai suoi micro e macro movimenti corporei. È essenziale che i processi deduttivi di costruzione di ciò che sta avvenendo non siano stretti e lineari in relazione a un'attenzione altamente selettiva e focalizzata su aspetti isolati ma tengano conto di informazioni raccolte anche in momenti diversi; solo così, diviene possibile giungere a una loro integrazione e a una visione olistica del paziente, più ampia e aperta a possibili cambiamenti.

La relazione terapeutica nell'ottica costruttivista intersoggettiva

Il modo in cui viene intesa la relazione terapeutica nell'ottica costruttivista intersoggettiva è descritto, nelle sue principali dimensioni, alle pagg. 181-184 del libro *Modelli di Psicoterapia* (Cionini, 2013). Ci limiteremo quindi a riassumere più brevemente - e per punti - quanto già scritto in quel testo per concentrarci, successivamente, sulla «*metafora dei due terapeuti*» oggetto principale di questo contributo. In sintesi, gli aspetti fondamentali possono essere riassunti nei seguenti elementi:

- la condivisione della concettualizzazione dei processi di transfert e controtransfert, nell'accezione della psicoanalisi intersoggettiva (Atwood & Stolorow, 1984), intesi non più come proiezioni del passato ma come fenomeni, appartenenti al presente sia del paziente sia del terapeuta, che si co-creano all'interno del flusso dinamico e ininterrotto delle loro

comunicazioni e rappresentano una fonte preziosa di informazioni rispetto a ciò che sta avvenendo nelle transazioni implicite della relazione;

- il concetto di relazione come quel fenomeno che si crea nel setting, in quella che Martin Buber (1947) definisce *The Sphere of Between*, ovvero nella dimensione del Tra o del Noi o in quello spazio tra l'Io e il Tu che non appartiene a nessuno dei due ma solo ed esclusivamente alla relazione stessa in termini di complementarità;
- il fatto che il terapeuta, debba venir costruito dal paziente, nel corso del processo terapeutico e nei tempi per lui/lei possibili, come una vera e propria figura di attaccamento (una sorta di *base sicura* nella accezione di Bowlby, 1988) rispetto alla quale il paziente tenderà a riprodurre quei processi di attribuzione di significato e a vivere quelle emozioni che caratterizzano tipicamente «nell'oggi», le relazioni con le sue figure di attaccamento;
- la consapevolezza che il terapeuta non è un osservatore neutrale di ciò che avviene nel setting poiché vi partecipa e lo co-determina con la sua soggettività; per questo è importante che ponga una costante attenzione ai sentimenti e alle tendenze alle azioni evocate in lui dal paziente e all'effetto che possono avere nella regolazione interattiva della relazione (Safra, Muran, 2000); deve quindi essere sufficientemente consapevole di sé e delle proprie dinamiche affettivo-emotive per essere in grado di discriminare quanto ciò che sta sentendo, nel qui e ora della relazione, possa essere ricondotto prevalentemente alle proprie modalità stereotipiche di costruire l'esperienza e quanto a ciò che sta avvenendo nel Noi della relazione.

Fatte queste premesse, è importante sottolineare come, nella misura in cui il terapeuta abbia svolto un adeguato periodo di lavoro personale sia individuale (psicoterapia personale) sia nel gruppo di formazione, le sue sensazioni ed emozioni (la dimensione controtransferale) non rappresentino un ostacolo ma, al contrario, possibili fonti di comprensione e condivisione; una componente essenziale della relazione come strumento del cambiamento.

Ma, in che senso e in quale modo si può affermare che la relazione terapeutica rappresenti lo strumento principale del processo di cambiamento? Per rispondere a questa domanda è necessario fare momentaneamente un passo indietro a come si costruisce nel tempo l'identità personale a partire dalle primissime relazioni interpersonali.

La conferma della propria identità dalle prime relazioni di attaccamento: la sintonizzazione affettiva

Le ricerche dell'*Infant Observation* (per esempio: Beebe & Lachmann, 2002, 2014; Stern D. N., 1985, 1998; The Boston Change Process Study Group, 2010; Trevarthen, 1993; Tronick, 2008) mostrano come la co-creazione dell'esperienza intersoggettiva inizi fin dai primi momenti di vita, in relazione alla sintonizzazione affettiva fra il bambino e i care-giver. I processi di sincronizzazione fra la mamma e il bambino costituiscono una prima forma di comunicazione che è già presente nella fase prenatale, a partire dal quinto mese di gravidanza, mediata dalle variazioni ormonali del corpo materno in risposta allo stress, dal tono di voce, dal ritmo cardiaco e dai contatti fisici, almeno quando i movimenti del feto iniziano ad essere sentiti dalla madre (Santaguida & Bergamasco, 2024).

Per lo sviluppo di un senso integrato di sé è necessario che le interazioni fra il bambino e le sue figure di attaccamento (FdA) risultino comprensibili e che il bambino si senta riconosciuto e confermato nella sua specificità e soggettività. Le sue esperienze emotive e

affettive possono così essere costruite all'interno di una sensazione di fondamentale unitarietà e coerenza del Sé che permetterà, nel successivo sviluppo, il costituirsi di una propria identità personale più o meno integrata. (...) La mancata conferma da parte delle FdA degli stati emotivi del bambino, soprattutto se particolarmente intensi, può fargli sentire alcune parti di sé come non accettabili, in quanto non accolte e rappresentate nella mente dell'altro, portandolo a disconoscere i propri stati affettivi, a diffidarne e a non rappresentare la realtà della propria esperienza. (Cionini, 2018).

La capacità del bambino, e poi dell'adulto, di dare significato ai propri stati affettivi, riflettere su di essi, sentirli appartenenti a sé può essere così più o meno significativamente compromessa, *portandolo a dissociare gli stati e le sensazioni del Sé non riconosciuti e confermati*.

I ricordi dissociati sono sentiti come non appartenenti a sé poiché presenti soltanto come sensazioni illegittime, fonti di vergogna, non traducibili in termini dichiarativi con la sensazione che vi sia qualcosa di sbagliato in sé come persona. Le parti dissociate del Sé hanno un proprio accesso indipendente alla consapevolezza; non possono essere attivate simultaneamente alla coscienza e non possono entrare esplicitamente in conflitto fra loro poiché il conflitto presuppone la compresenza di entrambe le parti in gioco (Bromberg, 1998, 2006, 2011). Alcune parti del Sé possono essere ben funzionanti per la gestione della vita quotidiana, mentre altre rimangono disconnesse dalla coscienza. La dissociazione non comporta un'eliminazione dalla memoria delle esperienze disconfermate ma uno svuotamento del loro contenuto emozionale e/o una *non possibilità*, più o meno temporanea, della loro riattivazione a livello della consapevolezza (Stern D.B., 2003). I contenuti emotivi restano comunque nella memoria implicita orientando comportamenti e modalità di costruzione dell'esperienza nel presente, in assenza di consapevolezza.

La relazione terapeutica come strumento del cambiamento

Come già detto, sul terapeuta come figura di attaccamento il paziente riattiva le aspettative costruite nelle relazioni primarie, così come si sono sviluppate nel tempo. Per questo motivo, la relazione terapeutica è un campo potenziale, uno spazio aperto, all'interno del quale diviene possibile co-creare le condizioni per un'esperienza intersoggettiva nuova e diversa rispetto a quella che la persona ha fatto con le sue figure di attaccamento. In *momenti di incontro* (Sander, 2006; Stern, 2004) e in *momenti affettivi intensi* (Beebe & Lachmann, 2002), può aver luogo quel reciproco riconoscimento e condivisione delle sensazioni e dei bisogni del paziente che gli permette di rientrare in contatto con le sensazioni degli stati dissociati del Sé, legittimandoli e confermandoli.

Il fatto che il terapeuta colga in prima persona le parti dissociate del paziente, e gliele riproponga prevalentemente in modo implicito, le rende *vive e reali nella relazione*. La conferma della *verità dell'esperienza soggettiva* degli stati dissociati diviene l'obiettivo principale del lavoro terapeutico. In fasi avanzate del processo, l'entrata in contatto con le sensazioni dissociate, oltre all'effetto di conferma delle stesse, può favorire processi associativi che permettano di riconnettere modi di essere e sentire nel presente a ricordi episodici e sensazioni relative a esperienze traumatiche del passato, così da poterle riconoscerle nella loro significatività affettiva-emotiva e accogliere nella loro *realtà soggettiva*.

Rientrare in contatto con le memorie dissociate del proprio passato [permette di] ricordare le sensazioni che hanno portato a costruire un'immagine di sé in termini di cattiveria, colpa e vergogna, rispetto al non essersi sentiti accolti e confermati dalle figure di

attaccamento, permette di iniziare a dare un senso ai sintomi e alle sensazioni vissute come “assurde” e “disturbanti” dell’oggi nella relazione fra sé e gli altri. (...) Quindi, ciò che può essere maggiormente trasformativo è proprio la possibilità di rispecchiarsi negli occhi dell’altro (il terapeuta), di essere riconosciuti intersoggettivamente e sentirsi confermati, come non è avvenuto nelle relazioni precoci, cosicché le sensazioni dello stato *non-me* possano essere legittimate e divenire rappresentabili come parti di sé. (Cionini & Mantovani, 2016, pag. 58)

La metafora dei due terapeuti

L’insieme dei processi che il terapeuta deve mettere in atto nel momento in cui si relaziona con il paziente sono molteplici ed estremamente complessi, coinvolgendo la sua conoscenza implicita così come quella esplicita, sia rispetto alla persona che ha di fronte sia rispetto a se stesso.

Quella che abbiamo chiamato «*la metafora dei due terapeuti*» è un’immagine che tenta di rappresentare come, per far fronte a questa complessità, parti diverse del terapeuta debbano essere contemporaneamente attive, e strettamente coordinate fra loro, per fornire un’organizzazione di questo insieme di processi, tenendo quanto più possibile presenti sia le proprie risorse sia i limiti e le possibilità di cambiamento del paziente in ogni momento del processo terapeutico.

Proponiamo di immaginare che nella conduzione della seduta e della relazione con il paziente, il terapeuta debba *dissociarsi* in due parti/due ruoli che definiamo come «*il terapeuta davanti*» (che chiameremo T1) e «*il terapeuta dietro*» (che chiameremo T2) in continuo colloquio fra loro. Il primo è quello che può interagire con il paziente, con la voce e con il corpo, mentre il secondo è quello che può interagire soltanto con se stesso, utilizzando le conoscenze acquisite rispetto alle caratteristiche del paziente e del suo problema, i propri presupposti teorici e le proprie esperienze procedurali.

Per rappresentare più chiaramente l’immagine che cerchiamo di proporre, possiamo aiutarci con la Figura 1 che tenta di descrivere tre momenti che rappresentano come i *due terapeuti* possano cercare di stare in reciproco e continuo contatto per utilizzare e coordinare i propri specifici ruoli.

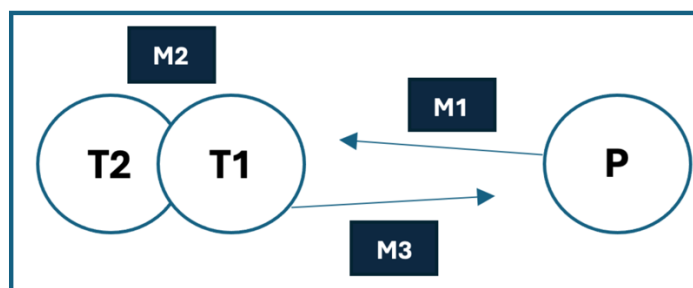


Figura 1

In termini generali, come possono essere descritte le competenze che ciascuno dei due dovrebbe mettere in gioco, nella loro continua e reciproca interazione, durante la conduzione della seduta?

Il primo momento (M1) è quello in cui il *terapeuta davanti*, facendosi attraversare dalle comunicazioni del paziente, deve fare delle scelte, ponendo la propria attenzione su quei messaggi che, fra tutti quelli che gli sono arrivati, ha sentito maggiormente pregnanti e significativi. Un'immagine che sentiamo molto coerente con la nostra rappresentazione del *terapeuta davanti*, in questa prima fase dell'interazione conversazionale, è quella che ci offre Hammer parlando del suo modo di porsi con il paziente:

La mia postura mentale, come la mia postura fisica, non è quella di sporgermi in avanti per cogliere gli indizi ma di appoggiarmi all'indietro per lasciare che l'umore, l'atmosfera vengano a me, per ascoltare il significato fra le righe, per sentire la musica dietro le parole. Quando ci si lascia trasportare dal ritmo affettivo della seduta del paziente, se ne possono percepire il tono e le sottigliezze. (Hammer, 1990, pag. 90)

Contemporaneamente (M2), il *terapeuta davanti* e il *terapeuta dietro* devono interagire, coordinando le reciproche competenze, per cercare di costruire i significati di ciò che è appena avvenuto nel setting e di darsi un obiettivo sul modo di proseguire l'interazione con il paziente, tenendo presenti i suoi bisogni e le sue possibilità in quello specifico momento.

La conversazione terapeutica non è soltanto linguaggio e alternanza dei turni di parola ma anche l'insieme dei processi non linguistici. La postura del corpo, la prosodia e i gesti sono aspetti vitali della conversazione che trasmettono i significati impliciti che, per questo, sono percepiti come più *autentici* e più *veri* anche delle parole stesse (Cionini, 2015). Nel momento (M3), è il *terapeuta davanti* che (dopo essersi eventualmente preso il tempo necessario per costruire la sua risposta) proseguirà l'interazione col paziente con le parole - scelte e pronunciate secondo una specifica prosodia - con una certa espressione del volto e con i movimenti del corpo.

Ma, entrando più nello specifico, vediamo come possono essere descritte e differenziate le competenze e i compiti fondamentali cui i due terapeuti dovrebbe porre contemporaneamente attenzione, partendo da T2.

Il terapeuta dietro

Il *terapeuta dietro* deve tenere presenti tutte le proprie conoscenze e comprensioni acquisite nel tempo rispetto al paziente che ha davanti, raccolte mediante l'iniziale narrazione della sua storia di vita, con la successiva costruzione professionale (Cionini, 1996, 2013) e con le integrazioni derivanti da ciò che è accaduto nell'insieme delle sedute precedenti; in sintesi, la costruzione attuale delle caratteristiche del paziente e del suo modo di costruire la propria esperienza presente e passata.

- In primo luogo, a partire dalle comprensioni e dalle sensazioni arrivate a T1, dovrebbe *porsi domande*. Interrogarsi su quali significati ritiene di aver compreso/non compreso da ciò che è appena avvenuto nell'interazione corporea e conversazionale con il paziente (M1) e, in base a ciò cosa si risponde, come pensa/sente possa essere opportuno portare avanti il flusso conversazionale, in quello specifico momento (M2).
- Osservare la struttura della comunicazione verbale del paziente, nel turno conversazionale immediatamente precedente. Ad esempio, nel momento in cui ci racconta un episodio, rilevante sul piano affettivo-emozionale del suo passato prossimo o remoto, questa narrazione ha caratteristiche descrittive che permettano di osservare i nessi temporali fra eventi esterni e interni, così come sono stati costruiti momento per momento? O viceversa, il racconto è strutturato prevalentemente attraverso l'uso di etichette semantiche o in forma di *script* (che non permettano una chiara comprensione del suo significato) così da renderne necessaria la

rinarrazione (come in moviola) momento per momento? Solo così può essere possibile: per il paziente rivedersi nell'episodio, in terza persona, e per il terapeuta costruirsi un'immagine del contesto narrato, che gli consenta di *entrare anche visivamente* nel racconto della persona.

- Quali processi di costruzione dei significati sta attivando il paziente in questo momento? Per fare soltanto alcuni esempi: nel suo modo di raccontarsi, tende a prendere distanza dai propri vissuti emotivi, nel tentativo di evitare un coinvolgimento troppo intenso e mantenere un senso di controllo? Sta parlando di sé e delle proprie esperienze in terza persona in modo generico, minimizzando i propri sentimenti? Sta utilizzando prevalentemente un ragionamento analogico e/o l'ironia, il sarcasmo o l'umorismo per smorzare il coinvolgimento emotivo? In altre parole, i suoi processi di costruzione dell'esperienza sono prevalentemente *distanzianti*? O viceversa, sta utilizzando prevalentemente una comunicazione carica di emozioni, accentuando sia quelle positive sia quelle negative, anche attraverso le inflessioni della voce e le espressioni del volto? Comunica preoccupazione e bisogno di rassicurazione e vicinanza? Sta mostrando difficoltà a organizzare la propria narrazione seguendo la cronologia temporale degli eventi? Tende a coinvolgere il terapeuta anche attraverso la riduzione della distanza fisica, inclinando il corpo in avanti? In altre parole, i suoi processi di costruzione dell'esperienza sono prevalentemente *coinvolgenti*? Oppure, sono emerse ampie amnesie della sua memoria autobiografica rispetto ad alcuni periodi di vita tendenzialmente precoci o, viceversa, sta descrivendo eventi o esperienze traumatiche in modo piatto e privo di affettività? La sua narrazione è frequentemente frammentata e confusa, mostrando una difficoltà a collegare le proprie esperienze in modo coerente? Sta parlando di sensazioni di distacco dalla realtà con immagini del tipo "sentirsi dentro una bolla o separato dal mondo come da un vetro opaco"? Nel ricostruire ricordi traumatici ha espresso il timore di poterseli essere inventati? In altre parole, i suoi processi di costruzione dell'esperienza evidenziano prevalentemente una *struttura dissociativa*?

- Premettendo, come afferma McGilchrist, che:

a livello dell'esperienza, la realtà che conosciamo è una sintesi del lavoro dei due emisferi cerebrali, ciascuno dotato del proprio modo di comprendere il mondo – di un proprio "punto di vista". [ma che contemporaneamente] Questa sintesi difficilmente sarà simmetrica, e il mondo di cui effettivamente facciamo esperienza, in termini fenomenici, in ogni momento, è determinato dall'emisfero la cui versione del mondo, in ultimo, diventa dominante (McGilchrist 2009, pag. 44)

un altro interrogativo che diviene importante porsi, a partire dalle caratteristiche della narrazione e dall'insieme dei movimenti e delle espressioni corporee del paziente, è se sia possibile ipotizzare che, in quel momento della seduta, l'emisfero narrante sia prevalentemente quello sinistro o quello destro.¹

¹ McGilchrist (2009), come anche Schore (2019), sottolineano come i due emisferi, in relazione a un loro diverso modo di porre attenzione al mondo, ne costruiscano versioni fondamentalmente alternative, seppur entrambe dotate di un proprio alone di autenticità e valore.

In estrema sintesi (certamente semplificando anche troppo):

- l'emisfero sinistro può essere descritto come il cervello pensante, altamente verbale e analitico, particolarmente coinvolto nell'elaborazione cosciente e nel controllo intenzionale delle emozioni, in particolare delle emozioni sociali. È il dominus delle strategie cognitive, ha una visione ravvicinata e ristretta dei dettagli che gli permette di mappare il mondo a partire dall'analisi dei rapporti causali fra le cose e di costruire l'esperienza tramite ragionamenti razionali lineari più espliciti. È specializzato nel processo di astrazione che effettua estrapolando le cose dal loro contesto per categorizzarle. È maggiormente concentrato su se stesso e i propri obiettivi. (*La nota prosegue a pag. 71*)

- Ugualmente è importante chiedersi se, nell'ascoltare il paziente, l'attenzione di T1, e ora di T2, si sia focalizzata su aspetti specifici della narrazione che, estrapolati dal loro contesto, portino a costruire troppo rapidamente ipotesi esplicative connesse a un qualche tipo di etichettamento; in altre parole, se per un proprio bisogno di certezze, l'ascolto stia avvenendo prevalentemente con l'emisfero sinistro che tende a mettere in atto processi di astrazione in grado di ri-presentare solo copie di ciò che già esiste concettualmente nella mente; o viceversa, se sia attivo prevalentemente l'emisfero destro, che è in grado di tollerare l'incertezza, di porre un'attenzione più ampia e flessibile e di costruire soluzioni possibili lasciandole aperte mentre vaglia le alternative.

- Nel sintonizzarsi e cercare di comprendere il paziente e il suo stato affettivo, T1 ha mantenuto anche uno sguardo esterno, tenendo presente la possibilità di un rischio collusivo? Le sensazioni che ha provato, durante l'ascolto, appartengono a quanto appena avvenuto nel Noi della relazione o sono state influenzate da bisogni e vulnerabilità personali (di cui non è sufficientemente consapevole) che si sono attivate in funzione di una percepita familiarità tra le problematiche proprie e quelle del paziente?

- Infine, deve valutare, anche in funzione della *calibrazione della minaccia* (Cionini, 2013), cosa può essere più utile che il *terapeuta davanti* restituisca al paziente nel successivo turno conversazionale e come farlo: con il silenzio, una domanda, un'affermazione, un'associazione, un'immagine, una metafora? Con quali parole, quale prosodia e quale postura del corpo?

- Oltre a ciò che esprimerà esplicitamente, quali messaggi impliciti ritiene che sia utile che T1 faccia passare, nel *momento presente* della relazione, attraverso la sua successiva comunicazione?

Il terapeuta davanti

Come abbiamo già detto, *il terapeuta davanti* è l'unico che può interagire direttamente con il paziente scegliendo, di rispondere (in M3) in modi diversi in relazione alle specifiche caratteristiche della persona che ha davanti, alla fase e all'avanzamento del processo terapeutico, a ciò che è appena avvenuto nell'interazione, alle sensazioni che ha provato dall'ascolto delle parole e dall'osservazione del corpo del paziente. Aspetti, tutti questi, che sono appena stati oggetto di valutazione (in M2) insieme al *terapeuta dietro*. Su questa base potrà decidere cosa sente possa essere più utile restituire al paziente tenendo conto anche dei suoi bisogni e possibilità del momento.

Considerando quanto precedentemente accennato sulle due diverse modalità emisferiche di costruzione dell'esperienza, un terapeuta emotivamente sintonizzato (T1+T2) per costruire un'immagine globale di ciò che sta avvenendo nell'intersoggettività della relazione, dovrebbe, in ciascuno dei tre momenti descritti, attivare l'attenzione emisferica più ampia ed estesa dell'emisfero destro, rispetto a quella ristretta e concentrata sui dettagli dell'emisfero sinistro.

- L'emisfero destro presta un'attenzione più ampia al mondo ed è in grado di passare in modo più flessibile da un compito all'altro, di operare cambiamenti di *frame*, di tenere presente aspetti diversi del problema alla ricerca di una visione olistica. I sogni, la musica, la poesia, l'arte, la metafora e altri processi creativi hanno origine nell'emisfero destro. Ha un ruolo fondamentale nell'espressione delle emozioni. È in grado sia di analizzare sia di utilizzare, nelle relazioni con gli altri, gli aspetti non letterali del linguaggio, le espressioni del volto, la prosodia della voce e la postura del corpo. L'autoconsapevolezza, l'empatia, la comprensione degli altri e i processi intersoggettivi in generale dipendono ampiamente dalle risorse dell'emisfero destro. Contemporaneamente, è responsabile dei processi impliciti e automatici di valutazione della propria condizione e attivazione corporea.

Contemporaneamente però, deve anche tener conto che ogni seduta ha caratteristiche particolari e che gli obiettivi che può essere opportuno porsi di volta in volta, e di momento in momento, possono essere diversi in relazione a ciò che il paziente ha proposto come oggetto della seduta stessa. Entrando più nello specifico possiamo provare, quindi, a fare soltanto alcuni esempi di momenti prototipici di una seduta nei quali, in base alle riflessioni avvenute nell'interazione fra T1 e T2, il *terapeuta davanti* potrà decidere di muoversi in modi diversi.

- All'inizio della seduta, quando il paziente sta introducendo un tema in maniera tendenzialmente ordinata e comprensibile, T1 dovrebbe porsi in ascolto, evitare di fare domande troppo precocemente (che possono essere eventualmente poste in momenti successivi) e focalizzare l'attenzione su quella/e parte/i del racconto che gli appaiano particolarmente significative e che potranno essere riproposte in turni conversazionali successivi.

- Quando nella relazione intersoggettiva della seduta si creano *momenti di incontro* (Sander, 2006) e *momenti affettivamente intensi* (Beebe & Lachmann, 2002), deve lasciarsi attraversare dalle sensazioni che gli arrivano dalle parole e dal corpo del paziente, permettendosi di sentire/entrare in contatto con il suo stato affettivo e restituirgli, in primo luogo attraverso il corpo, e se utili anche con le parole, le sensazioni che sta provando e che gli appaiono sintoniche. Il linguaggio, in questo caso, dovrà essere prevalentemente evocativo/immaginario, utilizzando il minor numero di parole possibili e con una prosodia che possa far sentire la presenza e comprensione del terapeuta.

- In fase più avanzata del processo terapeutico, quando la relazione si sia stabilmente costruita in un contesto di maggior sicurezza interpersonale, se si rende conto che il paziente sta ripercorrendo ricordi autobiografici traumatici, distogliendo l'attenzione dal dolore emotivo e narrandoli con tono distaccato, e con una consapevolezza impoverita del proprio stato interno, può valutare la possibilità di aiutarlo – con delicatezza – a rientrare in contatto con le memorie del suo emisfero destro, ricorrendo a modalità conversazionali di diverso tipo (v. Cionini & Mantovani, 2016). Ad esempio, può aiutare il paziente a mantenere il contatto, in prima persona, con le sensazioni dissociate che stanno emergendo, ripetendo a specchio le parole/frasi da lui appena pronunciate. Può soffermarsi e far soffermare la persona sulle sensazioni che sta provando nel qui e ora del setting, invitandolo ad astenersi da tentativi di spiegazioni razionalizzanti. Può aiutarlo a mantenere e sviluppare il contatto con le sensazioni emerse mediante: richieste di tipo associativo che possono far riaffiorare collegamenti con ricordi traumatici del passato; interventi metaforici/fantastici - eventualmente aiutandosi con la chiusura degli occhi - per facilitare la sua immersione immaginativa nelle situazioni/sensazioni riattivate ecc.. Il fatto che il *terapeuta davanti* colga in prima persona le parti dissociate del Sé del paziente ne permette un riconoscimento, le rende vive e reali nella relazione, consentendogli di riattivarle e mentalizzarle. Come accennato in precedenza, il processo di entrata in contatto con le sensazioni dissociate, oltre all'effetto di conferma delle stesse, fa spesso emergere, in modo automatico, collegamenti con ricordi episodici relativi a eventi traumatici precoci, che possono anche essere già stati narrati a livello descrittivo-semanticamente, in fasi precedenti della terapia, ma che hanno ora la possibilità di essere riconosciuti e accolti nella loro *verità soggettiva* e nella loro significatività emotivo - affettiva. Ciò che conta non è tanto, o soltanto, il resoconto di eventi passati traumatici, quanto il riuscire a metterli in relazione con le sensazioni provate rispetto a sé ovvero con ciò che quegli eventi “mi hanno detto (implicitamente) rispetto a me come persona e a quello che io potevo permettermi/non permettermi di desiderare, sentire ecc..”

- Talvolta, nella conversazione, sia T1 sia T2 possono trovarsi nella situazione di porsi/porre domande alle quali né noi né il paziente siamo in grado di avere risposte. In questi

momenti/fasi del processo terapeutico diviene particolarmente importante permettersi di *stare nel vuoto esplicativo*, restando nella confusione del momento, connessi con la “destabilizzazione” propria e del paziente; permettersi di *lavorare nel vuoto* facilita anche il paziente rispetto alla possibilità di non avere momentaneamente risposte e accettare di provare a starci insieme al terapeuta, mettendo provvisoriamente da parte le spiegazioni tipicamente utilizzate nella propria storia (entrate a far parte del suo *senso comune*). Significa accettare di provare ad esplorare, in modo nuovo, un territorio *apparentemente vuoto* (di fatto spesso *troppo pieno* di cose non proprie) in quanto svuotato dalle precedenti costruzioni risultate non viabili (Casini, 2017)

- Quando il paziente è tendenzialmente sintonizzato con l'emisfero sinistro nel parlare e portare in seduta le proprie problematiche, l'interrogativo che T1 e T2 devono porsi è, se/quando e come, può essere opportuno provare a favorire uno spostamento da sinistra a destra, rispettando le sue difficoltà nel riuscire a farlo e tenendo conto dei suoi tempi e dei suoi bisogni. Tuttavia, affinché questo passaggio possa avvenire, sarà probabilmente necessario attendere un ulteriore avanzamento del processo terapeutico, così come un maggior consolidamento delle sensazioni di sicurezza all'interno della relazione.

- Quando, dopo un periodo più o meno lungo di “sedute intense”, il paziente sembra sconnettersi dalle tematiche e da ciò che è avvenuto negli incontri precedenti, (ad esempio, affermando di non ricordare niente dei temi affrontati) e la nostra sensazione è che ci stia parlando del niente, T2 e T1 dovranno interrogarsi se è opportuno sintonizzarsi sul suo bisogno di una pausa, di fermarsi per un momento o per un'intera seduta, o viceversa se è preferibile provare a valutare, insieme al paziente, la possibilità di riproporgli alcuni dei temi rimasti in sospeso.

- Infine, nei casi in cui il paziente ci stia proponendo una problematica pratica connessa alla storia attuale, rispetto alla quale sta chiedendo una consulenza, nella misura in cui si valuta che tale problematica sia per lui significativa e in quel momento pregnante, può essere talvolta utile *mettere temporaneamente in sospensione il processo terapeutico* per aiutarlo concretamente rispetto al tema presentato.

Conclusioni

Nell'ottica costruttivista intersoggettiva, la relazione terapeutica e il setting sono considerati uno spazio dove promuovere un cambiamento accompagnando la persona verso un nuovo stato di equilibrio e una maggiore libertà di sentirsi, sentire e muoversi nel mondo con sé e con gli altri. Il disturbo portato in terapia può così acquisire una logica che permetta di dare valore alle proprie sensazioni e ai propri bisogni, di essere ciò che si è, di sentire ciò che si sente, senza il timore di perdere gli altri significativi. In fasi avanzate del processo, l'obiettivo diviene quello di aiutare il paziente a comprendere dal dentro ciò che può aver sentito come eccessivamente doloroso e problematico nelle esperienze relazionali primarie con le figure di attaccamento e come, per proteggersi da tali sensazioni dolorose, la persona possa aver costruito propri modi di essere e sentire che influenzano ancora nell'oggi il suo modo di costruire l'esperienza. Evitando di utilizzare etichette nosografiche e categorizzazioni diagnostiche strette, il terapeuta si propone di comprendere olisticamente l'altro nella sua complessità e particolarità: *il suo modo di essere nel mondo*.

Dopo aver costruito una relazione affettivamente significativa, che permetta alla persona quella vicinanza che, di momento in momento, sente di potersi permettere, il terapeuta cerca di rispecchiare e confermare le sensazioni provate dal paziente, in *momenti relazionali*

affettivamente intensi, per co-creare le condizioni per un'esperienza intersoggettiva nuova e diversa rispetto a quella che la persona ha fatto con le sue figure di attaccamento passate e presenti.

Questo processo richiede una capacità del terapeuta di bilanciare comprensione emotiva e uno sguardo attento ai bisogni del paziente, mantenendo una sintonizzazione empatica che favorisca la costruzione di senso un integrato di sé

La metafora dei due terapeuti offre un'immagine utile per affrontare la complessità di questo lavoro che richiede un coordinamento di competenze diverse. In estrema sintesi, il compito principale del *terapeuta davanti* è quello di stare in ascolto del paziente *ponendo attenzione* ai significati fra le righe, mentre quello del *terapeuta dietro* di *porsi domande* su ciò che ritiene di aver colto, prima di restituire con le parole, la prosodia e il corpo, quanto ritiene utile in quel momento.

Il raggiungimento delle competenze necessarie per il coordinamento di tutti questi processi implica lo sviluppo di un'esperienza in continua evoluzione, che potrà divenire patrimonio del terapeuta non solo dopo un periodo di formazione, attraverso la frequenza di una Scuola di Specializzazione, ma anche di successivi anni di pratica clinica e di supervisione.

Riferimenti bibliografici

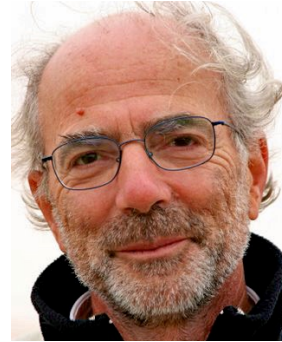
- Atwood, G., & E. Stolorow, R. D. (1984). *Structures of subjectivity*. The Analytic Press.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. The Analytic Press. (tr. it. *Infant research e trattamento degli adulti. Un modello sistematico-diadico delle interazioni*. Raffaello Cortina, 2003)
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2014). *The origin of attachment. Infant research and adult treatment*. The Analytic Press. (tr. it. *Le origini dell'attaccamento. Infant research e trattamento degli adulti*. Raffaello Cortina, 2015)
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. Routledge. (tr. it. *Una base sicura*. Raffaello Cortina, 1989)
- Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. The Analytic Press. (tr. it. *Clinica del trauma e della dissociazione: standing in the space*. Raffaello Cortina, 2007)
- Bromberg, P. M. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Analytic Press. (tr. it. *Destare il sognatore: percorsi clinici*. Raffaello Cortina, 2007)
- Bromberg, P. M. (2011). *The shadow of the tsunami: And the growth of the relational mind*. Routledge. (tr. it. *L'ombra dello tsunami; la crescita della mente relazionale*. Raffaello Cortina, 2012)
- Buber, M. (1947), *Between man and man*. Routledge.
- Casini, C. (2017). Mi sento vuoto. Dal vuoto come mancanza al vuoto come spazio per il cambiamento. *Costruttivismi*, 4(1-2), 189-199. <https://www.aippc.it/wp-content/uploads/2019/04/2017.02.189.199.pdf>
- Cionini, L. (1996), L'Assessment. In B. Bara (a cura di), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringhieri.
- Cionini, L. (2013). La psicoterapia cognitivo-costruttivista. In L. Cionini (a cura di), *Modelli di psicoterapia* (pp. 133-213). Carocci. <http://www.aippc.it/costruttivismi/wp-content/uploads/2016/12/2014.01.028.032.pdf>

- Cionini, L. (2015). Il linguaggio delle parole, il linguaggio del corpo e il linguaggio delle immagini nel processo di cambiamento. *Costruttivismi*, 2(2), 169-180. <https://www.aippc.it/wp-content/uploads/2019/04/2015.02.169.180.pdf>
- Cionini, L. (2018). Traumi relazionali multipli e dissociazione: la logica dell'assurdo. In M. L. Manca (cura di), *Amore e psiche: la dimensione corporea in psicoterapia* (pp. 71-81). Alpes Italia.
- Cionini, L., Mantovani I. (2016). Leggere la dissociazione dell'esperienza del trauma relazionale: la psicoterapia nell'ottica costruttivista intersoggettiva. *Costruttivismi*, 3(1-2), 40-62. <https://www.aippc.it/wp-content/uploads/2019/04/2016.01.173.193.pdf>
- Cionini, L., Mantovani, I. (2016). Reading dissociation of the experience of relational trauma: Psychotherapy from the constructivist intersubjective perspective. *Costruttivismi*, 3(1-2), 173-193. <http://www.aippc.it/costruttivismi/wp-content/uploads/2017/03/2016.01.173.193.pdf>
- Hammer, E. (1990). *Reaching the affect: Style in the psychodynamic therapies*. Jason Aronson.
- McGilchrist, I (2009). *The master and his emissary. The divided brain and the making of the western world*. Yale University Press. (tr. it. *Il padrone e il suo emissario: i due emisferi del cervello e la formazione dell'occidente*. UTET, 2022)
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. The Guilford Press. (tr. it. *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Laterza, 2003)
- Sander, L. (2006). *Sistemi viventi*. Raffaello Cortina.
- Santaguida, E., Bergamasco, M. (2024). A perspective-based analysis of attachment from prenatal period to second year postnatal life. *Frontiers in Psychology*, 15, 1296242.
- Schore, A. N. (2019). *Right brain psychotherapy*. Norton. (tr. it. *Psicoterapia con l'emisfero destro*. Raffaello Cortina, 2022)
- Stern, D. B. (2003). *Unformulated experience. From dissociation to imagination in psychoanalysis*. The Analytic Press. (tr. it. *L'esperienza non formulata. Dalla dissociazione all'immaginazione in psicoanalisi*. Edizioni del Cerro, 2007)
- Stern, D. N. (1985), *The interpersonal world of the infant*. Basic Books. (tr. it. *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri, 1987)
- Stern, D. N. (1998). *Le interazioni madre-bambino: nello sviluppo e nella ricerca*. Raffaello Cortina.
- Stern, D. N, (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. Norton. (tr. it. *Il momento presente: in psicoterapia e nella vita quotidiana*. Raffaello Cortina, 2005)
- The Boston Change Process Study Group (2010). *Change in psychotherapy. A unifying paradigm*. Norton. (tr. it. *Il cambiamento in psicoterapia*. Raffaello Cortina, 2012)
- Trevarthen, C. (1993), Il Sé generato nell'intersoggettività: la psicologia della comunicazione infantile. In Neisser, U. (a cura di), *La percezione di sé: le fonti ecologiche e interpersonali della conoscenza di sé* (pp. 184-197). Bollati Boringhieri, 1999.
- Tronick, E. D. (2008), *Regolazione emotiva: nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Raffaello Cortina.

Gli autori

Lorenzo Cionini, psicologo psicoterapeuta a orientamento costruttivista intersoggettivo, già Professore Associato di Psicologia Clinica presso la Scuola di Psicologia dell'Università degli Studi di Firenze, Direttore e Didatta della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Costruttivista Intersoggettiva del CESIPc di Firenze, Didatta e past-President della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC), Past-President della Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia (FIAP); Didatta della Associazione Italiana di Psicologia e Psicoterapia Costruttivista (AIPPC). È autore e curatore di numerosi articoli e volumi sulla psicologia e sulla psicoterapia costruttivista.

Email: lorenzocionini@icloud.com



Isabella Mantovani, psicologa psicoterapeuta a orientamento costruttivista intersoggettivo, Didatta e coordinatrice didattica della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Costruttivista Intersoggettiva del CESIPc di Firenze, Didatta della Associazione Italiana di Psicologia e Psicoterapia Costruttivista (AIPPC). Lavora come psicoterapeuta degli adulti e degli adolescenti a Padova, presso il Centro Costruttivamente e a Firenze presso il CESIPc. Si occupa di formazione alla genitorialità e di aggiornamento per medici di base.

Email: isa.manto03@gmail.com



Citazione (APA)

Cionini, L., Mantovani, I. (2024). Setting e relazione terapeutica: la metafora dei due terapeuti. *Costruttivismi*, 11, 64-76. <https://doi.org/10.23826/2024.01.064.076>