

Volume 11, Numero 1-2
dicembre 2024

ISSN 2465-2083

COSTRUTTIVISMI



Rivista semestrale edita dalla

*Associazione Italiana di Psicologia e
Psicoterapia Costruttivista*

aippc

COSTRUTTIVISMI

RIVISTA SEMESTRALE EDITA DALLA
ASSOCIAZIONE ITALIANA DI
PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA COSTRUTTIVISTA

AIPPC

Direttore Responsabile

Mara Ognibeni

Direttori Scientifici

Gabriele Chiari e Lorenzo Cionini

Vicedirettore e Caporedattore

Claudia Casini

Segreteria di Redazione

Manola Alfredetti, Francesca Balata, Eleonora Gori, Isabella Mantovani, Lucia Mariotto, Alessandra Petrolati, Cristina Sassi

Comitato dei Consulenti

Lisa Bertocci, Karin Buzzegoli, Anna Celli, Laura Fossi, Piergiorgio Mobrici, Mara Ognibeni, M. Cristina Ortu, Alessandro Piattoli, Gianluca Provvedi, Clarice Ranfagni, Mariaemanela Timpano, Gregorio Zeloni, Ombretta Zoppi

Comitato Scientifico

Carla Antoniotti, *Italia*

Richard Bell, *Australia*

Luis Botella, *Spagna*

Marco Castiglioni, *Italia*

Sabrina Cipolletta, *Italia*

Peter Cummins, *Regno Unito*

Carmen Dell'Aversano, *Italia*

Maurizio Dodet, *Italia*

Guillem Feixas, *Spagna*

Antonio Fenelli, *Italia*

Fabio Giommi, *Italia*

Spencer McWilliams, *USA*

Robert A. Neimeyer, *USA*

Luca Orazio, *Italia*

Adriana Pelliccia, *Italia*

Harry Procter, *Regno Unito*

Jonathan Raskin, *USA*

Giorgio Rezzonico, *Italia*

Jörn Scheer, *Germania*

Dusan Stojnov, *Serbia*

Valeria Ugazio, *Italia*

Cecilia Volpi, *Italia*

Beverly M. Walker, *Australia*

Bill Warren, *Australia*

David Winter, *Regno Unito*

Costruttivismi

Volume 11

Numero 1-2

2024

INDICE

- 1 Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA). Una prospettiva costruttivista per la presa in carico e il trattamento (*Gambling Disorder: A Constructivist View for Admission and Treatment*)
Luca Rossi, Sabrina Rizzo, Eleonora Carlino
- 14 L'opposizione "Io"-"Tu". Squilibrio intersoggettivo e disturbi personali (*The Opposition Between the "I" and the "You": Intersubjective Imbalance and Personal Disorders*)
Gabriele Chiari
- 24 The Opposition Between the "I" and the "You": Intersubjective Imbalance and Personal Disorders (L'opposizione "Io"-"Tu". Squilibrio intersoggettivo e disturbi personali)
Gabriele Chiari
- 34 La persona del terapeuta in gioco. L'incontro fra terapeuta, paziente e persona del terapeuta fra cambiamento e resa (*The Therapist as a Person in Play: The Encounter Between Therapist, Patient and Therapist as a Person Between Change and Surrender*)
Laura Caruso
- 44 Riflessione in chiave costruttivista narrativo-ermeneutica su costrutti di genere e letteratura femminista (*Narrative-Hermeneutic Constructivist Reflection on Gender Constructs and Feminist Literature*)
Arianna Faes
- 55 Il Costruttivismo spiegato a Chopin. Una rilettura della PCP attraverso l'esperienza musicale (*Constructivism Explained to Chopin: A Reinterpretation of PCP Through Musical Experience*)
Salvatore Russotto
- 64 Setting e relazione terapeutica: la metafora dei due terapeuti (*Setting and Therapeutic Relationship: The Metaphor of the Two Therapists*)
Lorenzo Cionini, Isabella Mantovani

Indice

CASI CLINICI

- 77 Un'esperienza di co-conduzione di un intervento sulla comunicazione di coppia, con approccio costruttivista intersoggettivo. (*An Experience of Co-Conduction of a Couple Intervention through the Intersubjective Constructivist Approach*)
Sara Costa, Lucia Mariotto
- 91 Il caso di Anna. Un percorso psicoterapeutico tra fobia e lutto complicato (*The Case of Anna: A Psychotherapeutic Treatment through Phobia and Complicated Grief*)
Simone Pesci

COSTRUTTIVISMI, 11: 1-13, 2024
Copyright © AIPPC
ISSN: 2465-2083
[https://doi.org/
10.23826/2024.01.001.013](https://doi.org/10.23826/2024.01.001.013)



Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA). Una prospettiva costruttivista per la presa in carico e il trattamento

*Gambling Disorder:
A Constructivist View for Admission and Treatment*

Luca Rossi

SC Psicologia AF Dipendenze ASL TO3, Docente Scuole di Psicoterapia Cognitiva Costruttiviste di Torino,
Docente IUSTED Unito

Sabrina Rizzo, Eleonora Carlino

Psicoterapeute in formazione

RIASSUNTO

Il Disturbo da Gioco d’Azzardo è entrato a far parte della categoria nosografica “Disturbi non correlati a sostanze” nella quinta versione del DSM (APA, 2013). Il cambiamento nel suo inquadramento nosografico riflette un dibattito ancora in divenire su questa patologia dalla forte componente sociale, che continua a evolversi parallelamente alla società. La riflessione clinica sull’argomento, legata a una letteratura relativamente giovane, ha dunque ampio margine di crescita. Nel presente lavoro gli autori si propongono di illustrare le linee guida italiane per le azioni di prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti con diagnosi di Disturbo da Gioco d’azzardo, e di introdurre le buone prassi nel trattamento in un’ottica cognitivo-costruttivista. In tal senso verranno illustrate le fasi di un possibile percorso terapeutico in cui, a partire dalle risorse soggettive e attraverso l’uso della relazione terapeutica, a seguito di una riformulazione del sintomo, si lavorerà principalmente sui meccanismi di consapevolezza, sui costrutti di identità e di valore personale e sulle competenze sociali del paziente, al fine di trovare nuove strategie di gestione delle difficoltà e di migliorarne la qualità della vita.

Parole chiave: disturbo da gioco d’azzardo; disturbi da addiction, linee guida, psicopatologia, consapevolezza, psicoterapia cognitiva

ABSTRACT

Gambling Disorder has entered the nosographic category of “Non-Substance-Related Disorders” in the fifth version of DSM (APA, 2013). The change that affected his nosographic picture reflects a process that is still underway about this pathology which keeps changing as the society does. Clinical reflection on this topic, that is linked to a young

literature, could still be growing. In the present work, the authors present the Italian guidelines on management, prevention and treatment of patients affected by Gambling Disorder, and the good therapeutic practice according to a cognitivist-constructivist approach. In this regard it will be illustrated the phases of a possible therapeutic path whose focuses are the identity and self-worth constructs, the patients' awareness and social skills, with the aim of finding new coping strategies and of improving the subjective quality of life.

Keywords: gambling disorder, addictive disorders, guidelines, psychopathology, awareness, cognitive psychotherapy

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) è stato negli anni oggetto di numerosi cambi di definizione e prospettiva, a testimonianza della sua complessità intrinseca sia dal punto di vista eziologico sia della sua capacità di incidere simultaneamente su molteplici dimensioni di vita dei pazienti che ne sono affetti. Il DGA sembra essere associato a svariati meccanismi psicologici, cognitivi e neurobiologici individuali, che nel loro combinarsi conducono a situazioni cliniche molto diverse tra loro. Per tale ragione nel suo trattamento può rivelarsi utile accostare pratiche cliniche standardizzate, come quelle suggerite dalle Linee Guida Italiane, ad approcci terapeutici capaci di portare alla luce i significati e le funzioni uniche che il comportamento problematico manifesto riveste nella vita del paziente.

Nel presente lavoro verranno illustrate le più recenti linee guida italiane atte a garantire le azioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da Disturbo da Gioco d'Azzardo, promosse dal Ministero della Salute e rivolte agli operatori del settore da utilizzare come canovaccio per la costruzione di percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali. In seguito, verrà riportata sinteticamente l'integrazione tra le linee guida internazionali per il trattamento del DGA ed una prospettiva di stampo cognitivo costruttivista.

Tale esperienza ha preso progressivamente forma nel contesto di un Servizio per le Dipendenze appartenente ad una ASL del Piemonte che si occupa della presa in carico di questa categoria di pazienti da più di 15 anni. Evolutasi a partire da un'iniziale scarsa letteratura scientifica, ha raggiunto negli anni buoni risultati dal punto di vista clinico, verificati tramite interviste e valutazioni di pazienti dimessi e successivamente ricontattati, rivelandosi dunque verosimilmente efficace.

Nella seconda parte di questo lavoro verrà dettagliato, in contingenza alle esigenze di sintesi, la strutturazione dell'intervento con il paziente con Disturbo da Gioco d'Azzardo, dall'accoglienza alla conclusione del trattamento. Il presente studio non pretende di esaurire la riflessione sull'argomento, ma al contrario si propone di introdurre una prospettiva teoretica cognitivo-costruttivista applicata al trattamento delle dipendenze comportamentali, e nello specifico del Disturbo da Gioco d'Azzardo.

Definizione ed evoluzione del DGA

Nell'attuale versione della Classificazione internazionale delle malattie (ICD-11) redatta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2019 il Disturbo da Gioco d'azzardo è definito come un modello di comportamento di gioco persistente o ricorrente, che può essere online o offline, le cui caratteristiche sono: controllo ridotto sul gioco, crescente priorità data

al gioco rispetto agli altri interessi della vita e alle attività quotidiane, perseverazione o escalation del gioco nonostante il verificarsi di conseguenze negative. Per essere diagnosticato, il disturbo deve inoltre comportare all'individuo un disagio o compromissione significativi a livello personale, familiare, sociale, lavorativo o di altre aree importanti e perdurare per almeno 12 mesi. Il DGA è stato riconosciuto come condizione morbosa dall'OMS ed inserito nel DSM per la prima volta nel 1980 (APA, 1980) tra i "Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove". L'analisi clinica inerente al disturbo enfatizzava maggiormente l'aspetto di incapacità del giocatore a controllare la spinta al gioco e la mancata considerazione delle conseguenze negative di quest'ultimo. Successivamente, il DSM-III-R (APA, 1987) e il DSM-IV (APA, 1994) e IV-TR (APA, 2000), hanno introdotto tra i criteri diagnostici alcune caratteristiche cliniche condivise con i disturbi da uso di sostanze come la preoccupazione, l'astinenza, la tolleranza e gli sforzi ripetuti per smettere o ridurre il gioco patologico. Tale cambiamento di prospettiva si è definitivamente strutturato nel DSM 5 (APA, 2013), all'interno del quale la denominazione di "Gioco d'Azzardo Patologico" fino ad allora in uso è stata variata in "Disturbo da Gioco d'Azzardo" ed il suo inquadramento nosografico è rientrato nell'ambito delle "Dipendenze comportamentali", introducendo la specificazione del grado di severità del disturbo (lieve, moderato, grave).

Le linee guida italiane

Secondo i dati emersi dall'Osservatorio Gioco d'Azzardo 2021 (testo disponibile al sito: <https://www.nomisma.it/gioco-dazzardo-in-italia-osservatorio-nomisma/> 14/09/22) il volume complessivo di gioco nel 2020 ha raggiunto gli 88,38 miliardi di euro, con un netto aumento della quota attribuibile ai giochi a distanza rispetto alla rete fisica. All'interno della popolazione over 65, il 25% ha giocato d'azzardo almeno una volta nel 2020. Questo dato, nella fascia 14-19 anni sale al 42%, con ripercussioni negative sulla sfera socio-emotiva e relazionale (ansia, agitazione, difficoltà relazionali con amici e familiari) nel 9% degli adolescenti giocatori. Secondo lo studio di Nomisma (Nomisma, 2021), inoltre, il gioco d'azzardo online risulta caratteristica peculiare della popolazione giovanile.

Nel Luglio 2021 sono state aggiornate le linee guida italiane inerenti gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione di individui con diagnosi di DGA (Decreto del Ministero della Salute n.136, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 16 Luglio 2021). Il documento dedica largo spazio ad azioni preventive attuabili a livello territoriale e alla definizione delle modalità di accoglienza del paziente, dell'assessment e dell'inquadramento nosografico, seguito dalla definizione del progetto terapeutico in un setting ambulatoriale, semi-residenziale o residenziale (PDTA).

La fase di accoglienza, finalizzata all'analisi della domanda del paziente e dei suoi familiari, si pone inoltre l'obiettivo di informare gli stessi sulle specificità del percorso terapeutico, impostando le basi per la successiva compliance terapeutica.

L'assessment, considerato come tracciato per la pianificazione del trattamento e punto di riferimento per il suo monitoraggio, prevede un approccio multidimensionale e integrato capace di cogliere la complessità del DGA.

Necessaria risulta l'individuazione del livello di gravità della patologia e l'esistenza di eventuali comorbidità. Come evidenziato dallo studio di M. Riglietta (2020), infatti, sovente il DGA si presenta in comorbidità con Disturbi da Uso di Sostanze, Disturbi di personalità, Disturbi

dell'Umore e Disturbi d'Ansia. Infine i dati raccolti saranno condivisi con il giocatore ed eventualmente con i suoi familiari in un colloquio di restituzione dedicato. Risulta prezioso, inoltre, avvalersi di test quali il *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) e il *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measures* (Core-Om) che assieme al DSM 5 avvalorano ed oggettivano la diagnosi.

Conclusa questa fase, l'équipe ed il paziente definiscono in accordo un piano terapeutico avente come obiettivo condiviso l'astensione dal gioco d'azzardo ed il miglioramento del quadro di stress psico-patologico. In parallelo vengono messe in campo azioni finalizzate alla riduzione e/o alla risoluzione dei danni economici che il gioco ha comportato e strategie atte ad aumentare il livello di autonomia personale e sociale del paziente. Il trattamento consigliato all'interno del documento comprende una rosa di interventi di varia natura tra cui colloqui motivazionali, psicoterapie, trattamenti farmacologici per comorbidità, tutoraggio economico, counselling, programmi terapeutici semiresidenziali o residenziali, gruppi di auto-aiuto, accompagnamento in percorsi di inserimento lavorativo, nomina di un amministratore di sostegno e presa in carico dei soli familiari nel caso in cui il giocatore non fosse disponibile. La scelta degli interventi più adeguati da offrire al paziente viene stabilita dopo un confronto in équipe.

Le linee guida offrono descrizioni sintetiche di ciascuno degli interventi che è possibile proporre nel corso del trattamento e sulla cui descrizione non ci soffermeremo in questa sede. Si rimanda il lettore interessato ad approfondire alla consultazione del documento nella sua fonte originale.

La letteratura nazionale ed internazionale individua nella terapia cognitivo-comportamentale l'intervento psicoterapico maggiormente efficace nel trattamento del DGA, in associazione all'intervento motivazionale. Nello specifico, sono stati designati da vari autori differenti protocolli organizzati secondo una specifica cadenza, durata, con focus ed obiettivi specifici (Rizeanu, 2018). Il postulato comune agli interventi di TCC si incentra sui pensieri irrazionali del gambler, che inficerebbero la capacità della persona di controllare l'impulso di gioco e predire correttamente le vincite, contribuendo in maniera preponderante allo sviluppo e al mantenimento di tale patologia (Korn e Schaffer, 2004; Toneatto e Millar, 2004). Alla base del trattamento vi sono la ristrutturazione cognitiva, il problem solving, i social skills training e la prevenzione delle ricadute. Gli interventi motivazionali, tra cui il *Motivational Interviewing* (MI) e il *Motivational Enhancement Therapy* (MET), consigliati per il trattamento del disturbo, risultano efficaci nell'aumentare la motivazione al cambiamento e ridurre la resistenza al trattamento.

Si fa strada inoltre, in letteratura scientifica, partendo dalla visione del gioco d'azzardo come dipendenza associata ad un disturbo neurobiologico del comportamento, l'utilizzo della Stimolazione Magnetica Transcranica Ripetitiva (rTMS) nel trattamento del DGA (Pettoruso *et al.*, 2019).

A prescindere dall'intervento individuato, la durata del trattamento varia e dipende dalla complessità del caso e dalla presenza di possibili ricadute. Risulta quindi opportuno monitorarne l'andamento con cadenza trimestrale, attraverso l'utilizzo di schede standardizzate. A conclusione del trattamento, nel corso dell'anno successivo è previsto un follow-up finalizzato a verificare il benessere psicofisico del soggetto e l'andamento del comportamento di gioco.

Presenza in carico del paziente in una prospettiva cognitivo-costruttivista

Inquadramento diagnostico

Secondo un'indagine epidemiologica condotta dall'Iss nel 2018 i giocatori maschi in Italia sarebbero all'incirca 10.500.000, mentre le donne sarebbero 7.900.000. Tra questi, rispettivamente il 3,6 e il 2,5% risultano avere un profilo di gioco problematico (http://www.centroexplora.it/it/doc/Rapporto_ISTISAN_gioco_d_azzardo.pdf), con una percentuale di uomini presi in carico dai Servizi maggiore rispetto alle donne. Le modalità di accesso dei pazienti ai Servizi variano in relazione al grado di compromissione e consapevolezza degli stessi rispetto alla propria patologia. Di frequente, è un familiare a rivolgersi al Servizio, e non il diretto interessato. Il paziente solitamente si presenta per la prima volta in ambulatorio accompagnato da un familiare desideroso di condividere il disagio vissuto all'interno del nucleo. In un primo momento il potenziale paziente verrà ascoltato individualmente, per poi invitare anche il familiare a partecipare. La diagnosi è formulata sulla base di un esame clinico che valuta il livello di indebitamento, eventuali comorbidità e i precedenti tentativi di astensione o riduzione del gioco, con riferimento ai criteri del DSM 5. Come ulteriore conferma diagnostica il soggetto viene sottoposto a due test: il SOGS e il Core-Om.

Primi colloqui

Sin dai primi colloqui, sovente i pazienti minimizzano la problematica per la quale sono stati presi in carico, riconducendola a periodi di gioco particolarmente sfortunati, a un momento di vita difficile e alla certezza di riuscire a gestire il proprio comportamento di gioco. Altri soggetti, pur sottostimando la problematica, aderiscono al trattamento spinti dall'*aut-aut* del/la compagno/a. Altri ancora negano in modo perentorio la diagnosi. Con loro il terapeuta attiva un confronto avente come finalità quella di creare incongruenze cognitive legate alla fantasia di una perseverante sorte "infausta" nelle sessioni di gioco e all'incapacità del soggetto di interrompere o semplicemente posticipare il comportamento addittivo. Anche il significato che lo stesso paziente attribuisce al comportamento di gioco spesso si discosta dal dato di realtà. Le ragioni riferite durante i colloqui, finalizzate a giustificare prolungate e perseveranti sessioni di gioco spesso sono riconducibili al bisogno di ottenere maggiore denaro, di compensare debiti o di migliorare lo stile di vita familiare. Con molta difficoltà il soggetto riconosce, durante i primi confronti, l'inadeguatezza del proprio comportamento, finalizzato verosimilmente in realtà ad ottenere sessioni di adrenalina mescolate a piacere momentaneo che, una volta realizzata l'ingente perdita, si trasforma spesso in sconforto fino a raggiungere la disperazione (Marchetti, 2019. <https://www.stateofmind.it/2019/11/gioco-dazzardo-rischio-suicidario/>). Alla fine della fase diagnostica è previsto un colloquio di restituzione con il paziente ed il familiare, se presente, in cui viene esplicitato ciò che è emerso durante l'assessment, sottolineando la valenza patologica e non "viziosa" della problematica, con l'obiettivo di agevolare la presa in carico e chiarire le funzioni del percorso di cura offerto. Nei successivi colloqui viene dedicato uno spazio all'attivazione di una gestione economica controllata in cui, assieme al paziente ed un familiare, si procede all'individuazione del denaro minimo necessario che il soggetto in cura avrà a disposizione quotidianamente durante il trattamento.

Trattamento: astensione vs riduzione del danno

Uno degli aspetti affrontati durante i primi colloqui è l'individuazione di un obiettivo condiviso tra paziente e terapeuta rispetto al percorso di cura. La scelta spesso si frappona tra un

trattamento avente come fine l'astensione completa dal comportamento di *addiction*, oppure la "riduzione del danno", che contempla un gioco moderato e controllato. Avviare un percorso terapeutico avente come obiettivo il raggiungimento dell'astensione significa lavorare su quei "processi psicologici che modificano la percezione, l'elaborazione interna e infine il comportamento del paziente" (Bara, 2007, p.15, ed. orig.). Sovente si evidenzia una doppia caratterizzazione possibile dei soggetti in carico. Le narrazioni dei pazienti riportano un buon adattamento sociale e lavorativo precedente all'insorgenza della patologia. Il funzionamento lavorativo e socio-familiare viene bruscamente compromesso ed il denaro guadagnato spesso faticosamente viene sperperato in sessioni intensive di gioco. Il soggetto ricerca esclusivamente sensazioni forti ed adrenalinarie costellate da scariche di dopamina. La vincita risulta molto apprezzata esclusivamente perché permette al giocatore di prolungare la sessione di gioco. Il denaro viene utilizzato come bevero strumento che permette di continuare a scommettere in modalità pressoché distaccata dalla realtà fino al termine delle risorse disponibili.

Lavorare in terapia sull'astensione permette al paziente di prendere progressivamente coscienza di questa duplice modalità del vivere la quotidianità. Soprattutto all'inizio del percorso possono emergere stati di craving anche di elevata intensità. Grazie all'astensione è possibile analizzare assieme al paziente tali desideri impulsivi osservandone il disagio, individuandone eventuali cause e determinanti. Approfondire durante il percorso la funzione del gioco, spesso finalizzato ad allontanarsi dalla realtà, predispone il soggetto ad inserire i propri comportamenti all'interno di una nuova narrazione di sé. Sovente il paziente riporta l'atto dello scommettere come una sorta di anestetico funzionale nei confronti di lunghe sessioni di ruminazione del pensiero costellate da problematiche quotidiane senza soluzioni apparenti.

In alternativa, incentrare l'intervento sulla riduzione del danno non permette al paziente di rileggere appieno alcuni atteggiamenti riconducibili allo scommettere, e di conseguenza di scindere la fase esperienziale di vita tra un prima ed un dopo (da giocatore a persona che non adotta più il comportamento patologico). Altrettanto complesso, durante la fase di riduzione del danno, risulta stabilire e soprattutto mantenere delle cifre predefinite dedicate al gioco. Tale aspetto entra spesso anche in contrasto con strategie più di stampo operativo proposte al paziente, quali l'evitamento di luoghi dove viene offerto il gioco d'azzardo e l'individuazione di nuovi interessi da sviluppare nel tempo libero. Sovente il soggetto si cronicizza rispetto ad un vecchio comportamento provando in parallelo a modificare semplicemente il tempo e la quantità di denaro dedicati al gioco, parametri che con difficoltà il paziente riesce a mantenere nella continuità e che lo portano a sperimentare stati di rabbia, ansia e disagio.

Come evidenziato per i cocainomani in trattamento, nell'astensione, il rimanere lontano dallo stimolo e il non perseverare nell'utilizzo della sostanza o del comportamento permette con il trascorrere del tempo di riattivare recettori dopaminergici disattivati in relazione a quantità di dopamina molto elevate derivate da frequenti e prolungate sessioni di gioco o assunzione di cocaina (Zack *et al.*, 2009). Ciò si traduce in esperienze di piacere attivate da comportamenti che non necessitano esclusivamente di stimoli intensi e particolarmente duri.

La relazione terapeutica con i pazienti con DGA

L'approccio terapeutico cognitivo costruttivista prende forma dai principi della teoria costruttivista della conoscenza, che definisce la conoscenza come un processo all'interno del

quale il soggetto costruisce attivamente la propria comprensione del mondo, integrando le nuove esperienze con quelle precedentemente acquisite (Piaget, 1970; Vygotskij, 1978).

Sulla base di tale teoria, all'interno dell'approccio cognitivo costruttivista, la realtà è vista come una costruzione soggettiva che l'individuo fa della propria vita essendo attore protagonista nella creazione della propria narrazione del mondo esterno e del proprio mondo interno.

In linea con quanto sopra, la psicoterapia cognitivo costruttivista dà grande importanza alla costruzione dei sensi e dei significati che ogni paziente fa delle proprie esperienze, così come alle esperienze intersoggettive all'interno delle quali tali sensi e significati si sviluppano.

Il "sé" in ottica cognitivo costruttivista è concepito come una costruzione narrativa dinamica di sé in continuo mutamento, la quale ha come terreno fertile necessariamente la relazione con l'altro (Guidano, 1991; Guidano & Liotti, 1983).

Il "sé" è infatti inteso, non come una struttura statica, ma come un processo dinamico di continua costruzione di narrazioni personali all'interno dell'ambiente sociale e dell'interazione con altri sé (Guidano, 1991).

Secondo quest'ottica, la psicopatologia ha radici all'interno della costruzione dei significati del paziente: quando il significato attribuito ad una data esperienza si cristallizza in schemi cognitivi rigidi, viene ostacolato l'adattamento e quindi il benessere della persona (Guidano, 1991).

Come accennato precedentemente, la relazione è, secondo questo approccio, inevitabilmente il terreno all'interno del quale il sé nasce, si sviluppa e costruisce i propri significati. La relazione tra terapeuta e paziente in questa cornice teorica non è vista come una trasmissione unidirezionale di contenuti da professionista a paziente, ma come un processo co-costruzione attraverso il quale il paziente esplora e riorganizza la propria narrazione (Guidano & Liotti, 1983).

Il terapeuta, infatti, non agisce come un esperto che offre interpretazioni, bensì come un collaboratore esperto che aiuta il paziente a ricostruire i propri significati nell'ottica di accrescere la consapevolezza riguardo il proprio modo di funzionare (Neimeyer, 2005).

Il rapporto terapeutico diventa quindi un contesto in cui viene valorizzata l'autonomia del paziente e il suo senso di responsabilità intesa come capacità di rispondere del proprio benessere (Neimeyer & Raskin, 2000; Armanino & Furlani, 2024).

Nel lavoro clinico, lo psicoterapeuta cognitivo costruttivista considera il sistema persona come un tutto, differente e maggiore delle singole parti che lo compongono. In questo senso ogni, parte che compone la persona ha una propria relazione con l'integrità personologica e viceversa. Questo modo di concepire il soggetto e le sue parti, guida il lavoro del clinico secondo una logica finalistico-prospettica abbandonando il piano causalistico che cerca di trovare una causa al sintomo portato dalla persona, riducendo inevitabilmente la complessità che la compone (Armanino D., & Furlani F.A.P., 2024). Questa prospettiva di lavoro permette al clinico di incuriosirsi insieme al paziente e far emergere quale sia la funzione dei comportamenti e dei vissuti emotivi del paziente.

Questo passaggio aiuta il paziente a comprendere lo scopo e la finalità del proprio agire, permettendogli di integrare nella propria esperienza di sé comportamenti e vissuti emotivi che precedentemente viveva come estranei e privi di senso.

Restituire senso e significato al proprio modo di stare nel mondo, ha l'ulteriore scopo di aiutare il paziente ad aumentare la consapevolezza di sé e del proprio modo di funzionare.

Nell'ottica cognitivo costruttivista, quindi, il terapeuta aiuta inizialmente il paziente a conoscere il modo in cui egli ha costruito la propria conoscenza che ha di sé e del mondo, per

accompagnarlo poi verso una nuova modalità condivisa di vedere sé e il mondo attraverso perturbazioni strategicamente orientate che hanno l'obiettivo di restituire al paziente senso di responsabilità e *agency* nel processo di cambiamento (Pesci, S. 2015).

Come frequentemente ribadito dalla ricerca scientifica sull'efficacia della psicoterapia, la costruzione di una buona relazione terapeutica - o alleanza terapeutica - con il paziente risulta condizione necessaria per il buon esito del trattamento (Antoniotti, Fortunati, 2016).

Sovente il soggetto si presenta con il timore di essere giudicato rispetto al proprio comportamento di gioco.

Nel dettagliare, durante i colloqui, l'ammontare dei debiti, la difficoltà di mantenere un'astensione e le critiche ricevute in famiglia, il paziente condivide le proprie vulnerabilità, spesso spaventato e intimorito da possibili valutazioni dello specialista. Uno dei compiti del terapeuta è costruire un setting improntato sull'astensione dal giudizio, sulla comprensione del disagio vissuto, alternando momenti di ascolto attivo ad interventi psicoeducativi.

Fin dai primi colloqui, sovente, alcuni soggetti si pongono con il terapeuta in modalità sfidante. Utilizzata spesso come meccanismo di difesa, la sfida viene sperimentata dal paziente come tentativo estremo per tutelare il proprio valore, ripetutamente attaccato da familiari ed amici in relazione al proprio comportamento di gioco. Costruendo colloquio dopo colloquio un atteggiamento di fiducia e di maggiore consapevolezza circa il proprio comportamento, svelando in parallelo il meccanismo della sfida, la relazione tra terapeuta e paziente si sposta su un piano di cooperazione, funzionale alla condivisione di tematiche spesso "scomode". La ridefinizione del proprio valore passa attraverso la disponibilità del soggetto in trattamento di sperimentarsi con lo specialista progressivamente in modo diverso, arricchito da una maggior consapevolezza relativa ai meccanismi di gioco, ai propri attivatori e al disagio, apparentemente contrastato dallo scommettere come mezzo per distaccarsi dalla realtà. Con il procedere della terapia, il medesimo modo di porsi con lo specialista viene esportato anche all'esterno dei colloqui.

Il terapeuta deve inoltre possedere conoscenze specifiche rispetto ai meccanismi sottesi al gioco, per facilitare un confronto attivo e svelare eventuali incongruenze cognitive che il paziente è solito utilizzare per legittimare il proprio comportamento. Probabilità di vincita, premi in palio, modalità di scommessa, distinzione tra abilità e sorte sono alcuni dei temi affrontati in terapia con la finalità di eliminare possibili false credenze o strategie non funzionali. Sovente il terapeuta riporta al soggetto in carico la distinzione tra legge dei grandi numeri ed esiti determinati esclusivamente da una sessione di gioco. Il perseverare di un risultato non dà adito nel breve termine ad efficaci strategie di controllo. Nella mente del giocatore si insinua la fantasia che avere una conoscenza sempre più marcata del meccanismo del gioco comporti una maggior prevedibilità dell'esito dello stesso, aspetto che viene puntualmente smentito. È proprio su tale incredulità che il terapeuta deve attivare parte del proprio intervento, ribadendo l'impossibilità del controllo della sorte, sottolineando le strategie messe in campo da chi propone il gioco per convincere il giocatore a perseverare nel proprio comportamento. Con il susseguirsi delle sedute evolve la modalità del paziente di leggere l'offerta di gioco passando dall'essere attratto ed indotto a scommettere come spettatore passivo di un processo, all'essere attento osservatore dei propri meccanismi. Costruita una buona relazione con il paziente ed avendo svolto un intervento formativo\educativo sui meccanismi del gioco, è possibile entrare successivamente in un percorso più prettamente psicoterapeutico.

Strategie di intervento psicoterapeutico

Come riportato dalla letteratura, i pazienti con diagnosi di dipendenza da sostanza o comportamentale adottano, nel corso della propria vita, progressivamente una strategia basata sull'evitamento e sulla negazione, sminuendo o relativizzando avvenimenti, fatti o esperienze riconducibili ai comportamenti addittivi. Uno degli obiettivi della terapia con i pazienti con diagnosi di DGA è offrire un contesto duale all'interno della seduta in cui l'individuo sperimenta la possibilità di esporre fantasie, desiderio di gioco, craving o situazioni di disagio anche vissute all'interno dei colloqui, sostituendo il consolidato meccanismo della negazione ad una forma più autentica di relazione, concedendosi la possibilità di condividere anche una parte di sé più vulnerabile e potenzialmente giudicabile senza il timore di uscirne svalutato. Con il procedere della terapia il paziente sperimenta nuove modalità di confronto con familiari ed amici, con cui oltre a vivere la quotidianità con obiettivi e strategie diversi dal passato, condivide le proprie vulnerabilità e perplessità riconducibili alla patologia. Con il tempo, si passa da una frammentazione dell'io ad una continuità dell'essere costituita da zone d'ombra e parti più chiare ma collegate tra loro su un piano di realtà. Il processo di consapevolezza viene arricchito dalla condivisione con il paziente del meccanismo alla base delle varie attivazioni delle sessioni di gioco: il piacere. Senza utilizzare terminologie troppo specialistiche o addentrarsi in aspetti eccessivamente dettagliati il terapeuta descrive il funzionamento neurobiologico del sistema della ricompensa. Il gioco d'azzardo utilizza l'attivazione del neurotrasmettitore dopamina, che ha permesso a diverse specie di sopravvivere ed evolversi fino ad arrivare ai giorni nostri, con l'aggiunta di un ormone, l'adrenalina, che rende ancora più accattivante l'attesa di un risultato, l'esito di una scommessa, lo svolgimento di una sessione di gioco.

Una volta condivise con il soggetto in trattamento alcune delle reazioni psicofisiche indotte dalla dopamina e dall'adrenalina, sovente il paziente si riconosce nelle fasi di gioco e rievoca tali sensazioni in una sorta di svelamento, ridefinendo il gioco come tentativo autocurativo rispetto a difficoltà della vita, tono dell'umore deflesso o a semplice noia. Durante il trattamento sovente, una volta ridefinito il sintomo, emerge progressivamente l'origine del disagio che ha portato il paziente a giocare d'azzardo, come ad esempio difficoltà relazionali, croniche incomprensioni di coppia, o traumi non elaborati.

L'intervento del terapeuta non contempla la demonizzazione di strategie fino ad allora utilizzate dal soggetto in trattamento per sopravvivere alla quotidianità e alle fluttuazioni del tono dell'umore, ma incentiva la scoperta di nuove modalità più efficaci per affrontare il disagio personale e riconoscere il significato che ha o ha avuto il gioco. Da spettatore passivo, il paziente con il procedere della terapia si trasforma in regista attivo nei confronti delle proprie scelte di vita compresa la possibilità di decidere in piena coscienza se giocare d'azzardo o astenersi.

Coinvolgimento del partner e dei familiari

Il coinvolgimento del partner e dei familiari rappresenta un aspetto dibattuto all'interno della costruzione dei percorsi di cura rivolti ai gamblers. Secondo l'esperienza clinica accumulata negli ultimi 15 anni, tuttavia, è emerso come prendere in carico il soggetto nel suo sistema familiare, associando alla psicoterapia individuale con il gambler dei colloqui con un familiare/partner, aumenti la compliance al trattamento. Lo spazio offerto al familiare permette

allo stesso di partecipare attivamente al processo di cura, costruendo strategie utili nell'affrontare eventuali ricadute temute e di condividere i progressivi cambiamenti che il paziente mostra nella propria quotidianità. Il soggetto in trattamento con il procedere del percorso riduce i momenti di isolamento, integrando più facilmente anche possibili sensazioni di rabbia apparentemente ingiustificata che in precedenza davano adito all'inizio del comportamento di gioco. Il confronto tra familiare e paziente funge spesso anche da rinforzo per il paziente, che percepisce il processo di cambiamento in atto come maggiormente oggettivo. Con il procedere della terapia, sarà poi necessario introdurre ed affrontare il tema della fiducia tra il paziente e il familiare. Può accadere, infatti, che la gestione economica controllata che era stata pattuita nei primi colloqui del percorso tra paziente, specialista e familiare, venga disattesa con giustificazioni relative a emergenze o necessità inderogabili, ed esiti in una ricaduta. Tale evento verrà eventualmente elaborato in seduta assieme al familiare, ridefinendo, le linee guida sulla gestione del denaro, attribuendo un significato a quanto accaduto e ristabilendo le strategie fin lì adottate.

Prognosi ed evoluzione

Un numero elevato di pazienti, nonostante una maggior difficoltà iniziale, si pone come obiettivo e riesce a raggiungere un'astensione prolungata, che comporta una rinuncia completa verso qualsiasi forma di gioco d'azzardo. Il percorso terapeutico di una percentuale minore di soggetti, invece, esita nella possibilità di sperimentare saltuariamente sessioni di gioco all'interno di parametri specifici concordati con l'équipe curante. Uno di questi si basa sulla scelta della tipologia di attività. Il paziente viene guidato verso esperienze di gioco contenuto, condiviso con i familiari, in sessioni ridotte e con l'impiego di capitali esigui, abbandonando progressivamente le esperienze di azzardo precedentemente vissute in solitaria. La scommessa, pertanto, passa dal rivestire una funzione autocurativa, di supporto di fronte a difficoltà quotidiane o semplicemente di gestione del tempo, al rappresentare un'attività ludica priva di marcate aspettative, da condividere con persone care. Una piccola percentuale di pazienti non termina il trattamento, rassegnata all'idea di non poter cambiare la propria condizione, o certa di poter gestire autonomamente il comportamento di gioco e riportarlo a uno stato di gioco sociale.

Malgrado l'interesse clinico nei confronti di tale patologia abbia seguito un andamento crescente negli ultimi anni, la ricerca riguardante le strategie terapeutiche per il trattamento del Disturbo da gioco d'azzardo, con particolare riferimento alle nuove tipologie di giochi offerti dal mercato, si sta tutt'ora arricchendo. Negli ultimi 5 anni, infatti, con un'accelerazione legata alla pandemia da Covid-19 (Maciocchi,2022), il gioco in modalità online è cresciuto in modo esponenziale sfruttando la tecnologia del "mobile", che lo ha reso accessibile a tutte le fasce di età. Il presente studio, come in precedenza accennato, non pretende di esaurire la riflessione sull'argomento, necessitando in primo luogo di essere avvalorato da altri studi orientati da parametri standardizzati, ma al contrario ci si auspica che nuovi e numerosi lavori siano prodotti, al fine di fornire dei trattamenti sempre più specifici ed efficaci a pazienti che vivono questa condizione.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association. (APA). (1980). *DSM-III: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (tr. it. Masson). Masson.
- American Psychiatric Association. (APA). (1987). *DSM-III-R: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (tr. it. Masson). Masson.
- American Psychiatric Association. (APA). (1994). *DSM-IV: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (tr. it. Masson). Milano: Masson.
- American Psychiatric Association. (APA). (2000). *DSM-IV-TR: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (tr. it. Masson). Masson.
- American Psychiatric Association. (APA). (2013). *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (tr. it. Raffaello Cortina). Raffaello Cortina.
- Antonioti, C., & Fortunati, L. (2016). *L'integrazione nella pratica clinica a orientamento costruttivista*.
- Armanino, D., & Furlani, F. A. (2024). *Identità, personalità e dissociazione: Un approccio costruttivista al paziente grave*. FrancoAngeli.
- Bara, B. G. (2007). *Dinamica del cambiamento e del non-cambiamento*. Bollati Boringhieri.
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. (2021, ottobre 5). 21G00144/SG. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/10/05/21G00144/sg>
- Guidano, V. F. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. Guilford Press.
- Guidano, V., & Liotti, G. (1983). *Psicoterapia e costruttivismo*. Raffaello Cortina.
- Korn, D. A., & Shaffer, H. J. (2004). *Practice guidelines for treating gambling-related problems: An evidence-based treatment guide for clinicians*. Massachusetts Council on Compulsive Gambling.
- Nomisma. (2021). *Il gioco d'azzardo in Italia secondo l'Osservatorio Nomisma*. Nomisma. <https://www.nomisma.it/gioco-dazzardo-in-italia-osservatorio-nomisma/>
- Marchetti, D. (2019, 5 novembre). Gioco d'azzardo e rischio suicidario: un'analisi approfondita. *State of Mind*. <https://www.stateofmind.it/2019/11/gioco-dazzardo-rischio-suicidario/>
- Maciocchi, P. (2022). Con il lockdown aumenta il gioco d'azzardo. Un business per la mafia. *Il Sole 24 Ore*. https://www.ilssole24ore.com/art/con-lockdown-aumentato-gioco-d-azzardo-business-la-mafia-AEeCUc7B?refresh_ce=1
- Neimeyer, R. (2005). Grief, loss, and the quest for meaning: Narrative contributions to bereavement care. *Bereavement Care*, 24(2), 27-30.
- Neimeyer, R. A., & Raskin, J. D. (2000). *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy* (pp. xiii-373). American Psychological Association.
- Pacifici, R., Mastrobattista, L., Minutillo, A., & Mortali, C. (2019). Gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione: risultati di un progetto integrato. *Roma: Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 19/28)*.
- Pesci, S. (2015). Il lutto e la sua elaborazione. *Nuovi orizzonti*, 13, 13-20.
- Pettoruso, M., Di Giuda, D., Martinotti, G., Cocciolillo, F., De Risio, L., Montemitro, C., ... & NST Study Group. (2019). Dopaminergic and clinical correlates of high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation in gambling addiction: A SPECT case study. *Addictive Behaviors*, 93, 246-249.
- Piaget, J. (1970). *Piaget's theory* (Vol. 1, pp. 703-732). Wiley.

- Riglietta, M. (2020). La comorbilità nel Disturbo da Gioco d'Azzardo. *Mission-Open Access*, 54.
- Rizeanu, S. (2018). Cognitive-behavioral therapy for gambling addiction. In *Cognitive Behavioral Therapy and Clinical Applications* (pp. 61-81).
- Toneatto, T., & Millar, G. (2004). Assessing and treating problem gambling: Empirical status and promising trends. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(8), 517-525.
- Vygotsky, L. S. (1978). Socio-cultural theory. *Mind in Society*, 6(3), 23-43.
- World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*. <https://icd.who.int>.
- Zack, M., & Poulos, C. X. (2009). Parallel roles for dopamine in pathological gambling and psychostimulant addiction. *Current Drug Abuse Reviews*, 2(1), 11-25.

Gli Autori



Luca Rossi, Psicologo, Psicoterapeuta, Sessuologo Clinico, da vent'anni è Specialista ambulatoriale SC Psicologia AF Dipendenze Ser.D. ASL TO3 e del Servizio Psicossessuologia ASL TO3. Membro Gruppo Regionale GaP Piemonte (Gioco D'azzardo Patologico) e referente Regionale Piemonte per il Bullismo e Cyberbullismo per l'ASL TO3. È membro Direttivo Federserd.

Già Professore a contratto Scuola di Medicina di Torino, è attualmente professore a contratto per il Dipartimento Filosofia e Scienze dell'educazione UNITO e professore a contratto Dipartimento di Psicologia Laurea Magistrale Psicologia Clinica e di comunità IUSTO. Docente Scuole di Specialità Psicoterapia Cognitiva CTC e scuola STPC con sedi a Torino, è Coordinatore Referente AIPD (Area di interesse psicoterapia delle dipendenze) della SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva). C.T.P. Tribunale di Torino.

Email: luca.rossi@aslto3.piemonte.it



Sabrina Rizzo, Psicologa, Psicoterapeuta in formazione presso Scuola di Psicoterapia Cognitiva CTC Torino, Specializzanda presso Ser.D ASL TO3, ambulatorio per le Dipendenze senza sostanze.



Eleonora Carlino, Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia Cognitivo Costruttivista presso STPC - Torino.

Citazione (APA)

Rossi, L., Rizzo, S., Carlino, E. (2024). Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA). Una prospettiva costruttivista per la presa in carico e il trattamento. *Costruttivismi*, 11, 1-13. <https://doi.org/10.23826/2024.01.001.013>

L'opposizione "Io"- "Tu". Squilibrio intersoggettivo e disturbi personali¹

Gabriele Chiari

Istituto Costruttivista Narrativo (ICoNa), Padova; Centro Studi SE, Firenze

SOMMARIO

Il concetto di disturbo psicologico dovrebbe essere una domanda fondamentale per qualsiasi approccio psicoterapeutico basato su una adeguata teoria psicologica. Le risposte alla domanda "Che cosa si può intendere per disturbo?" sono diverse, dipendendo dalla teoria adottata. Per esempio, possono riferirsi ad abitudini disadattive apprese, a convinzioni irrazionali, a relazioni disfunzionali all'interno della famiglia, alla compulsione a ripetere, e così via. Nel descrivere gli assunti della psicoterapia dei costrutti personali, Kelly propone una precisa definizione di disturbo come "qualsiasi costruzione personale che viene ripetutamente usata nonostante continue invalidazioni". Tuttavia, tale definizione non viene usata in tutto il volume dedicato alla psicoterapia e neanche nei successivi scritti di Kelly. Lo scopo di questo articolo è quello di mostrare come la concezione costruttivista personale del disturbo sia stata sviluppata da alcuni dei suoi seguaci, e di suggerire la possibilità e l'utilità di elaborare ulteriormente le loro proposte facendo riferimento alla nozione fenomenologica di squilibrio intersoggettivo. Secondo la mia opinione, una nozione del genere, usata principalmente in alcuni approcci di psicoanalisi relazionale, può essere tradotta in modo convincente nel linguaggio della teoria dei costrutti personali, come ho fatto nell'ipotesi di percorsi incompleti di mutuo riconoscimento.

Parole chiave: teoria dei costrutti personali, psicoterapia dei costrutti personali, disturbo psicologico, squilibrio intersoggettivo, psicoterapia narrativo-ermeneutica, percorsi incompleti di mutuo riconoscimento.

Sono dell'opinione che il modo in cui il "disturbo" viene concettualizzato dovrebbe essere fondamentale per qualsiasi approccio terapeutico basato su una adeguata teoria psicologica. Quando viene posta la domanda "Che cosa si intende per disturbo?", le risposte differiscono a seconda della teoria adottata. Per esempio, possono riferirsi ad abitudini maladattive apprese,

¹ Relazione presentata al 24th International Congress of Personal Construct Psychology. Padova, 13-16 luglio 2022

convinzioni irrazionali, relazioni disfunzionali all'interno della famiglia, alla compulsione a ripetere, alla mancanza di insight, e così via. Qualunque sia la risposta, una visione del disturbo dovrebbe guidare il corso della terapia.

Spiegando gli assunti della psicoterapia dei costrutti personali, Kelly (1955) ha proposto una definizione di disturbo come "qualsiasi costruzione personale che continui ad essere usata nonostante costanti invalidazioni" (p. 831), o – in una forma un po' vaga – come qualsiasi struttura che mostri di non riuscire a realizzare il suo scopo" (p. 835). Quindi, in sostanza, un disturbo psicologico viene ricondotto a caratteristiche di un sistema di costruzione personale e non concepito nei termini di una entità di malattia. È un peccato, e in qualche modo sorprendente, che questa concezione non sia stata usata regolarmente da Kelly in tutto il volume dedicato alla psicoterapia, né elaborata e nemmeno ripresentata nei suoi scritti successivi.

Fortunatamente, alcuni seguaci di Kelly hanno preso in esame l'argomento. Penso di poterli dividere in due aree principali, a seconda dell'enfasi che collocano sui processi implicati nel blocco dell'esperienza risultante dal disturbo: la nonvalidazione o il conflitto. Li passerò brevemente in rassegna. Nell'ultima parte di questa presentazione, introdurrò una proposta che ha dei punti di contatto con entrambi e che in qualche modo li uniscono. Il disturbo viene ricondotto a particolari percorsi in quel processo di individuazione che permette l'emergere di un "Io" e di un "Tu" dalla relazione originariamente indifferenziata e simbiotica tra la madre e il bambino. Ciò implica partire dalla visione che all'inizio ci sia la relazione, che la comunanza preceda l'individualità come sostenuto dal compianto Trevor Butt (1998): una tesi familiare alla maggior parte dei fenomenologi ma raramente adottata dai teorici e dai praticanti dei costrutti personali.

Validazione e nonvalidazione

I lavori della prima area sono apertamente finalizzati ad elaborare ulteriormente la concezione di disturbo di Kelly focalizzandosi sulle nozioni di validazione e nonvalidazione. Risalgono ai primi anni 2000, quando Walker e Winter hanno cominciato ad analizzare criticamente e a revisionare le definizioni di Kelly, dapprima separatamente e poi come co-autori.

Il contributo di Walker (2002) è consistito nell'aver esaminato in dettaglio il concetto di validazione nei termini del ciclo della validazione, il processo con il quale le costruzioni vengono sottoposte a verifica. Questo ciclo è strettamente collegato alla metafora di Kelly della persona come scienziato. Walker ha evidenziato la possibilità che le persone talvolta non si impegnino né in una validazione né in una invalidazione con le loro azioni, coniando il termine nonvalidazione per indicare il polo opposto alla validazione nei casi di non completamento del processo validazionale ideale. Per ciascuno stadio dei processi implicati dalla metafora dello scienziato e dal ciclo della validazione, Walker ha suggerito più strategie nonvalidazionali (come una circospezione interminabile, l'allentamento, l'ostilità), intendendole come non adottate necessariamente in modo cosciente o controllato.

Walker (2002) ha sostenuto che "considerando l'enfasi di Kelly sulle persone come scienziati efficaci... il non-completamento della sperimentazione è indesiderabile". Tuttavia, "le strategie di nonvalidazione possono avere effetti positivi... proteggendo lo status quo dal cambiamento e dalla sofferenza associata ad esso" (p. 60). Lo stesso Kelly (1955) ha sostenuto che "anche una parte manifestamente non valida di un sistema di costruzione può essere preferibile al vuoto d'ansia che potrebbe essere causato dalla sua completa eliminazione" (p. 831). È ora facile mettere in relazione un disturbo con un insuccesso di uno o più stadi del ciclo della

validazione e considerarlo come “qualsiasi strategia nonvalidazionale che continua ad essere usata e applicata o a molto di ciò che costruiamo o ad aree nucleari/sovraordinate delle nostre vite” (Walker, 2002, p. 60).

Nella sua elaborazione, Winter (2003) ha fatto riferimento ad una formalizzazione della metafora dello scienziato successiva al ciclo della validazione usato da Walker: cioè, il ciclo dell’esperienza, che Kelly (1966) introdusse nel suo manoscritto *A brief introduction to personal construct theory*. Questa unità dell’esperienza comprende cinque fasi: l’anticipazione, l’investimento, l’incontro, la conferma o disconferma, e la revisione costruttiva.

La definizione di Kelly, Winter (2003) sottolinea, comporta che un disturbo implica il fallimento a completare il ciclo dell’esperienza, ma “può essere considerato – proprio come le costruzioni di persone non disturbate – come il tentativo dell’individuo di dare il senso migliore al suo mondo e far fronte a, o evitare un’invalidazione” (pp. 201-202). A questo fine, le persone adottano le strategie che Kelly ha descritto nei suoi costrutti diagnostici: per esempio, il restringimento e l’allentamento e la costrizione e la dilatazione. Ma mentre la persona che “funziona ottimamente” (Epting & Amerikaner, 1980) è caratterizzata da una interazione ciclica ed equilibrata di strategie contrastanti, “i disturbi tendono ad implicare l’uso quasi esclusivo di una particolare strategia” (p. 202). Questo è il motivo per cui Winter ha suggerito lo squilibrio come un termine più appropriato, visto che disturbo “veicola implicazioni meccanicistiche, suggerisce uno stato più che un processo, e la sua definizione da dizionario comprende parole come indisposizione e malattia” (p. 209).

Nel loro lavoro scritto come co-autori, Walker e Winter (2005) hanno discusso in maggior dettaglio la natura problematica della concezione del disturbo di Kelly e riproposto il loro suggerimento nei termini di uno squilibrio nell’uso di strategie nonvalidazionali, il cui risultato è che “restiamo bloccati, immobilizzati, incapaci di andare avanti e di ricostruire” (pp. 27-28).

Ho scoperto questi contributi solo dopo la pubblicazione nel 2010 del libro mio e di Nuzzo intitolato *Constructivist Psychotherapy: A Narrative Hermeneutic Approach*, nel quale la concezione del disturbo presenta sia somiglianze che alcune differenze significative da quella di Walker e Winter. Considerando la teoria dei costrutti personali alla luce della teoria dell’auto-poiesi di Maturana (Maturana & Varela, 1987) – un confronto che ho elaborato alcuni anni dopo (Chiari, 2016) – il cambiamento personale viene visto come “l’espressione dei continui cambiamenti strutturali che il sistema incontra nella sua relazione dialettica con l’ambiente... Essendo chiuso dal punto di vista dell’organizzazione, il sistema subordina necessariamente ogni cambiamento (“divenire”) alla conservazione della sua organizzazione (“essere”) (Chiari & Nuzzo, 2010, p. 138).

In questa visione, i costrutti diagnostici relativi alle transizioni vengono considerati come indizi di una disintegrazione dell’organizzazione del sé, e i costrutti diagnostici relativi alla struttura di un sistema di costrutti personali (le “strategie” nella terminologia di Walker e Winter) vengono visti come processi finalizzati a permetterne la conservazione o il ripristino. Il tentativo può avere successo, ma può trattarsi di una soluzione parziale permettendo la prevenzione della disintegrazione ma non una ripresa del movimento: la persona sceglie di smettere di cambiare – ciò che abbiamo indicato come “non-divenire” (Chiari & Nuzzo, 2004). È proprio la sospensione del movimento nella relazione della persona con l’ambiente sociale che può essere vista come un disturbo. In termini matematici, la conservazione dell’adattamento attraverso cambiamenti ricorsivi viene sostituita da processi ripetitivi. Il processo psicoterapeutico dovrebbe avere l’obiettivo di ristabilire un movimento ricorsivo.

Conflitti cognitivi e dilemmi

L'altra serie di lavori affronta empiricamente da una prospettiva PCP il ruolo dei conflitti cognitivi in psicopatologia.

Feixas e collaboratori (Feixas, Saúl, & Ávila-Espada, 2009) stanno lavorando da molti anni sulla verifica dell'ipotesi che le persone con disturbi mentali mostrino una presenza di conflitti cognitivi più alta rispetto ai campioni non clinici. Anche se potrebbero non sembrare esplicitamente interessati ad elaborare la definizione di disturbo di Kelly, portano avanti la loro ricerca all'interno di una rigorosa cornice PCP facendo un ampio uso della tecnica delle griglie di repertorio, e i risultati mettono in luce un aspetto particolare che potrebbe essere implicato nei disturbi.

Partendo dall'osservazione che la nozione di conflitto cognitivo ha una lunga tradizione in psicologia, vedono nella teoria dei costrutti personali la base più elaborata per una comprensione dei conflitti e la loro importanza per la psicologia della personalità e per la psicologia clinica, data la sua enfasi sulla libertà dell'uomo e sulla scelta, permettendo a sua volta una visione degli esseri umani come predisposti a dilemmi personali.

Il pioniere in questo campo è stato Hinkle (1965) che, nella sua tesi Ph.D. scritta sotto la supervisione di Kelly, ha coniato il termine dilemma implicativo per riferirsi ad una particolare forma di implicazione tra due costrutti mettendola in relazione con la nozione di conflitto:

A e B implicano X, e B implica Y; inoltre, A implica Y, e B implica X e Y. Un soggetto, per esempio, mettendo in relazione desiderabile-indesiderabile e realismo-idealismo, disse che sia il realismo che l'idealismo implicavano per lui aspetti sia desiderabili che indesiderabili. La teoria del conflitto e la teoria del doppio legame si riferiscono a questi *dilemmi implicativi*. (pp. 18-19, corsivo nell'originale)

Nella letteratura PCP si possono trovare altri contributi a questo tema. Basandomi sulla rassegna di Feixas et al. (2009), mi limito a indicare quelli che considero i più significativi.

Adams-Webber (1970) ha osservato che nuove strutture si sviluppano per adattarsi che è ambiguo secondo la struttura esistente della persona, cioè, che “diventa il focus di aspettative che sono incompatibili l'una con l'altra nei termini delle specifiche relazioni tra costrutti che articolano la ‘struttura’ logica del sistema di un individuo” (Adams-Webber, 1981, p. 55).

I tentativi di ridurre il conflitto, secondo Space e Cromwell (1978), possono dare dei significati particolari ai costrutti così che “si verificano lassità e instabilità come sforzo finale per la risoluzione del conflitto” (p. 188).

Il modello ABC di Tchudi (1977) è tratto dalla tesi di Hinkle. Qui, tre costrutti – uno che descrive il sintomo o il problema, uno i suoi svantaggi e il terzo i suoi vantaggi – costituiscono “una rete implicativa di un tipo speciale, un dilemma implicativo”, in seguito al quale “il sistema è bloccato, la persona è impantanata o ‘forzata’ a girare in circolo... il sintomo risolve il problema, ma il prezzo viene percepito come troppo alto” (p. 325).

Ryle (1979), che ha proposto una terapia analitica cognitiva che incorpora alcuni aspetti della PCP, ha specificato che “i dilemmi possono essere espressi nella forma ‘o/o’ (false dicotomie che limitano la gamma della scelta) o ‘se/allora’ (false supposizioni di associazione che in modo simile inibiscono il cambiamento)”. Per esempio, “nelle relazioni o sono vicino a qualcuno e mi sento soffocare, o sono tagliato fuori e mi sento solo”, oppure “Sento che se sono un maschio allora devo essere insensibile”.

Nei suoi studi con clienti con ansia sociale, Winter (1989) ha collegato il conflitto al ruolo nucleare, trovando che nell'80% dei casi i costrutti in relazione con la competenza sociale (per

esempio socievole, estroverso) veicolavano implicazioni negative (per esempio egoista, irrispettoso, prepotente).

Il trattamento al quale questi clienti comprensibilmente si opponevano era, pertanto, un trattamento che sembravano costruire come un addestramento all'egoismo, al disprezzo e alla disonestà, caratteristiche incoerenti con i loro ruoli nucleari. (Winter, 1989, p. 4)

Per questi clienti un ipotetico cambiamento genererebbe colpa, e la resistenza può essere compresa come un modo per conservare una coerenza personale allo scopo di evitare una massiccia invalidazione.

Il programma di ricerca di Feixas utilizza delle griglie di repertorio finalizzate ad ottenere delle misure relative a tre possibili tipi di conflitti cognitivi: (1) conflitti triadici (TC), in cui tre costrutti correlano gli uni con gli altri negativamente, e in cui due correlano positivamente e il terzo negativamente; (2) dilemmi implicativi (ID), in cui il polo di un costrutto che rappresenta un sintomo o un problema è associato al polo positivo di un altro costrutto che potrebbe essere a un più alto livello nella gerarchia del sistema; (3) costrutti dilemmatici (DC), in cui entrambi i poli di un costrutto sono considerati indesiderabili e al "sé ideale" viene dato un punteggio medio.

Uno dei primi studi (Feixas, Saúl, & Ávila-Espada, 2009) ha mostrato che l'unico tipo di conflitto che differenzia significativamente tra i campioni clinico e non clinico è l'ID. Sebbene gli ID siano comuni nella popolazione generale, si riscontrano in più della metà del campione clinico e in un terzo del campione non clinico. Inoltre, i partecipanti con ID presentano livelli più alti di gravità dei sintomi rispetto ai partecipanti senza tali dilemmi.

Studi successivi (vedi una rassegna in Montesano, López-González, Saúl, & Feixas, 2015) hanno esplorato la presenza significativamente più alta di ID in una varietà di specifiche condizioni cliniche, come i disturbi alimentari, la depressione, la distimia e la fibromialgia, trovando una conferma dell'ipotesi.

Squilibrio intersoggettivo e relazioni dilemmatiche

La mia proposta nasce dalle innumerevoli conversazioni che ho avuto con dei clienti come psicoterapeuta dei costrutti personali, e dai dibattiti con colleghi e allievi come docente di psicoterapia. Come risultato di queste esperienze, il mio modo di praticare e insegnare la psicoterapia è andato progressivamente incontro a una elaborazione della formulazione originaria di Kelly, tanto da rendere più appropriato un nuovo nome per il nostro approccio: quello di psicoterapia narrativo-ermeneutica. In questo modo intendiamo sottolineare il nostro interesse per l'organizzazione narrativa dell'esperienza personale e la visione del processo psicoterapeutico come una continua conversazione ermeneutica finalizzata a rivelare gli aspetti più nucleari delle narrazioni dei clienti favorendo al contempo una ricostruzione. A un esame più attento, il nostro modo di partecipare a una serie di conversazioni con i nostri clienti presenta forti similitudini con il metodo clinico così come concepito e presentato da Kelly.

Inoltre, il nostro approccio è interessato a ipotizzare traiettorie evolutive alle quali le persone possono essere indicativamente ricondotte allo scopo di anticipare il contenuto delle narrazioni dei clienti sulla base dell'osservazione di somiglianze nella costruzione delle esperienze relazionali. In altre parole, "l'obiettivo finale" di tale iniziativa non è, per citare Kelly (1955), "un diario della navigazione passata (del cliente)", ma "l'anticipazione degli effettivi e dei

possibili corsi di eventi nella vita della persona” (p. 185). Già 30 anni fa abbiamo descritto quelli che abbiamo chiamato “percorsi di dipendenza”, considerati come canalizzati dalle principali transizioni che i bambini esperiscono nelle loro relazioni precoci con i loro caregiver (Chiari, Nuzzo, Alfano, Brogna, D’Andrea, Di Battista, Plata, & Stiffan, 1994).

In questa prospettiva, la comprensione di dove il disturbo nasca e risieda è centrale. A questo riguardo, pur conservando la concezione del disturbo come una scelta nonvalidazionale così come già descritta, ho trovato una nuova fonte di ispirazione nelle recenti elaborazioni dei temi dell’intersoggettività e del riconoscimento, situati all’intersezione della filosofia e della psicologia. Tra gli altri, mi riferisco ai filosofi Honneth (1995) e Ricoeur (2005), e alla psicoanalista relazionale Benjamin (2017). Credo che la teoria del riconoscimento possa dare ragione di importanti questioni cliniche. Per motivi di brevità, mi limiterò a descrivere gli aspetti essenziali della mia ipotesi, citando per un approfondimento il mio ultimo articolo pubblicato (Chiari, 2023).

Schematicamente, il mio suggerimento è che i disturbi clinicamente significativi siano connessi a strutture nucleari di ruolo la cui origine può essere ricondotta a relazioni precoci caratterizzate da uno squilibrio intersoggettivo derivante da relazioni di complementarità anziché di reciprocità. Le relazioni reciproche sono caratterizzate dalla qualità mutuamente influenzante dell’interazione tra soggetti, mentre nelle relazioni complementari una persona è soggetto e l’altra oggetto. Nei termini della PCP, la relazione è simile a quella tra relazioni di ruolo e relazioni di dipendenza. L’ipotesi è che le relazioni complementari diano origine a dilemmi che permeano la vita di relazione e generano sofferenza.

L’aspetto principale è il processo che vede sia la madre che il bambino si liberano da uno stato di simbiosi e il bambino procede verso una progressiva individuazione, emergendo come una persona con un ruolo distinto. Il completamento di tale processo richiede – nelle parole di Honneth (1995) – la disponibilità “a riconoscersi reciprocamente l’un l’altra come persone che sono dipendenti l’una dall’altra e tuttavia completamente individuate” (p. 24).

Questo mutuo riconoscimento conduce a un equilibrio intersoggettivo tra poli contrapposti: quello della fusione (cioè, della dipendenza simbiotica), e quello dell’auto-affermazione nella solitudine (cioè, dell’indipendenza egocentrica), che risulta in relazioni di dipendenza relativa. Usando gli strumenti concettuali della PCP, la possibilità per il bambino di ultimare un percorso evolutivo di mutuo riconoscimento deriva da relazioni precoci di reciprocità caratterizzate da una accettazione da parte del caregiver, che apprezza ciò che il bambino fa, riconoscendo e favorendo la sua nascente soggettività. Si tratta di un tipo di interazione che facilita lo stabilirsi di relazioni di ruolo, un’alta dispersione della dipendenza, e lo sviluppo di quella che Kelly (1961) chiama consapevolezza del ruolo, la sensazione di “aver organizzato la propria vita comprendendo il punto di vista degli altri”, mentre “sentire che il proprio ruolo è andato perduto” corrisponde alla colpa (p. 273). Ho chiamato questo percorso il percorso completo di riconoscimento reciproco nella forma dell’accettazione.

Diversamente dal caso precedente, la mia ipotesi è che uno squilibrio intersoggettivo sia indicato, nei termini della PCP, da una bassa dispersione della dipendenza, in cui le persone tendono a collocare le loro dipendenze o su poche altre persone o soprattutto su sé stesse. Tutto ciò può essere visto come connesso all’esperienza del bambino di una mancanza di reciprocità nella loro relazione con i caregiver. L’incompletezza del processo di mutuo riconoscimento comporta la sensazione di una mancanza fiducia nel posto occupato nel dominio sociale, cioè, dalla mancanza di un senso di riconoscimento, una mancanza di consapevolezza del ruolo nella mia interpretazione dell’espressione di Kelly. Si formano relazioni di complementarità, nelle quali il bambino viene trattato dal caregiver, che non tiene conto della sua

soggettività, come un oggetto anziché come un soggetto che contribuisce a plasmare una realtà co-creata.

Ho descritto tre forme di percorsi incompleti di riconoscimento reciproco.

Mi soffermerò brevemente su uno di questi percorsi perché le persone che presentano un disturbo ad esso riferibile richiedono raramente un trattamento psicoterapeutico in un setting privato e quindi ne ho poca esperienza diretta. In questo percorso, la relazione madre-bambino è tale per cui i bambini vengono privati della possibilità di costruire adeguatamente la madre, la cui partecipazione alla relazione è limitata alla nutrizione dei figli, essendo la sua possibilità di avere una relazione più ampia limitata probabilmente dalla minaccia dei legami affettivi. I bambini vedono ostacolata la formazione di nuovi costrutti dalla non disponibilità di dati validazionali. Pertanto, sperimentano ansia. Come protezione dall'ansia, i bambini allentano le loro costruzioni – l'allentamento è la loro “strategia” preferita, per usare il termine di Walker e Winter (2005). Sfortunatamente, le sperimentazioni sociali dei bambini al di fuori della famiglia tendono a generare ansia negli altri, che incontrano difficoltà a comprendere le loro costruzioni lasse che risultano in comportamenti bizzarri. Come protezione dall'ansia, gli altri evitano il bambino che, in una spirale progressiva, “hanno sempre meno accesso a materiale validazionale di natura interpersonale” (Kelly, 1955, p. 856). Ho chiamato questo percorso il percorso incompleto di riconoscimento reciproco nella forma della negligenza.

Talvolta lo squilibrio intersoggettivo tende verso il polo della fusione. In questo caso, la madre considera il figlio come una risorsa per lei e pertanto scoraggia le sue esplorazioni sociali attraverso la minaccia di rompere la relazione sulla quale il bambino dipende. Questo risulta in una collocazione non dispersa delle dipendenze del bambino – e successivamente dell'adulto – alle poche persone familiari che hanno fatto loro da caregiver. La persona sceglie di vivere in un mondo ristretto, essendo la costrizione la “strategia” preferita per evitare la minaccia implicata dall'anticipazione di una separazione. Ma a questo punto emerge un conflitto: la vicinanza – essere vicini a qualcuno – implica sicurezza ma nello stesso tempo restrizione della propria libertà d'azione, e la separazione implica libertà da tale restrizione ma nello stesso tempo solitudine e smarrimento, un dilemma ben espresso dal verso di Ovidio “Non posso vivere né con te, né senza di te”. Ho chiamato questo percorso il percorso incompleto di riconoscimento reciproco nella forma della fusione.

In altri casi, lo squilibrio intersoggettivo tende verso il polo della affermazione di sé nella solitudine, che si accompagna a una collocazione non dispersa delle dipendenze su sé stessi, data l'esperienza di una mancanza di disponibilità da parte del caregiver. Si tratta del risultato di una costruzione della propria madre da parte del bambino come una figura contenta e accettante a patto che il bambino riesca a soddisfare le sue aspettative, e sofferente e rifiutante in caso contrario. Ma i ripetuti tentativi del bambino sono destinati a fallire, a causa dell'ostilità della madre che mostra disprezzo nei suoi confronti per poter assolvere sé stessa. I bambini si sentono responsabili della infelicità della madre e sperimentano sensi ricorrenti di colpa, che cercano di prevenire ricorrendo a un tipo di costrizione consistente nella progressiva esclusione dal campo della relazione di tutte le espressioni di sé considerate potenzialmente incompatibili con la possibilità di giocare un ruolo di cura con lei – e in seguito, come adulti, con altre persone. Di conseguenza, i loro tentativi di evitare la prova di essere sbagliati e indegni di essere accettati in quanto fonte di sofferenza per gli altri si accompagna alla consapevolezza di essere diversi da come appaiono agli altri. Da qui il disturbo: si sentono minacciati sia dall'accettazione da parte degli altri – che richiede una negazione di sé e un perdere sé stessi – sia dall'espressione di sé – che implica colpa, rifiuto e una definitiva solitudine. Il dilemma è “o una relazione che richiede l'umiliazione di sé, o un'affermazione di sé che implica

solitudine” o, in definitiva, “o tu o me”. Ho chiamato questo percorso il percorso incompleto di riconoscimento reciproco nella forma del disprezzo.

Conclusioni

Nei conflitti non risolti presenti negli ultimi due percorsi vedo le radici del disturbo in molte persone. Possono essere più o meno evidenti, ma si manifestano in molti modi fin dall’infanzia e informano la vita di relazione della persona, talvolta in maniera piuttosto limitata, talvolta in maniera molto limitante. Arrivo a sostenere che molti dei conflitti che si possono trovare in molte persone sono implicazioni subordinate di uno di questi due conflitti “ontologici” che riguardano la vita sociale.

Questa visione permette anche di interpretare alcuni comportamenti tradizionalmente considerati come “disturbi” come invece l’espressione di tentativi di risolvere i dilemmi. Per esempio, il comportamento anoressico può essere visto come una scelta finalizzata a recuperare un senso di agentività (agency). Grazie ad esso, la persona non si sottomette all’altro mangiando, né sente di affermare sé stessa non mangiando. La scappatoia che trova può essere concisamente espressa in questo modo: “Posso non fare ciò che vuoi solo non facendo ciò che voglio”.

Se condividiamo l’idea di Kelly (1955) che “l’obiettivo supremo dell’impresa psicologico-sociale” è “la ricostruzione psicologica della vita” (p. 187), penso che dovremmo unirvi ai nostri clienti per concepire modi migliori per dissolvere i dilemmi relazionali in cui si trovano. Feixas e collaboratori suggeriscono una serie di passi finalizzati a risolvere il conflitto. Si tratta indubbiamente di metodi appropriati che possono favorire un cambiamento terapeutico. In aggiunta, la concezione del disturbo nei termini del riconoscimento intersoggettivo che ho proposto suggerisce che la relazione terapeutica può essere il primo e il più importante ambiente per una ricostruzione. Sto parlando dell’importanza di costruire una relazione di reciprocità in cui il terapeuta partecipa a una relazione con il cliente anziché agire terapeuticamente sul cliente. Ancora una volta in anticipo sui tempi, la presentazione di Kelly della relazione tra il terapeuta e il cliente è in linea con una visione intersoggettiva del genere. L’accettazione, l’approccio credulo, la metafora dei due come “compagni di bordo... che si imbarcano insieme nella stessa avventura”, sono i prerequisiti per la costruzione di una relazione in grado di favorire un’esperienza che liberi il cliente dalle limitazioni e dai conflitti derivanti da relazioni di complementarità.

Riferimenti bibliografici

- Adams-Webber, J. (1970). Actual structure and potential chaos. In D. Bannister (Ed.), *Perspectives in personal construct theory* (pp. 30–45). Academic Press.
- Adams-Webber, J. (1981). Empirical developments in personal construct theory. In H. Bonarius, R. Holland, & S. Rosenberg (Eds.), *Personal construct psychology: Recent advances in theory and practice* (pp. 49–70). Macmillan.
- Benjamin, J. (2017). *Beyond doer and done to: Recognition theory, intersubjectivity and the third*. Routledge.
- Butt, T. (1998). Sociality, role, and embodiment. *Journal of Constructivist Psychology*, 11, 105–116. <https://doi.org/10.1080/10720539808404643>

- Chiari, G. (2016). So distant, yet so close: Kelly, Maturana, and their constructivist theories. In D. Winter & N. Reed (Eds.), *The Wiley handbook of personal construct psychology* (pp. 57-68). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118508275.ch6>
- Chiari, G. (2023). Personal paths of mutual recognition: Relational patterns and narrative identities from a personal construct perspective. *Journal of Constructivist Psychology*, 36, 504-523. <https://doi.org/10.1080/10720537.2022.2062078>
- Chiari, G., & Nuzzo, M. L. (2004). Steering personal construct theory toward hermeneutic constructivism. In S. K. Bridges & J. D. Raskin (Eds.), *Studies in meaning 2: Bridging the personal and social in constructivist psychology* (pp. 51-65). Pace University Press.
- Chiari, G., & Nuzzo, M. L. (2010). *Constructivist psychotherapy: A narrative hermeneutic approach*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203866733>
- Chiari, G., Nuzzo, M. L., Alfano, V., Brogna, P., D'Andrea, T., Di Battista, G., Plata, P., & Stiffan, E. (1994). Personal paths of dependency. *Journal of Constructivist Psychology*, 7, 17-34. <https://doi.org/10.1080/10720539408405085>
- Epting, F. R., & Amerikaner, M. (1980). Optimal functioning: A personal construct approach. In A. W. Landfield & L. M. Leitner (Eds.), *Personal construct psychology: Psychotherapy and personality* (pp. 55-73). Wiley.
- Feixas, G., Saúl, L. Á., & Ávila-Espada, A. (2009). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: Implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 141-169. <https://doi.org/10.1080/10720530802675755>
- Hinkle, D. N. (1965). *The change of personal constructs from the viewpoint of a theory of construct implications*. Unpublished Ph.D. thesis, Ohio State University. (Published in *Personal Construct Theory & Practice*, 7, 2010, Supplement No 1)
- Honneth, A. (1995). *The struggle for recognition: The moral grammar of social conflicts*. Polity. (tr. it. *Lotta per il riconoscimento. Proposte per un'etica del conflitto*. Il Saggiatore, 2002)
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs (Vols. 2)*. Norton. (tr. it. parz. *La psicologia dei costrutti personali. Teoria e personalità*. Raffaello Cortina, 2004)
- Kelly, G. A. (1961). Suicide: The personal construct point of view. In N. L. Farberow & E. S. Schneidman (Eds.), *The cry for help* (pp. 255-280). McGraw-Hill.
- Kelly, G. A. (1966). *A brief introduction to personal construct theory*. Unpublished manuscript, Brandeis University. Published in D. Bannister (Ed.), *Perspectives in personal construct theory* (pp. 1-29). Academic Press, 1970. (tr. it. Una breve introduzione alla teoria dei costrutti personali. *Costruttivismi*, 2017, 4, 26-49 DOI: 10.23826/2017.01.026.049)
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1987). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. New Science Library. (tr. it. *L'albero della conoscenza*. Garzanti, 1987)
- Montesano, A., López-González, M. A., Saúl, L. A., & Feixas, G. (2015). A review of cognitive conflicts research: A meta-analytic study of prevalence and relation to symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11. <https://doi.org/10.2147/NDT.S91861>
- Ricoeur, P. (2005). *The course of recognition*. Harvard University Press. (tr. it. *Percorsi del riconoscimento*. Raffaello Cortina, 2005)
- Ryle, A. (1979). The focus in brief interpretative psychotherapy: Dilemmas, traps, and snags as target problems. *British Journal of Psychiatry*, 134, 46-54.
- Space, L. G., & Cromwell, R. L. (1978). Personal constructs among schizophrenic patients. In S. Schwartz (Ed.), *Language and cognition in schizophrenia* (pp. 147-192). Lawrence Erlbaum.

- Tschudi, F. (1977). Loaded and honest questions: A construct theory view of symptoms and therapy. In D. Bannister (Ed.), *New perspectives in personal construct theory* (pp. 321-350). Academic Press.
- Walker, B. M. (2002). Nonvalidation vs. (In)validation: Implications for theory and practice. In J. D. Raskin & S. K. Bridges (Eds.), *Studies in meaning: Exploring constructivist psychology* (pp. 49-61). Pace University Press.
- Walker, B. M., & Winter, D. A. (2005). Psychological disorder and reconstruction. In D. A. Winter & L. L. Viney (Eds.), *Personal construct psychotherapy: Advances in theory, practice and research* (pp. 21-33). Whurr. <https://doi.org/10.1002/9780470713686.ch2>
- Winter, D. A. (1989). An alternative construction of agoraphobia. In K. Gournay (Ed.), *Agoraphobia: Current perspectives on theory and treatment* (pp. 93-119). Routledge.
- Winter, D. A. (2003). Psychological disorder as imbalance. In F. Fransella (Ed.), *International handbook of personal construct psychology* (pp. 201-209). Wiley.

L'Autore

Gabriele Chiari, medico psicoterapeuta, è Direttore Emerito e Didatta della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia costruttivista narrativa di ICoNa di Padova, e Direttore Emerito del Centro Studi SE di Firenze. Ha introdotto la teoria dei costrutti personali in Italia ai primi anni '80 insieme a M. Laura Nuzzo, e da allora ha formato circa duecento psicoterapeuti contribuendo alla diffusione delle idee di Kelly nel mondo accademico avendo insegnato per otto anni come professore a contratto presso la Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Firenze.

Membro del comitato editoriale del *Journal of Constructivist Psychology* e di *Personal Construct Theory & Practice* fin dal loro primo numero, Codirettore di *Costruttivismi*, e già Vicepresidente della *George Kelly Society*, ha pubblicato numerosi articoli e capitoli sull'epistemologia, la teoria e la pratica costruttivista, e sull'elaborazione in chiave fenomenologico-ermeneutica della teoria dei costrutti personali. Il suo ultimo libro è *Il costruttivismo in psicologia e in psicoterapia. Il caleidoscopio della conoscenza*, pubblicato da Raffaello Cortina nel 2016.

Email: mail@gabrielechiari.it



Citazione (APA)

Chiari, G. (2024). L'opposizione "Io"- "Tu". Squilibrio intersoggettivo e disturbi personali. *Costruttivismi*, 11, 14-23. <https://doi.org/10.23826/2024.01.014.023>

The Opposition Between the “I” and the “You”: Intersubjective Imbalance and Personal Disorders¹

Gabriele Chiari

Istituto Costruttivista Narrativo (ICoNa), Padua; Centro Studi SE, Florence, Italy

ABSTRACT

The concept of psychological disorder should be a fundamental question for any psychotherapeutic approach based on an adequate psychological theory. When the question “What can be understood by disorder” is asked, the answers are different depending on the theory adopted. For example, they can refer to learned maladaptive habits, irrational beliefs, dysfunctional relationships within the family, repetition compulsion, and so on. In illustrating the assumptions of personal construct psychotherapy, Kelly proposed a clear definition of disorder as “any personal construction which is used repeatedly in spite of consistent invalidation.” However, such definition does not look like it has been used throughout the volume dedicated to psychotherapy nor in Kelly’s subsequent writings. The aim of my paper is to show how the personal construct view of disorder has been further developed by some of his followers and to suggest the possibility and usefulness of elaborating further their proposals by referring to the phenomenological notion of intersubjective imbalance. In my opinion such a notion, which is mainly used in some relational psychoanalytic approaches, can be convincingly translated into the language of personal construct theory as I did in the hypothesis of uncompleted paths of mutual recognition.

Keywords: personal construct theory, personal construct psychotherapy, psychological disorder, intersubjective imbalance, narrative-hermeneutic psychotherapy, uncompleted paths of mutual recognition.

¹ Paper presented at the 24th International Congress of Personal Construct Psychology. Padua, 13th-16th July, 2022

It is my opinion that the way in which the disorder is conceptualized should be fundamental to any psychotherapeutic approach based on an adequate psychological theory. When the question “What is understood by disorder?” is asked, the answers differ depending on the theory adopted. They can, for example, refer to learned maladaptive habits, irrational beliefs, dysfunctional relationships within the family, repetition compulsion, a lack of insight, and so on. In any case, a view of disorder should steer the course of therapy.

In illustrating the assumptions of personal construct psychotherapy, Kelly (1955) proposed a definition of disorder as “any personal construction which is used repeatedly in spite of consistent invalidation” (p. 831) or—in a little vague form—as “any structure which appears to fail to accomplish its purpose” (p. 835). So, basically, a psychological disorder is traced to characteristics of a person’s construction system, not conceived in terms of a disease entity. It is a pity, and somehow puzzling, that this view was not being consistently used by Kelly throughout the volume dedicated to psychotherapy, nor elaborated or even re-presented in his subsequent writings.

Luckily, some of Kelly’s followers took up the theme. I think I can divide them into two main areas, depending on the emphasis they place on the processes entailed in the block of experience resulting from the disorder: nonvalidation or conflict. I will briefly review them. In the last part of this presentation, I will introduce a proposal that has contact points with both and in some way unites them. The disorder is traced back to particular courses in that process of individuation which permits the emergence of an “I” and an “You” from the original undifferentiated, symbiotic relationship between mother and infant. This entails starting from the view that in the beginning is relation, that commonality precedes individuality as contended by the sadly missed Trevor Butt (1998): a thesis familiar to most of the phenomenologists but rarely adopted by personal construct theorists and practitioners.

Validation vs nonvalidation

The works of the first area are overtly intended to speculatively elaborate further Kelly’s view of disorder focusing on the notions of validation and nonvalidation. They date back to the early 2000s, when Walker and Winter have begun to critically analyse and overhaul Kelly’s definitions, at first separately and then as co-authors.

Walker’s (2002) contribution consisted in having examined in depth the concept of validation in terms of the validation cycle, the process whereby construing is put to test. This cycle is closely linked to Kelly’s metaphor of the person-as-scientist. She highlighted the possibility that people sometimes engage in neither validation nor invalidation by their action, coining the term nonvalidation to indicate the opposite pole to validation in cases of noncompletion of the ideal validation process. For each stage of the processes implied by the scientist metaphor and the validation cycle, Walker suggested as many nonvalidation strategies (such as endless circumspection, loosening, hostility)—meaning them not necessarily consciously adopted or controlled.

Walker (2002) argued that “because of Kelly’s stress on people being effective scientists... the non-completion of experimentation is undesirable”. Nevertheless, “nonvalidation strategies can have positive effects... by protecting the status quo from change and its associated distress” (p. 60). Kelly (1955) himself argued that “even an obviously invalid part of a construction system may be preferable to the void of anxiety which might be caused by its elimination altogether” (p. 831). It is now easy to relate a disorder to a breakdown of one or more

stages of the validation cycle and consider it as “any nonvalidation strategy that is repeatedly used to apply to either much of what we construe or to core/superordinate areas of our lives” (Walker, 2002, p. 60).

In his elaboration, Winter (2003) referred to a formalization of the metaphor of the scientist after the validation cycle used by Walker: that is, the experience cycle, that Kelly (1966) introduced in his manuscript *A brief introduction to personal construct theory*. This unit of experience embraces five phases: anticipation, investment, encounter, confirmation or disconfirmation, and constructive revision.

Kelly’s definition, Winter (2003) highlighted, implies that a disorder involves failure to complete the experience cycle, but “it can be regarded—just like the constructions of non-disordered people—as the individual’s attempt to make the best sense of his or her world and to cope with or avoid invalidation” (pp. 201-202). To this end, people adopt the strategies which Kelly described in his diagnostic constructs: for example, tightening and loosening, and constriction and dilation. But while the “optimally functioning” person (Epting & Amerikaner, 1980) is characterized by a cyclical and balanced interplay of contrasting strategies, “disorders tend to involve the almost exclusive use of a particular strategy” (p. 202). This is why Winter suggested imbalance as a more appropriate term, given that disorder “carries mechanistic implications, is suggestive of a state rather than a process, and its dictionary definition includes such words as ailment and disease” (p. 209).

In their co-written work, Walker and Winter (2005) discussed in greater detail the problematic nature of Kelly’s view of disorder and re-presented their suggestion in terms of the imbalance in the use of non-validated strategies, the result of which is that “we remain stuck, immobile, unable to move forward, and unable to reconstrue” (pp. 27-28).

I discovered the above contributions only after the publication in 2010 of mine and Nuzzo’s book titled *Constructivist Psychotherapy: A Narrative Hermeneutic Approach*, in which book the view of disorder shows both significant similarities and some differences from that of Walker and Winter. Looking at personal construct theory in the light of Maturana’s theory of autopoiesis (Maturana & Varela, 1987)—a comparison I elaborated further some years later (Chiari, 2016)—personal change was seen as “the expression of the continuous structural changes the system encounters in its dialectical relation with the environment... Being organisationally closed, the system necessarily subordinates any change (‘becoming’) to the conservation of its organisation (‘being’)” (Chiari & Nuzzo, 2010, p. 138). In this view, the diagnostic constructs relative to transitions are seen as intimations of a disintegration of the organisation of self, and the diagnostic constructs relative to the structure of a personal construct system (the “strategies” in the terminology of Walker and Winter) are seen as processes aimed at permitting its conservation or restoration. The attempt can be successful, but it can be a partial solution, allowing the prevention of disintegration but not a continuation of movement: the person chooses to stop changing—what we indicated as “not-becoming” (Chiari & Nuzzo, 2004). It is the very suspension of movement in the person’s relation with the social environment that can be seen as a disorder. In mathematical terms, the conservation of the person’s adaptation through recursive changes is replaced by repetitive processes. The psychotherapeutic process should be aimed at restoring a recursive movement.

Cognitive conflicts and dilemmas

The other series of works empirically addresses from a PCP perspective the role of cognitive conflicts in psychopathology.

Feixas and collaborators (Feixas, Saúl, & Ávila-Espada, 2009) have been working for many years on the verification of the hypothesis that people with mental disorders show a presence of cognitive conflicts higher than nonclinical samples. While they might not seem to be explicitly interested in elaborating Kelly's definition, they pursue their research within a rigorous PCP framework making an extensive use of the repertory grid technique, and their results shed light on a particular aspect possibly implied in disorders.

Starting from the observation that the notion of cognitive conflict has a long tradition in psychology, they see in personal construct theory the most elaborate framework for an understanding of conflicts and their relevance for personality and clinical psychology, given its emphasis on human freedom and choice, allowing in turn a view of human beings as susceptible to personal dilemmas.

The pioneer in this field was Hinkle (1965) who, in his Ph.D. thesis written under Kelly's supervision, coined the term *implicative dilemma* to refer to a particular form of implication between two constructs and related it to the notion of conflict:

A and B imply X, and B implies Y; also A implies Y, and B implies X and Y. One subject, for example, when relating desirable-undesirable and realism-idealism, said that realism and idealism both implied desirable and undesirable aspects for him. Conflict theory and double-bind theory relate to these *implicative dilemmas*. (pp. 18–19, emphasis in the original)

In the PCP literature you can find other contributions to the theme. Based on Feixas's et al. (2009) review, I limit myself to pointing out those I consider to be the most significant.

It was observed by Adams-Webber (1970) that new structures evolve to accommodate an event that is ambiguous according to the person's existing structure, that is, that "becomes the focus of expectations which are inconsistent with one another in terms of the specific relationships between constructs which articulate the 'logical' structure of an individual's system" (Adams-Webber, 1981, p. 55).

The attempts to reduce conflict, according to Space and Cromwell (1978), may give constructs idiosyncratic meanings so that "looseness and instability occur as the final effort for conflict resolution" (p. 188).

Tchudi's (1977) ABC model drew on Hinkle's thesis. Here, three constructs—one describing the symptom or problem, one its disadvantages and the third its advantages—make up "an implicative network of a special type, an implicative dilemma", whereby "the system is blocked, the person is stuck or 'forced to' run in circles... the symptom solves the problem, but the price is felt to be too high" (p. 325).

Ryle (1979), who proposed a cognitive analytic therapy that incorporates some features of PCP, specified that "dilemmas can be expressed in the form of 'either/or' (false dichotomies that restrict the range of choice), or of 'if/then' (false assumptions of association that similarly inhibit change)." For example, "in relationships I am either close to someone and feel smothered, or I am cut off and feel lonely", or "I feel that if I am masculine then I have to be insensitive."

In his studies with clients with social anxiety, Winter (1989) linked the conflict to the core role. He found that in 80% of them constructs related to social competence (e.g., social, outgoing) carried negative implications (e.g., selfish, inconsiderate, bossy).

The treatment which these clients were understandably resisting was therefore one which they appeared to construe as training in selfishness, contempt, and deceit, characteristics which were inconsistent with their core roles. (Winter, 1989, p. 4)

For these clients a hypothetical change would generate guilt, and resistance can be explained as a way of retaining personal coherence in order to avoid massive invalidation.

Feixas' research program makes use of repertory grids aimed at obtaining measures relating to three possible types of cognitive conflicts: (1) Triadic Conflicts (TC), where three constructs correlate between each other negatively, or where two correlate positively and the third negatively; (2) Implicative Dilemmas (ID), in which the pole of a construct representing a symptom or problem is associated to a positive pole of another construct which might be at a higher level in the system's hierarchy; (3) Dilemmatic Constructs (DC), where both construct poles are deemed undesirable and a middle point rating is given to the "ideal self".

One of the first studies (Feixas, Saúl, & Ávila-Espada, 2009) showed that the only type of conflict that differentiates significantly between the clinical and the nonclinical samples is ID. Although IDs are common in the general population, they are found in over half of the clinical and in a third of the nonclinical samples. Also, the participants with IDs presented higher levels of symptom severity than participants without such dilemmas.

Subsequent studies (see review in Montesano, López-González, Saúl, & Feixas, 2015) have explored the significantly higher presence of IDs in a variety of specific clinical conditions such as eating disorders, depression, dysthymia, and fibromyalgia, finding confirmation of the hypothesis.

Intersubjective imbalance and dilemmatic relationships

My suggestion arises from the numberless conversations I have had with clients as a personal construct psychotherapist, and the debates with colleagues and students as a psychotherapy teacher. As a result of those experiences, my way of practising and teaching psychotherapy has gone progressively toward an elaboration of Kelly's original formulation, enough to make it appropriate a new name for our approach: that of narrative-hermeneutic psychotherapy. In this way we intend to emphasize our interest in the narrative organisation of personal experience and the view of the psychotherapeutic process as a continuous hermeneutic conversation aimed at revealing the most core aspects of the clients' narratives favouring at the same time a reconstruction. On closer inspection, our way of joining a series of conversations with our clients has striking similarities to the clinical method as conceived and illustrated by Kelly.

Besides, our approach shows an interest in hypothesising developmental trajectories to which people can be tentatively traced back in order to anticipate the content of the clients' narratives on the basis of the observation of similarities in the construction of relational experiences. In other words, the "ultimate objective" of such enterprise is not, to quote Kelly (1955), "a log of [the client's] past navigation", but "the anticipation of actual and possible courses of events in a person's life" (p. 185). Already 30 years ago, we described what we called "dependency paths", supposedly channeled by the major transitions that children experience in their

early relationship with their caregivers (Chiari, Nuzzo, Alfano, Brogna, D'Andrea, Di Battista, Plata, & Stiffan, 1994).

In this perspective, the understanding of where the disorder arises and resides is central. To this regard, while retaining the view of the disorder as a nonvalidation choice as described above, I found the newest source of inspiration in the recent elaborations of the issues of intersubjectivity and recognition, situated at the intersections of philosophy and psychology. Among others, I refer to the philosophers Honneth (1995) and Ricoeur (2005), and to the relational psychoanalyst Benjamin (2017). I believe that the theory of recognition can account for important clinical questions. For brevity's sake, I shall limit myself here to describing the essential elements of my hypothesis. For in-depth reading, my last article was published in the *Journal of Constructivist Psychology* (Chiari, 2023).

Schematically, my suggestion is that clinically significant disorders are related to core role structures whose origin can be traced back to early relationships. Such relationships are characterized by an intersubjective imbalance deriving from complementary (as opposed to reciprocal) relations. The reciprocal interactions are characterized by the mutually influencing quality of interaction between subjects, whereas in the complementary relations one person is subject and the other object. In PCP terms, the distinction is between role relations and dependency relations. Complementary relations are supposed to give rise to dilemmas which permeate the relational life and generate suffering.

The main issue is the process by which both mother and child extricate themselves from a state of symbiosis and the child proceeds toward a progressive individuation, emerging as a person with a distinct role. The completion of such a process requires—in the words of Honneth (1995)—the willingness “to mutually recognize one another as persons who are dependent on each other and yet also completely individuated” (p. 24).

This mutual recognition leads to an intersubjective balance between contrasting poles: that of fusion (that is, symbiotic dependence), and that of self-affirmation in solitude (that is, egocentric independence), resulting in relationships of relative dependence. By using the conceptual tools of PCT, the possibility for the child to accomplish a developmental path of mutual recognition arises from early reciprocity relationships characterized by an acceptance by the caregiver, who values what the child does, recognizing and favouring his or her rising subjectivity. This is a kind of interplay that facilitates the establishment of role relationships, a high dispersion of dependency, and the development of what Kelly (1961) called an awareness of role, the feeling that “one has ordered one's life by understanding the outlooks of others”, while “to sense that one's role has been lost” corresponds to guilt (p. 273). I called this path the completed path of mutual recognition in the form of acceptance.

Unlike the previous case, my guess is that an intersubjective imbalance is signalled, in PCT terms, by a low dispersion of dependency, where people tend to allocate their dependencies either to a few people or mostly to themselves. All this can be seen as connected to the children's experience of a want of reciprocity in their relationship with the caregivers. The incompleteness of the process of mutual recognition entails the feeling of a lack of confidence in the place one occupies in the social domain, that is, the lack of a sense of recognition, a lack of awareness of role in my interpretation of Kelly's term. Complementarity relationships are formed, in which the child is treated by the caregiver who disregards his or her subjectivity as an object rather than a subject contributing to shape a co-created reality.

I described three forms of uncompleted paths of mutual recognition.

I will briefly dwell on one of these paths because the disordered people related to it rarely ask for a psychotherapeutic treatment in a private setting and I have little direct experience of

it. Here, the mother-child relationship is such that children are deprived of the possibility of adequately construing the mother, whose participation in the relationship is limited to nourishing the children, her possibility of having a wider relationship being likely limited by the threat of affectional bonds. Children see the formation of new constructs hindered by the unavailability of validating data. Therefore, they experience anxiety. As a protection from anxiety, the children loosen their constructions—loosening is their preferred “strategy”, to use Walker and Winter’s (2005) term. Unfortunately, the children’s social experimentations outside the family are likely to generate anxiety in others who experience difficulty in understanding their loose construing which results in odd behaviours. As a protection from anxiety, others avoid the child who, in a progressive spiral, “has less and less access to validation material of an interpersonal nature” (Kelly, 1955, p. 856). I called this path the uncompleted path of mutual recognition in the form of negligence.

Sometimes the intersubjective imbalance tends toward the fusion pole. Here, the mother regards the child as a resource for her and therefore discourages his or her social explorations by threatening to break the relationship on which the child depends. This results in the child’s—and later the adult’s—undispersed allocation of dependencies to the very few and familiar people who have acted as caregivers. The person chooses to live in a constricted world, being constriction the preferred “strategy” to avoid the threat implied by the anticipation of a separation. But here a conflict also appears. Proximity—being close with someone—implies security but at the same time restriction of one’s freedom of action, and separateness implies freedom from such restriction but at the same time solitude and bewilderment: a dilemma well expressed by Ovid’s verse, “I can live neither with you, nor without you.” I called this path the uncompleted path of mutual recognition in the form of fusion.

In other cases, the intersubjective imbalance tends toward the pole of the self-affirmation in solitude, that goes along with an undispersed allocation of dependencies to oneself, given the experience of a lack of availability from caregivers. The above is the result of the children’s construction of their mother as a figure happy and accepting them provided that they succeed in complying with her expectancies, and suffering and rejecting otherwise. But their repeated attempts are destined to fail, due to the hostility of the mother who holds them in contempt in order to absolve herself. The children feel responsible for the mother’s unhappiness and experience recurrent feelings of guilt, which they try to prevent resorting to a kind of constriction consisting in the progressive exclusion from the relational field of all the expressions of themselves supposedly incompatible with the possibility of playing a role of care with her—and later, as adults, with other people. Consequently, their attempts at avoiding the evidence of being wrong and unworthy of being accepted since a source of suffering for others go along with the awareness of being different from how they appear to others. Hence, the disorder: they are threatened both by acceptance from others—which requires self-denial and losing themselves—and by expressing themselves—which implies guilt, rejection and definitive loneliness. The dilemma is “either a relationship requiring a self-abasement, or a self-affirmation entailing solitude” or, ultimately, “you or me.” I called this path the uncompleted path of mutual recognition in the form of disrespect.

Conclusion

In the unsolved conflicts present in the last two paths I see the root of the disorder in many people. They can be more or less evident but manifest themselves in many ways since

childhood and inform the person's relational life, sometimes in a rather limited and sometimes in a very limiting way. My wild guess is that many of the conflicts that can be found in many people are subordinate implications of one of these two "ontological" conflicts pertaining to the social life.

This view also allows to interpret some behaviours traditionally understood as "disorders" as instead the expression of attempts to solve dilemmas. For example, the anorexic behaviour can be seen as a choice aimed at regaining some sense of agency. Thanks to it, the person does not submit herself to the other by eating, nor feels to assert herself over the other by not eating. The loophole she finds can be concisely expressed in this way: "I can not to do what you want only by not doing what I want."

If we share Kelly's (1955) idea that "the ultimate objective of the clinical-psychology enterprise" is "the psychological reconstruction of life" (p. 187), I think that we should join our clients in devising better ways to dissolve the relational dilemmas in which they find themselves. Feixas and collaborators suggest a series of steps aimed at solving the conflict. They are indeed appropriate methods likely to favour a therapeutic change. In addition, the view of disorder in terms of intersubjective recognition I am proposing here suggests that the psychotherapeutic relationship can be the first and the most important environment for a reconstruction. I am talking about the importance of construing a reciprocity relationship in which the therapist takes part in a relation with the client instead of acting therapeutically on the client. Once again ahead of his time, Kelly's presentation of the therapist-client relationship is in line with such an intersubjective view. Acceptance, the credulous approach, the metaphor of the two as "shipmates... who embark together on the very same adventure", are the prerequisites for the construction of a relationship able to favour an experience that frees the client from the limitations and the conflicts deriving from complementary relationships.

References

- Adams-Webber, J. (1970). Actual structure and potential chaos. In D. Bannister (Ed.), *Perspectives in personal construct theory* (pp. 30–45). Academic Press.
- Adams-Webber, J. (1981). Empirical developments in personal construct theory. In H. Bonarius, R. Holland, & S. Rosenberg (Eds.), *Personal construct psychology: Recent advances in theory and practice* (pp. 49–70). Macmillan.
- Benjamin, J. (2017). *Beyond doer and done to: Recognition theory, intersubjectivity and the third*. Routledge.
- Butt, T. (1998). Sociality, role, and embodiment. *Journal of Constructivist Psychology*, 11, 105–116. <https://doi.org/10.1080/10720539808404643>
- Chiari, G. (2016). So distant, yet so close: Kelly, Maturana, and their constructivist theories. In D. Winter & N. Reed (Eds.), *The Wiley handbook of personal construct psychology* (pp. 57–68). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118508275.ch6>
- Chiari, G. (2023). Personal paths of mutual recognition: Relational patterns and narrative identities from a personal construct perspective. *Journal of Constructivist Psychology*, 36, 504–523. <https://doi.org/10.1080/10720537.2022.2062078>
- Chiari, G., & Nuzzo, M. L. (2004). Steering personal construct theory toward hermeneutic constructivism. In S. K. Bridges & J. D. Raskin (Eds.), *Studies in meaning 2: Bridging the personal and social in constructivist psychology* (pp. 51–65). Pace University Press.

- Chiari, G., & Nuzzo, M. L. (2010). *Constructivist psychotherapy: A narrative hermeneutic approach*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203866733>
- Chiari, G., Nuzzo, M. L., Alfano, V., Brogna, P., D'Andrea, T., Di Battista, G., Plata, P., & Stiffan, E. (1994). Personal paths of dependency. *Journal of Constructivist Psychology*, 7, 17-34. <https://doi.org/10.1080/10720539408405085>
- Epting, F. R., & Amerikaner, M. (1980). Optimal functioning: A personal construct approach. In A. W. Landfield & L. M. Leitner (Eds.), *Personal construct psychology: Psychotherapy and personality* (pp. 55-73). Wiley.
- Feixas, G., Saúl, L. Á., & Ávila-Espada, A. (2009). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: Implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 141-169. <https://doi.org/10.1080/10720530802675755>
- Hinkle, D. N. (1965). *The change of personal constructs from the viewpoint of a theory of construct implications*. Unpublished Ph.D. thesis, Ohio State University. (Published in *Personal Construct Theory & Practice*, 7, 2010, Supplement No 1)
- Honneth, A. (1995). *The struggle for recognition: The moral grammar of social conflicts*. Polity.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs (Vols. 2)*. Norton.
- Kelly, G. A. (1961). Suicide: The personal construct point of view. In N. L. Farberow & E. S. Schneidman (Eds.), *The cry for help* (pp. 255-280). McGraw-Hill.
- Kelly, G. A. (1966). *A brief introduction to personal construct theory*. Unpublished manuscript, Brandeis University. Published in D. Bannister (Ed.), *Perspectives in personal construct theory* (pp. 1-29). Academic Press, 1970.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1987). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. New Science Library.
- Montesano, A., López-González, M. A., Saúl, L. A., & Feixas, G. (2015). A review of cognitive conflicts research: A meta-analytic study of prevalence and relation to symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11. <https://doi.org/10.2147/NDT.S91861>
- Ricoeur, P. (2005). *The course of recognition*. Harvard University Press.
- Ryle, A. (1979). The focus in brief interpretative psychotherapy: Dilemmas, traps, and snags as target problems. *British Journal of Psychiatry*, 134, 46-54.
- Space, L. G., & Cromwell, R. L. (1978). Personal constructs among schizophrenic patients. In S. Schwartz (Ed.), *Language and cognition in schizophrenia* (pp. 147-192). Lawrence Erlbaum.
- Tschudi, F. (1977). Loaded and honest questions: A construct theory view of symptoms and therapy. In D. Bannister (Ed.), *New perspectives in personal construct theory* (pp. 321-350). Academic Press.
- Walker, B. M. (2002). Nonvalidation vs. (In)validation: Implications for theory and practice. In J. D. Raskin & S. K. Bridges (Eds.), *Studies in meaning: Exploring constructivist psychology* (pp. 49-61). Pace University Press.
- Walker, B. M., & Winter, D. A. (2005). Psychological disorder and reconstruction. In D. A. Winter & L. L. Viney (Eds.), *Personal construct psychotherapy: Advances in theory, practice and research* (pp. 21-33). Whurr. <https://doi.org/10.1002/9780470713686.ch2>
- Winter, D. A. (1989). An alternative construction of agoraphobia. In K. Gournay (Ed.), *Agoraphobia: Current perspectives on theory and treatment* (pp. 93-119). Routledge.
- Winter, D. A. (2003). Psychological disorder as imbalance. In F. Fransella (Ed.), *International handbook of personal construct psychology* (pp. 201-209). Wiley.

The Author

Gabriele Chiari MD, chartered psychotherapist, is director emeritus and teacher at the School of Specialization in Constructivist Narrative Psychotherapy at ICoNa, Padua, and director emeritus of the Centro Studi SE, Florence, Italy. He introduced personal construct theory in Italy in the early 80's together with M. Laura Nuzzo, and since then has trained around two hundred psychotherapists and contributed to the spreading of Kelly's ideas in the University by teaching Psychodiagnostics and Clinical Psychology as contract professor at the Faculty of Psychology, Florence. A member of the editorial boards of the *Journal of Constructivist Psychology* and *Personal Construct Theory & Practice* since their first issue, has published extensively on constructivist epistemology, theory and practice, and on a phenomenological-hermeneutic elaboration of personal construct theory. His latest book in English (together with the late Maria Laura Nuzzo) is *Constructivist psychotherapy: A narrative hermeneutic approach*, published by Routledge in 2010.

Email: mail@gabrielechiari.it



Reference (APA)

Chiari, G. (2024). The opposition between the “I” and the “You”: Interpersonal imbalance and personal disorders. *Costruttivismi*, 11, 24-33. <https://doi.org/10.23826/2024.01.024.033>

COSTRUTTIVISMI, 11: 34-43, 2024
Copyright @ AIPPC
ISSN: 2465-2083
[https://doi.org/
10.23826/2024.01.034.043](https://doi.org/10.23826/2024.01.034.043)



La persona del terapeuta in gioco. L'incontro fra terapeuta, paziente e persona del terapeuta fra cambiamento e resa

*The Therapist as a Person in Play: The Encounter Between Therapist, Patient
and Therapist as a Person Between Change and Surrender*

Laura Caruso

SE Centro studi in Psicologia e Psicoterapia Costruttivista Narrativo-Ermeneutica, Firenze

RIASSUNTO

Partendo da alcuni presupposti della Teoria dei Costrutti Personali (TCP) e facendo riferimento alla sua elaborazione nota come Psicoterapia Costruttivista Narrativo-Ermeneutica, provo a interrogarmi sul ruolo del terapeuta nella relazione con il paziente non solo come professionista, ma soprattutto come persona. I concetti del giocare un ruolo, di transfert e controtransfert sono letti alla luce della possibilità di cambiamento e di *resa* – così come intesa da Benjamin – del terapeuta, provando a considerare quali strade possano aprire alla pratica clinica e all'esperienza personale di entrambe le parti in gioco.

Parole chiave: teoria dei costrutti personali, psicoterapia costruttivista narrativo-ermeneutica, transfert, controtransfert, cambiamento del terapeuta, resa

ABSTRACT

Starting from some of Personal Construct Theory (PCT) assumptions and its elaboration known as Narrative-Hermeneutic Constructivist Psychotherapy (NHCP), I attempt to examine the therapist's role in the therapist-patient relationship, not only as a professional but above all as a person. The constructs of *playing a role*, *transference* and *countertransference* are considered in the light of the possibility of change and surrender – as understood by Benjamin – of the therapist, exploring the possibility they may open up for clinical practice as well as the personal experience of both parties involved.

Keywords: personal construct theory, narrative-hermeneutic constructivist psychotherapy, transference, countertransference, therapist's change, surrender

«È proprio mentre lavoriamo e ci muoviamo profondamente nel paradosso ricorsivo della
reciprocità,
 usando la nostra soggettività e, al tempo stesso, venendo usati come oggetto, che ci ravviviamo.
 [...] Siamo in bilico sulla riva di un nuovo continente
 e ora, insieme, dobbiamo prestare molta attenzione a ciò che accadrà dopo.»
 (J. Benjamin)

Il terapeuta in relazione

Nella cornice costruttivista kelliana (Kelly, 1955), il terapeuta è seduto sullo stesso piano del paziente: sono insieme, ma da punti di vista diversi. Il terapeuta non è l'esperto che si pone al di sopra del cliente in qualità di detentore del giusto e dello sbagliato, ma mette in gioco delle ipotesi, per loro natura propositive e in divenire, che diventano visione del mondo e sguardo attraverso cui osservare e comprendere ciò che accade. La teoria kelliana è una teoria riflessiva – per cui i suoi assunti coinvolgono il terapeuta stesso – e si basa sull'assunto filosofico dell'alternativismo costruttivo, secondo cui esistono diverse costruzioni alternative fra le quali scegliere per interpretare il mondo.

Partendo da questi presupposti, per cui il terapeuta è calato nello stesso processo del paziente e per cui non esiste una realtà che prescinde dallo sguardo di chi osserva, va da sé che l'esperienza del terapeuta non possa essere neutra e che, in questo modo, il suo ruolo possa arricchirsi di significati e sfumature nuove.

Nella stanza della terapia abbiamo l'opportunità non solo di poterci avventurare insieme ai nostri pazienti, ma anche quella di osservare e mettere in gioco noi stessi – come persone e come terapeuti – in questo percorso: vederci insieme, *essere* insieme, partecipare al racconto dell'altro costruendo la strada per uno spazio nuovo, per un'esperienza nuova, che cambia le cose.

Soggettività che si incontrano nella relazione

Quando parliamo di genitori, insegnanti, amici, delinquenti, si corre spesso il rischio di non guardare oltre questi attributi e di non comprenderli nella loro dimensione di persone in relazione. Così anche il terapeuta è una persona in relazione *con* il paziente e in relazione *a ciò* che il paziente racconta: nel suo muoversi in questa relazione, porta con sé i costrutti professionali – gli strumenti con i quali leggere il percorso terapeutico in atto – e i propri costrutti personali che incontrano il racconto dell'altro: un evento, il dolore, l'attesa, l'orgoglio, la felicità.

Le domande su ciò che accade in terapia sono infinite, e rispetto ad uno stato d'animo particolare, magari inatteso, il terapeuta può chiedersi: cosa mi dice dell'altra persona? Come posso comprenderlo alla luce delle mie ipotesi professionali? Ma anche: cosa dice di me? Come posso leggerlo alla luce della persona che io sono?

Bagnarsi i piedi, e immergersi nelle stesse acque in cui naviga il nostro paziente, credo che abbia a che fare non solo con la riflessività della teoria kelliana, ma anche col concetto stesso del fare esperienza così come inteso dai nostri presupposti (Kelly, 1955; Chiari, 2016a): l'esperienza non ha a che fare con la quantità o la durata di un evento, ma con il processo costruttivo che lo caratterizza. È la possibilità di una ri-costruzione che riempie di senso l'esperienza e che la rende tale, è nell'incontro fra la soggettività del terapeuta e quella del

paziente che il terapeuta trova la possibilità di cambiare e di sperimentare ogni giorno nuove ipotesi e interpretazioni, restando aperto in prima persona alle diverse letture da offrire e costruire col proprio paziente.

Così, ad essere significativo non è tanto il numero di pazienti o la durata di un percorso, quanto l'esperienza relazionale che ha luogo nella conversazione fra la persona del terapeuta e quella del paziente. Come osservato da Ortu (2008), nella psicoterapia costruttivista ermeneutica il processo terapeutico diventa un incontro fra due soggettività che possono generare nuovi significati proprio attraverso la conversazione, un incontro fra due soggettività che trovano nuove coerenze e inventano nuove storie in un contesto storico-linguistico che è continuamente negoziato proprio all'interno della relazione. In questa ottica, il terapeuta è coinvolto personalmente e professionalmente nel percorso iniziato e diventa uno dei protagonisti delle storie che hanno luogo nella stanza della terapia.

Giocare un ruolo nella relazione

Il Ruolo, così come inteso nella Teoria dei Costrutti Personali (TCP), fa riferimento al processo psicologico basato sulla costruzione, da parte di chi sta giocando quel ruolo, del sistema di costrutti dell'altro (Kelly, 1955).

In un recente approfondimento sul Ruolo e il Ruolo di dipendenza, Ognibeni e Zoppi (2015) evidenziano come "giocare un ruolo" significhi tenere in considerazione diversi processi: la costruzione che abbiamo di noi stessi, la comprensione del modo in cui gli altri ci costruiscono e di come sono arrivati ad avere quel tipo di costruzione, ma anche la consapevolezza sia di come noi interpretiamo ciò che gli altri vedono di noi, sia che, per l'altro, siamo la persona che lui vede e non quella che pensiamo di essere.

Costruzione e comprensione, però, non sono di per sé sufficienti a favorire un cambiamento; è necessario che queste vengano agite ed esperite nella relazione.

La complessità di una tale visione sta nel fatto che giocare un ruolo, quindi, implichi il mantenere i processi di costruzione di tutti i partecipanti su uno stesso piano di legittimità e comprensione e di cercare alternative finora inesplorate per entrambi. In un certo senso, il Ruolo non ha modo di essere descritto, ma è vissuto, e proprio per questa sua peculiarità la relazione diventa lo spazio in cui esperirlo. La mia idea è che questo processo non sia solo ciò che, come terapeuti, tentiamo di favorire nella storia di vita del paziente, ma che ne siamo a nostra volta co-protagonisti. Nell'ottica narrativo-ermeneutica, le storie che si creano e si raccontano nella stanza della terapia sono quelle stesse azioni che permettono l'esperienza del giocare un ruolo, e che nella relazione fra terapeuta e paziente, per entrambi, trovano lo spazio per essere sperimentate e riviste.

Transfert e controtransfert

Secondo Kelly, il paziente tenderà a muoversi nella relazione con il terapeuta così come si muove nelle altre relazioni: alla luce del proprio personale modo di leggere ed interpretare il mondo, il paziente "estrarrà" dal suo repertorio di costrutti quelli che ritiene applicabili al terapeuta. Nella TCP, questo processo è noto con il nome di transfert ed è parte fondamentale del percorso che il terapeuta lo costruisca e lo comprenda.

Comprendere il transfert del paziente significa iniziare ad assumere una serie di elementi che ci parlano del suo modo di essere in relazione, di ipotizzare quali anticipazioni potrebbe avere sugli altri e su sé, cosa si aspetta che succederebbe *se*.

La reciprocità del cambiamento

Riprendendo l'articolo di Ognibeni e Zoppi (2015), le autrici evidenziano un aspetto, a mio avviso potentissimo, del concetto di Ruolo, che troverebbe la sua peculiarità nel modo "di essere" in relazione con l'altro: "si sviluppa un Ruolo a seconda di come la costruzione dell'altro permette di modificare parzialmente la costruzione che abbiamo di noi stessi, anticipando di conseguenza un continuo reciproco cambiamento: il focus è la relazione che si crea, in cui risulta difficile scindere chi fa cosa" (p. 199).

Assumere che lo sviluppo del Ruolo implichi una parziale modifica della costruzione che abbiamo di noi stessi, significa non poter supporre un cambiamento nel paziente che non comporti anche un cambiamento nel terapeuta, e viceversa: fare esperienza del cambiamento del terapeuta può favorire un cambiamento nel paziente.

Talvolta il cambiamento viene inteso come un ampio stravolgimento della situazione, ma credo invece che passi attraverso piccolissimi "pezzettini" che permettono di ricostruire il nostro mondo. Nella pratica clinica, ad esempio, accade spesso di restituire un'interpretazione sulla base del racconto dell'altro, interpretazione con la quale il paziente può dirsi in disaccordo e presentare il proprio punto di vista: il momento in cui ci si può fermare e riguardare insieme cosa stia accadendo alla luce del contributo di entrambi comporta una sospensione del proprio giudizio e la creazione di uno spazio in cui entrambi possono rivedere la propria posizione e dividerne una nuova.

Un aspetto significativo del giocare un ruolo, perciò, è proprio nel costruire la reciprocità della relazione, che riguarderà tanto le relazioni fra il paziente e il proprio mondo personale, quanto la relazione fra paziente e terapeuta.

Nel percorso psicologico, uno degli obiettivi del terapeuta può essere quello di favorire, nel paziente, uno sviluppo delle costruzioni dei suoi processi psicologici e di quelli delle persone della sua vita attraverso una differenziazione dell'altro e un'esplorazione di nuove possibilità e alternative in cui tutti i partecipanti coesistono con il proprio modo di dar senso agli eventi. L'incontro fra terapeuta e paziente apre le porte a questo tipo di sperimentazione, diventa l'occasione "reale" per mettere in gioco la possibilità di. Sulla base della costruzione del transfert, il terapeuta può esperire insieme al paziente il delinarsi di una relazione di ruolo, non come regista esterno, ma come altro-diverso-da-sé disposto all'incertezza, alla contraddizione, alla revisione.

In questo senso, ciò che accade parla tanto del paziente quanto del terapeuta, o meglio, tanto della persona del paziente quanto della persona del terapeuta; non è una forma senza contenuto, ma una persona che nei panni del terapeuta porta avanti il proprio tentativo di giocare un ruolo con l'altro.

Seduti dallo stesso lato

Lungo il percorso terapeutico, può capitare che il terapeuta si senta minacciato dal cliente. Questo può accadere, ad esempio, quando l'altro, per qualche aspetto, ci ricorda la persona che eravamo, o quando, con il suo atteggiamento, sembra aspettarsi che ci comporteremo in un

qualche modo che non ci appartiene più¹; quando percepiamo comunanza fra le sue domande o le sue anticipazioni e le nostre, o quando, anche, sembrano essere molto distanti: l'altro che ci sta davanti non è solo il paziente, ma siamo anche noi stessi.

La costruzione del transfert prevede una lettura professionale dei processi in atto, ma credo che questa sia intrinsecamente legata ai costrutti personali del terapeuta. Questo non significa comprendere il paziente sulla base di questi ultimi, ma ipotizzare che terapeuti diversi, sulla base di costrutti personali diversi, possano essere nella relazione e costruire i processi di costruzione dell'altro in modo specifico e quindi diverso, ponendo l'accento su aspetti diversi, facendosi guidare da sensazioni diverse, utilizzando costrutti professionali diversi sulla base del senso che possono avere o non avere per il terapeuta stesso. Probabilmente è anche per questo che la dimensione processuale assume un ruolo così importante nella TCP, perché permette di tenere in considerazione tutto questo, senza che diventi vincolante per la comprensione dell'altro.

Ciò che il terapeuta sente, potrebbe diventare un'occasione all'interno del processo terapeutico perché può permettere di fare esperienza con il Ruolo dell'altro, di interrogarsi riguardo a ciò che potrebbero sperimentare le altre persone che abitano il mondo del cliente, e perché, nel fluire delle relazioni, quelle sensazioni possono diventare campanello d'allarme. Il modo in cui il terapeuta si sente può dare un'idea di quale ruolo stia giocando il cliente e di quale ruolo, quest'ultimo, si aspetta che giocherà l'altro.

Avere l'onestà di addentrarsi nelle proprie "scomodità" apre alla possibilità di immaginare quelle del paziente e di sperimentare una posizione che non colluda con la sua anticipazione né che la invalidi; significa, anche, mettere a disposizione la propria persona in quella messa in discussione di sé stessi, dei propri limiti, della propria fatica, dar luogo per primi a ciò che in un certo senso viene chiesto al paziente.

La responsabilità della relazione

Porre l'accento su questi aspetti non significa muoversi sulla base dei propri costrutti personali, ma tenerli in considerazione, dare loro una valenza che all'interno del percorso terapeutico può diventare significativa, arricchire non solo quest'ultimo, ma la nostra stessa esperienza, come persone e come terapeuti.

Nella psicoterapia dei costrutti personali, la possibilità che la comprensione del paziente non avvenga alla luce dei costrutti professionali prende il nome di controtransfert di dipendenza; è fondamentale che il terapeuta abbia – e utilizzi – un repertorio di costrutti che gli permettano di trattare il cliente in modo strettamente professionale. Il terapeuta, all'interno del processo, è tenuto a una responsabilità rispetto all'interazione fra la propria e l'altrui prospettiva, fra le proprie e le altrui azioni; è tenuto a una responsabilità che tenga conto non solo di ciò che lo riguarda come persona e come professionista, ma anche di tutto ciò che

¹ I costrutti professionali della TCP comprendono le *transizioni*, le quali permettono di comprendere i cambiamenti cui sta andando incontro una persona. Kelly (1955) ha descritto le transizioni di ansia, minaccia, paura, colpa, aggressività e ostilità. Nel 1951, nella sua tesi di dottorato svolta con la supervisione di Kelly, Landfield ampliò le considerazioni sulla transizione di minaccia ponendo l'attenzione sulle persone che possono essere vissute come minacciose e proponendo l'ipotesi dell'esemplificazione e l'ipotesi dell'aspettativa: nel primo caso, una persona percepisce come minacciosa un'altra persona se questa sembra esemplificare ciò che era una volta e non è più; nel secondo, una persona vede come minacciosa un'altra persona se quest'ultima sembra aspettarsi che lei si comporti nei vecchi modi. Kelly riporta le due ipotesi di Landfield nel suo libro del 1955 (pp. 490-491).

avviene nella relazione. Nel suo articolo, Ortu (2008) parla di questo aspetto nei termini di una doverosa dislocazione, di una metaposizione del terapeuta che viene resa possibile dall'uso dei costrutti professionali e di ruolo, costrutti che hanno come propri elementi non solo i costrutti personali del paziente, ma anche i nostri, le nostre emozioni, le nostre anticipazioni.

Interrogarsi rispetto al proprio controtransfert può permettere al terapeuta quell'autoriflessività, quella messa in discussione di sé ogni qualvolta gli sembri di avere più certezze che dubbi, più risposte che domande, di sentire un cambiamento prima ancora di poterlo verbalizzare attraverso i costrutti professionali. Costruire il proprio controtransfert può fargli chiedere perché con un paziente possano entrare in gioco i propri costrutti personali a differenza di ciò che accade con altri, e perché rispetto ad alcune dimensioni e non altre. Come evolve il controtransfert nel corso del tempo? Ed è diverso se ci accompagna fin dal primo saluto o se lo sentiamo irrompere all'improvviso? Parla del modo dell'altro di essere in relazione o parla di me? Sono domande che pongono l'accento sul cambiamento e che permettono di avere un punto di vista alternativo sull'evolversi del percorso terapeutico.

In questa ottica ritengo che il processo di transfert e controtransfert, nella misura in cui diventano occasione di revisione, di spazio di gioco e di sperimentazione, possano essere elementi fondamentali nel processo terapeutico; non sono aspetti da cui "guardarsi le spalle", ma aspetti da comprendere, osservare, vivere in quanto essi stessi azione agita dei propri costrutti.

Riconoscimento, reciprocità e resa

Secondo Kelly (1955), è intorno all'anno e mezzo/due che il bambino scoprirebbe il polo opposto del costrutto Io, ovvero il diverso-da-me, all'interno del quale scopre l'esistenza di altri costrutti che, in base a somiglianze e contrasti, delineano l'identità personale; ma esiste un'altra identità, quella sociale, all'interno della quale l'individuo può sentirsi con gli altri e fra gli altri, può sentirsi riconosciuto e riconoscersi, oppure no.

Il concetto di riconoscimento assume un ruolo quasi vitale, in un certo senso è l'esperienza stessa della vita, e all'interno dell'approccio costruttivista narrativo-ermeneutico viene introdotto nei percorsi di riconoscimento formulati da Chiari (2016b, 2017, 2023)². Un mutuo riconoscimento si realizzerebbe in un equilibrio intersoggettivo che permette alle persone di riconoscersi pienamente individualizzate e contemporaneamente dipendenti l'una dall'altra; può essere immaginato come un continuum, come una tensione durante la quale questo equilibrio può pendere verso uno squilibrio a scapito del processo di individuazione oppure della possibilità di essere in relazione con gli altri.

Nell'esperienza come terapeuti narrativo-ermeneutici, la lettura del problema presentato rivela spesso come la sofferenza vissuta stia nella minaccia di non avere o di aver perduto un Ruolo nella relazione con l'altro, e quanto la vera sfida sia nella possibilità di giocare nuovi ruoli.

² I percorsi di riconoscimento descrivono delle traiettorie di sviluppo che caratterizzano la storia di vita delle persone e, nello specifico, Chiari identifica il Percorso di Riconoscimento Completo, che può essere descritto come "la possibilità di riconoscersi come dipendenti l'uno dall'altro e, allo stesso tempo, pienamente distinti e individualizzati", e il Riconoscimento Incompleto, che si costruisce nelle direzioni del mis-riconoscimento, nell'esperienza di mancata mutualità nelle relazioni precoci per cui la persona si impegnerebbe, nell'incontro con la diversità dell'altro, a trovare una forma di appagamento, una ricerca di visibilità sociale o considerazione (Chiari, 2016b).

Questa ricerca, o meglio questa disponibilità alla ricerca, implica e in un certo senso diventa sinonimo di partecipazione condivisa, di – per introdurre le riflessioni di Jessica Benjamin (2019) – terzietà, dimensione che sembra muoversi sugli stessi presupposti dell'ortogonalità, intesa nella TCP come una dimensione di significato che appare nuova rispetto a quelle usate fino a quel momento: né simile né contraria, una terza via da poter percorrere.

La Benjamin mette in luce alcuni punti estremamente rilevanti, ponendo l'accento sul reciproco effetto che paziente e terapeuta hanno sulla psiche l'uno dell'altro e indagando in quale modo la loro interazione consenta un processo di riconoscimento. Per l'autrice, lo sviluppo del sé è inteso in relazione a un altro che non solo lo riconosce, ma che a sua volta dipende dall'agency del nostro sé: devo poter pensare che ciò che sono e faccio abbia la potenza di produrre un effetto nell'altro. Le riflessioni sulla responsabilità e sulla trasformazione reciproca inaugurano ciò che Benjamin (2019) definisce il Terzo, una sorta di spazio in cui diventa possibile l'incontro fra due menti diverse che si influenzano a vicenda indipendentemente dalla loro disuguaglianza o asimmetria.

Per quanto nel corso del tempo la comprensione dell'altro e della nostra relazione possa permettere di muoversi in modo più stabile, l'idea di essere menti simili e differenti apre costantemente allo sconosciuto, a uno spazio che per quanto ancora vuoto ha in sé la ricchezza del possibile. Richiama il processo della ricorsività, in cui il simile permette di riconoscere un dato istante come continuativo di quello precedente, ma il diverso permette lo spostamento, il movimento, l'apertura. Nella TCP, inoltre, gli aspetti di somiglianza e differenza sono alla base della formazione dei costrutti: per parlare di costrutto, infatti, deve esserci un aspetto per cui almeno due elementi sono costruiti come simili fra loro e, per quello stesso aspetto, come diversi da almeno un terzo elemento; sono i processi di somiglianza e differenziazione che permettono il fluire della vita e la possibilità di costruire un mondo.

In ugual modo, terapeuta e paziente si muovono internamente ed esternamente attraverso questi due processi: all'interno di entrambi, singolarmente, e nella relazione, esiste una comunanza di dimensioni esistenziali che vengono portate in terapia, una comunanza di destino fra queste due persone, e allo stesso tempo una differenza profonda che permea tutto il percorso: uno sarà il terapeuta, l'altro il paziente. È una differenza che solo in parte riguarda i diversi ruoli all'interno della terapia e che più profondamente ha a che fare con la possibilità di riconoscere l'Altro come diverso-da-sé.

L'esperienza del comprendere e del sentirsi compresi è un'esperienza estremamente significativa in terapia, probabilmente quella che permea di senso tutto il percorso: non ha a che fare con la collusione o con l'essere assecondati, tutt'altro. Parla della possibilità, del tenere in considerazione, del sentire che la nostra prospettiva è vista anche dall'altro e che, allo stesso modo, noi possiamo tenere in considerazione la sua; non solo: che la nostra prospettiva può intervenire sulla realtà, può creare qualcosa di diverso.

Questa prospettiva non sempre implica l'oggettiva risoluzione di un problema o il pieno soddisfacimento dei nostri bisogni, ma permette la creazione di uno spazio altro, simile e differente da sé.

Sulla stessa linea, Benjamin parla del Terzo come di uno spazio privilegiato al di fuori del due, come di una qualità, di un'esperienza di intersoggettività, come di uno spazio in cui possiamo *arrenderci*.

La resa del terapeuta

Comprendere appieno il significato di ciò che la Benjamin intende parlando di resa non è semplice.

Dobbiamo innanzitutto superare la comune visione in termini di vittoria e sconfitta, di giusto e sbagliato; un superamento che, per quanto permei la TCP, comporta un continuo e non scontato lavoro di messa in discussione e vulnerabilità del terapeuta.

Pur abbracciando una visione di questo tipo, dobbiamo essere disposti a metterla in gioco, a ricordarcela e a lasciare che accada ciò che – entro certi limiti – non possiamo prevedere.

Ho come la sensazione che la resa, proposta in questi termini, nulla abbia a che vedere con qualcosa che subiamo, ma anzi, che rimetta nelle mani di entrambi la responsabilità, che regali la possibilità di costruire lo spazio del Terzo, dell'ortogonalità. Cosa potrebbe accadere se entrambi provassimo a fare qualcosa di diverso?

La resa, per la Benjamin, si riferisce a una sorta di lasciar andare del sé, di considerare il punto di vista o la realtà dell'altro perché è questo a portarci al riconoscimento, in quanto capaci di sostenere la connessione con la mente dell'altro mentre accettiamo la sua separazione e differenza: “la resa” – afferma – “comporta libertà da ogni intenzione di controllo”.

Ma parlare di resa del terapeuta, non significa parlare anche di resa della persona del terapeuta?

Quella volta in cui...

M. è un giovane adolescente che conosco all'inizio della mia esperienza come psicoterapeuta. Si descrive come una persona che ha paura di tutto, che preferisce trascorrere le sue giornate giocando online, che non capisce il comportamento degli altri. M. tende a non mettere mai a verifica cosa accadrebbe se provasse a portare a termine il percorso scolastico, se provasse a sostenere un'interrogazione, se provasse a confrontarsi con i compagni, né nell'eventualità di ciò che lui definirebbe “un fallimento”, né nell'eventualità di un buon risultato. Semplicemente si ritira.

Buona parte del nostro percorso prosegue all'interno del tentativo di costruire, pezzetto per pezzetto, un mondo più prevedibile, differenziato in diverse sfumature che si discostano dal buono o cattivo, dal perfetto o dall'incapace; di esperire la sensazione che io lo vedo, lo interrogo su quelli che sono i suoi pensieri e le sue opinioni, ma che la relazione necessita della partecipazione di entrambi.

A marzo del 2020 i nostri appuntamenti si spostano online a causa del Covid, ed M. inizia a disdirli; trascorrono dei mesi durante i quali la frequenza diventa meno continuativa, sempre giustificata da malori o impedimenti esterni, e alcuni incontri diventano particolarmente faticosi. Altri, invece, diventano l'occasione per entrare realmente in quel mondo che sta costruendo: mi mostra alcuni oggetti di cui mi aveva sempre parlato, manifesta la sua difficoltà nel raccontarsi sapendo che i suoi genitori sono qualche stanza più là, condivide lo schermo del suo pc per farmi vedere le ricerche che sta svolgendo nella scelta degli accessori importanti per la sua passione.

Io ne sono contenta, ma inizio a sentire l'insofferenza per qualcosa che fatica a mettere a fuoco.

Un giorno, durante il colloquio, ho la sensazione che M. stia usando la tastiera del pc per rispondere a un messaggio e gli chiedo di smetterla. Sono spazientita, e il tono usato – un tono che deve essersi sentito rivolto molto spesso da parte di genitori, professori ed educatori – lo pone subito in chiusura; gli dico che mi sembra distratto, che non stia partecipando, ma

chiaramente non miglio molto la situazione. Il colloquio prosegue, ma siamo entrambi arroccati nelle nostre posizioni, fin quando non mi parla della noia che prova nel seguire le lezioni scolastiche a distanza.

Credo che in quel momento avrei potuto scegliere di restare nell'elaborazione della noia nei termini in cui ne stava parlando, ma decido di mettermi in gioco insieme a lui: è possibile che la distrazione che gli avevo richiamato non avesse a che fare con la mancata partecipazione che io avevo supposto, ma con la noia che provava? Cosa stava accadendo di noioso fra noi? M. mi dice subito che doverci vedere online non gli piace, che avere relazioni online – con me, con i compagni, con i professori – non gli piace, che preferisce il contatto umano.

Metto a fuoco il ragazzo che avevo conosciuto, schivo e intorito, con questa persona che ora ho davanti e che tanto vorrebbe tornare alla vita. E mi appare evidente quanto la mia insofferenza avesse a che fare col credere che fossi da sola a portare avanti quella relazione, mentre in realtà M. stava facendo del suo meglio per continuare a partecipare nonostante la sua personale insofferenza. Eravamo in due, ed entrambi potevamo tenere in considerazione la fatica e la necessità dell'altro.

Devo essere onesta con me stessa e aggiungere un altro pezzetto: è probabile che senza quella esperienza professionale non avrei potuto riconsiderare alcune delle dimensioni in gioco anche nella mia vita personale. In ugual misura, non so se sarei stata “professionalmente pronta” a mettermi in gioco, se non lo fossi stata anche come persona.

Credo di poter individuare diversi momenti simili nella mia esperienza come psicoterapeuta, delineatisi per strade che non potevo prevedere in modo certo prima di percorrerle, e ho la sensazione che tutte quelle volte in cui... ho potuto scegliere di far spazio alla resa, siano state volte estremamente preziose.

Conclusioni

Siamo abituati a pensare che, nel corso della terapia, l'impegno sia esclusivamente a carico del paziente, che il cambiamento sia qualcosa che riguarda esclusivamente il paziente. La mia personale esperienza, diretta e indiretta, è stata diversa e mi ha permesso di sperimentare l'importanza di esperire un cambiamento comune, in modi e tempi che possono essere anche estremamente diversi da relazione a relazione.

Parlare di persona del terapeuta e di cambiamento comune non significa togliere professionalità e rigore al ruolo ricoperto, ma anzi credo implichi una posizione di onestà che offre spessore alla relazione. Porre l'attenzione sui processi di transfert e, ancor di più, di controtransfert non è importante solo per evitare collusioni, ma anche per restituirgli una valenza diversa: se proviamo ad accettarli per la loro naturale esistenza e ad interrogarci su di essi, possiamo ampliare il nostro sguardo e il repertorio di possibilità attraverso cui muoverci. Provare a far spazio alla resa significa anche incarnare profondamente il concetto di terapeuta non come esperto, ma come esploratore impegnato in un'impresa comune.

Riferimenti bibliografici

- Benjamin, J. (2019). *Il riconoscimento reciproco. L'intersoggettività e il terzo*. Raffaello Cortina.
 Chiari, G. (2016a). *Il costruttivismo in psicologia e in psicoterapia. Il caleidoscopio della conoscenza*. Raffaello Cortina.

- Chiari, G. (2016b). La psicoterapia costruttivista ermeneutica. Un'elaborazione in chiave narrativa delle idee di George A. Kelly, *Costruttivismi*, 3, 14-39. <https://doi.org/10.23826/2016.01.014.039>
- Chiari, G. (2017). Uncompleted intersubjective recognition as the basis for the development of personal disorders. In D. Winter, P. Cummins, H. Procter, & N. Reed (Eds.), *Personal construct psychology at 60: Papers from the 21st International Congress* (pp. 180-193). Cambridge Scholars Publishing.
- Chiari, G. (2023). Personal paths of mutual recognition: Relational patterns and narrative identities from a personal construct perspective. *Journal of Constructivist Psychology*, 36, 504-523. <https://doi.org/10.1080/10720537.2022.2062078>
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (Vols. 2). Norton. (Reprinted ed. Routledge, 1991) (tr. it. parz. *La psicologia dei costrutti personali. Teoria e personalità*. Raffaello Cortina, 2004)
- Landfield, A. W. (1951). *A study of threat within the psychology of personal constructs*. Unpublished doctoral dissertation. Ohio State University.
- Ognibeni, M., & Zoppi, O. (2015). Il RUOLO e i ruoli di dipendenza. *Costruttivismi*, 2, 194-205. <https://doi.org/10.23826/2015.02.194.205>
- Ortu, M. C. (2008). La persona del terapeuta entra nella stanza della terapia, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 22, 72-83.

L'Autrice



Laura Caruso, Psicologa e Psicoterapeuta Costruttivista, laureata in Psicologia Clinica e della Salute a Firenze e specializzata in Psicoterapia Costruttivista a orientamento narrativo-ermeneutico presso il CESIPc di Padova nel 2021. Svolge la sua attività presso il Centro Studi SE di Firenze e *online* lavorando in percorsi individuali e di coppia; collabora con l'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, occupandosi di orientamento e sostegno psicologico rivolti ai caregivers della persona con diagnosi e con Con Te all'Estero, servizio di psicoterapia per italiani che vivono all'estero. Dal 2023 coordina i gruppi di intervizione tra colleghi costruttivisti organizzati dal Centro Studi SE

Email: lauracaruso.1988@yahoo.it

Citazione (APA)

Caruso, L. (2024). La persona del terapeuta in gioco. L'incontro fra terapeuta, paziente e persona del terapeuta fra cambiamento e resa. *Costruttivismi*, 11, 34-43. <https://doi.org/10.23826/2024.01.034.043>

COSTRUTTIVISMI, 11: 44-54, 2024
Copyright © AIPPC
ISSN: 2465-2083
[https://doi.org/
10.23826/2024.01.044.054](https://doi.org/10.23826/2024.01.044.054)



Riflessione in chiave costruttivista narrativo-ermeneutica su costrutti di genere e letteratura femminista

*Narrative-Hermeneutic Constructivist Reflection
on Gender Constructs and Feminist Literature*

Arianna Faes

SE Centro studi in Psicologia e Psicoterapia Costruttivista Narrativo-Ermeneutica, Firenze

RIASSUNTO

L'articolo propone una riflessione rispetto a come il Ruolo nucleare della persona si costruisca anche all'interno di una cornice socioculturale in cui i costrutti di genere si intrecciano con la narrazione della propria identità e delle proprie relazioni personali. Considerando le elaborazioni teoriche di Chiari riguardo al percorso incompleto di riconoscimento nella forma del disprezzo, si nota come chi si identifica nel genere femminile includa spesso il tema dell'amabilità nelle proprie narrazioni e possa andare incontro a vissuti di blocco dell'esperienza narrati anche attraverso costrutti di genere. Viene quindi esplorato come il contatto con la letteratura femminista favorisca dei movimenti creativi nelle persone così come dei possibili spunti terapeutici nella direzione di offrire un'apertura a nuove possibilità narrative identitarie e relazionali.

Parole chiave: letteratura femminista, teoria dei costrutti personali, costrutti di genere, percorso incompleto di riconoscimento nella forma del disprezzo.

ABSTRACT

The article offers a reflection about how the Core Role of the person is also constructed within a sociocultural framework where gender constructs intertwine with narratives of one's own identity and personal relationships. Considering Chiari's theoretical elaborations on the uncompleted process of recognition in the form of disrespect, it becomes evident that those who identify themselves with the female gender often include the theme of lovability in their narratives and may encounter an arrest of experience, narrated through gender constructs. The article explores how engaging with feminist literature fosters creative shifts in people, as well as potential therapeutic insights aimed at opening new narrative possibilities for identity and relationships.

Keywords: feminist literature, personal construct theory, gender constructs, uncompleted path of recognition in the form of contempt.

Negli ultimi anni la cosiddetta “questione di genere” è stata per me oggetto di profondo interesse. Con le espressioni “studi di genere” e “questione di genere” si intendono, secondo l’Enciclopedia Treccani, quelle domande e materie che indagano e rimandano alle relazioni di potere tra maschile e femminile, alla loro evoluzione storica e alle diverse forme politiche, giuridiche, economiche e culturali che, a seconda dei contesti di tempo e di luogo, queste relazioni hanno assunto. Questo mette in luce come il genere maschile, il genere femminile e la relazione tra i due siano concetti costruiti non solo biologicamente, ma anche socialmente e culturalmente.

Ricordo di essermi avvicinata a questi temi attraverso un podcast francese che propone un’inchiesta e una riflessione collettiva sul tema dell’amore romantico e su come viene socialmente costruito dal genere femminile e dal genere maschile: *Le coeur sur la table*, prodotto da Victoire Tuaillon.

Fu una cliente che seguivo in un percorso di sostegno psicologico che me ne parlò. Questa giovane donna si sentiva *sbagliata e non accettabile* nel suo orientamento sessuale, nelle numerose discussioni con la compagna che la facevano sentire particolarmente in colpa, ma, soprattutto, in una costante e pervasiva sensazione di non riuscire ad amare ed essere amata nel *modo giusto*, cioè nel modo che, diceva, sentiva ci si aspettasse dal suo genere. Come se tutto il suo essere non riuscisse a trovare un accordo, un senso di riconoscimento nelle modalità che sentiva imposte e attese dal mondo esterno. La cliente mi raccontò di avere sperimentato nell’ascolto del podcast (così come in altri approfondimenti che poi fece) la sensazione che non ci fosse un solo modello, che era possibile immaginare anche altro. Non sapeva cosa, aveva solo percepito che era possibile. Quello fu un momento molto creativo per lei, che ci diede modo di iniziare a costruire insieme alternative relazionali percorribili fino a quel momento considerate impossibili o solo immaginabili, a esplorarle e metterle a verifica. Questo, anche grazie agli spunti offerti dal podcast.

Nel tempo le tematiche riferite alla questione di genere hanno assunto anche per me un grande valore e hanno suscitato delle domande sia a livello personale che professionale rispetto al modo che abbiamo di stare in relazione quotidianamente e a come questo modo possa variare anche sulla base del genere nel quale ci identifichiamo.

Interessandomi sempre di più al femminismo (quell’insieme di teorie che propongono una collocazione paritaria tra generi) e alla questione di genere, ho poi notato come certi temi ricorressero maggiormente nella narrazione della sofferenza delle clienti che si riconoscevano come donne, mentre altri temi ricorressero di più in quella dei clienti che si riconoscevano come uomini. Mi è capitato di osservare come a volte, in un processo di revisione di alcuni costrutti definiti come nucleari (che compongono la nostra identità narrativa), alcune clienti (donne, nello specifico) facessero riferimento al movimento femminista e ai cambiamenti sociali e culturali più recenti per ipotizzare delle direzioni alternative a una sensazione di blocco, proprio come quella prima cliente.

Ho quindi iniziato a pormi le seguenti domande: come si inseriscono i costrutti legati alla cornice socioculturale e i costrutti che definiscono il ruolo di genere all’interno della costruzione del nostro Ruolo nucleare, cioè l’insieme di quegli aspetti invariati del modo in cui una persona tende a mettersi in relazione con l’altro (Chiari, 2016)? Alcuni costrutti applicati ai loro elementi in modo prelativo (“nient’altro che”) o costellatorio (“se... allora”), possono riflettere un modo altrettanto prelativo e costellatorio di costruire i ruoli del maschile e del femminile nella società? È possibile che una riflessione più ampia, che tenga conto del contesto in cui questi significati nascono e si sviluppano, favorisca dei movimenti terapeutici nei termini di possibili revisioni nucleari di significato?

Alla luce di questi interrogativi, proverò ad affrontare e approfondire l'ipotesi che alcuni costrutti nucleari "rigidi" possano intrecciarsi con costrutti di genere costruiti altrettanto rigidamente dalla società. E come sia possibile favorire dei movimenti terapeutici creativi, che vadano in una direzione di costruzione di alternative più percorribili per la persona.

In altre parole, davanti a situazioni di impasse del/la cliente in cui si percepisce che significati legati a stereotipi di genere entrano nella narrazione, ipotizzo che prendere spunto dalla letteratura femminista e dagli studi di genere possa promuovere dei movimenti creativi per la persona. Non credo che questo, nella stanza della terapia, debba avvenire necessariamente in modo esplicito o attraverso una proposta diretta da parte del/della terapeuta verso il/la cliente. Ipotizzo che abbia più a che vedere con un'atmosfera di apertura e di curiosità che si costruisce nella relazione terapeutica, come un insieme di idee e di spunti diversi da cui attingere all'interno del processo di costruzione di alternative.

Identità e modelli sociali: una riflessione sui ruoli di genere

Parto dal presupposto che essere identificato come uomo o donna, nero o bianco, eterosessuale o omosessuale, così come in tanti altri modi che sottintendano dei significati precisi più o meno collettivamente condivisi, abbia un impatto sulla nostra vita privata e il modo in cui ci poniamo in relazione.

Per esempio, il fatto di identificarsi come una donna cisgender (il genere in cui ci si identifica è quello che è stato attribuito alla nascita) non solo è un costrutto ritenuto "normale" dalla società in cui viviamo, ma è anche valorizzato e sostenuto come "migliore". Questo vuol dire, per esempio, che le donne cisgender troveranno intorno a loro modelli presentati come "giusti", che suggeriscono significati ben precisi rispetto a come muoversi nel mondo e nelle relazioni. È possibile sentire che aderendo a questi modelli si andrà più facilmente incontro a una validazione sociale. Banalmente, i film romantici guardati metteranno in scena delle storie e presenteranno dei personaggi in cui sarà facile identificarsi e, quindi, sentire che sono quelli più adeguati e che è importante seguirli, nonostante possano proporre dei significati costruiti rigidamente, oppure che non rispecchino tutte le infinite sfaccettature relazionali che si vogliono vivere nella propria esistenza. È quindi possibile considerare quei modelli proposti come più giusti o adeguati e l'identificazione con l'universo femminile porterà facilmente ad attribuire un certo tipo di significati a temi come, per esempio, la maternità, la bellezza fisica, il romanticismo, la carriera, ecc. Molto probabilmente ci muoveremo nel mondo relazionale come anticipiamo che il mondo si aspetti. Ma se questo parallelismo iniziasse a venire meno facendo emergere la non considerazione di aspetti di sé in favore di un modello percepito come imposto, a che cosa andremmo incontro? Probabilmente, nei nostri termini, a ciò che chiamiamo un blocco dell'esperienza. Sentiremmo cioè da un lato la sensazione di doversi conformare alle aspettative sociali legate al proprio ruolo di genere, percependo però di non considerare altri aspetti di sé ritenuti importanti; dall'altro lato, se si scegliesse di non aderirvi per mettere in gioco questi aspetti, si rischierebbe di provare un senso di inadeguatezza rimandato dall'esterno. Ciò evidenzia il dilemma tra il desiderio di autenticità e la necessità di conformarsi alle aspettative sociali. Un dilemma, questo, che può portare a una serie di sfide, come la difficoltà a percepirsi onesto nei rapporti, la paura di deludere le aspettative

altrui, la sensazione di non essere mai pienamente soddisfattə o realizzatə. Tematiche che ricorrono spesso nella stanza di terapia.

Siamo esseri mutevoli, in trasformazione, ma siamo anche situatə socialmente. Penso che il nostro Ruolo nucleare si costruisca anche nello spazio che occupiamo. Uno spazio ampio, complesso, che prevede dei significati costruiti anche rigidamente.

Il percorso incompleto di riconoscimento nella forma del disprezzo e i diversi significati che possiamo trovare nelle sotto-forme

L'espressione "percorso incompleto di riconoscimento" si riferisce a un'elaborazione dell'ipotesi di Chiari sui percorsi di dipendenza (Chiari et al., 1994), alla luce della dimensione del riconoscimento di sé (Honneth, 1992; Ricoeur, 1994).

Secondo questa elaborazione, il riconoscimento reciproco si colloca in un equilibrio intersoggettivo tra i due estremi della "fusione" e dell'"autoaffermazione in solitudine". L'esperienza relazionale può tendere verso uno di questi poli quando le persone vivono un riconoscimento incompleto da parte delle figure di riferimento (caregiver). In tali circostanze, le persone si impegnano nella ricerca di "quel qualcosa" che manca nelle loro relazioni, qualcosa che possa farle sentire considerate e che consenta loro di leggere un riconoscimento all'interno della relazione. Da questo punto di vista, Chiari propone tre percorsi incompleti di riconoscimento: quello nella forma della fusione, nella forma del disprezzo e nella forma della negligenza.

Nella mia esperienza clinica, ho avuto l'opportunità di accompagnare maggiormente persone per le quali ipotizzavo un percorso incompleto di riconoscimento nella forma del disprezzo. Focalizzerò quindi la mia attenzione su questo tipo di percorso. Mi preme evidenziare come il mio approfondimento non pretenda di parlare di un campione rappresentativo e quindi di formulare considerazioni generalizzabili, bensì si limiti a voler condividere delle domande che mi sono sorte all'interno della mia esperienza professionale e che, in molte occasioni, si sono rivelate terapeuticamente utili.

Nel percorso incompleto di riconoscimento nella forma del disprezzo l'equilibrio intersoggettivo tende a favorire l'autoaffermazione nella solitudine, portando le persone a collocare le proprie dipendenze principalmente su sé stesse, a causa della scarsa disponibilità del/la caregiver. In questa situazione, infatti, il o la bambinə percepisce il o la caregiver come una figura che si preoccupa di lui o di lei solo se riesce a soddisfarne le aspettative. Tuttavia, i tentativi del/la bambinə sono spesso vani e si sente costrettə a escludere dall'interazione con il o la caregiver tutte le espressioni di sé che considera non compatibili con la possibilità di essere accettatə, vistə dal/la caregiver e, in età adulta, da altre persone.

Durante lo sviluppo, il o la bambinə arriva a concepire l'adattamento come dipendente dalla capacità di soddisfare le aspettative altrui, sacrificando così la possibilità di un'effettiva autoaffermazione, intesa come il riconoscimento del valore e dell'esistenza del proprio sé individuale nelle relazioni con l'altrə. Pertanto, la sua vita sociale sarà caratterizzata da una tensione costante tra l'espressione di sé e la repressione di alcune parti di sé e questa bipolarità influenzerà anche il disturbo, inteso come blocco dell'esperienza (Chiari, 2016): la persona si sentirà minacciata tanto da un'espressione di sé che comporterebbe un potenziale "smascheramento" come di qualcunə di inaccettabile (andando incontro a un destino di solitudine), quanto da una repressione di parti di sé che suggerirebbe una sensazione di annullamento nella relazione, scenario ugualmente terrificante (Chiari, 2016).

Il tema centrale della narrazione ruota attorno a un concetto di accettabilità e indesiderabilità, che rimanda direttamente alle prime esperienze relazionali di invalidazione che hanno instillato la sensazione di essere “sbagliato”. A seconda delle interpretazioni specifiche delle esperienze relazionali iniziali, Chiari ipotizza che l'accettabilità possa acquisire diverse sfaccettature, chiamate sotto-forme, ognuna accompagnata da modalità distinte di cercare una considerazione al posto del riconoscimento. Nella sotto-forma *amabilità-disprezzabilità*, la persona tende ad assumere un ruolo di cura per l'altro; nella variante *competenza-inadeguatezza*, può ricercare considerazione per le proprie competenze; nella forma *affidabilità-irresponsabilità*, assume un ruolo di impeccabilità (Chiari, 2016).

Nella riflessione che porterò avanti partirò da queste elaborazioni teoriche rispetto ai percorsi di dipendenza e al tema del *riconoscimento*, considerando che le persone che presentano un percorso incompleto di riconoscimento nella forma del disprezzo vedono “la possibilità di conservare un riconoscimento, anche se incompleto, come dipendente dal *soddisfacimento delle aspettative degli altri*, sacrificando in tal modo la possibilità di un’*affermazione di sé*” (Chiari, 2016).

Esplorando l'intreccio tra Ruolo nucleare e costrutti di genere

Alla luce di quanto esposto, penso ai e alle clienti che seguo in terapia. Noto che chi si identifica nel genere femminile riporta narrazioni nucleari che ruotano più spesso intorno al tema dell'amabilità, mentre chi si riconosce nel genere maschile si narra il più delle volte facendo riferimento a tematiche legate all'affidabilità. Il tema narrativo della competenza, invece, lo ritrovo presente in entrambi, ma non tanto quanto l'amabilità e l'affidabilità.

Nella mia esperienza terapeutica, chi richiedeva di iniziare una psicoterapia era nella maggior parte dei casi una persona che si identificava nel genere femminile e, come detto, il cui tema narrativo nucleare era l'amabilità. Mi sono chiesta se questo potesse avere a che vedere (tra i tanti e diversi elementi) con il fatto che nella nostra società il ruolo di genere maschile, essendo costruito come più dominante, gode di una maggiore accettabilità sociale e quindi di una possibile minore tendenza a mettere in discussione il proprio Ruolo, se non su quei temi che prevedono l'essere riconosciuti come affidabile, responsabile, oppure capace, tutti costrutti considerati cruciali nel modo in cui è strutturata la società in cui viviamo. Non credo sia possibile formulare una risposta univoca, parto infatti dal presupposto che il mondo individuale di ciascuna sia molto più complesso di così. Mi mantengo però in osservazione ed elaboro alcune riflessioni compiendo una scelta di approfondimento del tema narrativo dell'amabilità, con cui mi sono più spesso confrontata nella stanza della terapia.

La domanda che mi sorge spontanea è: ci può essere una correlazione tra la costruzione del ruolo di genere nella società e la costruzione del Ruolo nucleare nella persona? Ritengo che tale correlazione, se si tiene presente la costruzione del ruolo di genere nella società come facente parte di un sistema di costrutti culturalmente condivisi e impliciti, che in quanto tali offrono una cornice all'interno della quale si sviluppa il sistema di costrutti personali di coloro che a quella società appartengono, molto probabilmente ci sia.

Considero il postulato fondamentale della Teoria dei Costrutti Personali (Kelly, 1955) secondo cui *i processi di una persona sono psicologicamente canalizzati dal modo in cui essa anticipa gli eventi*. Parto quindi dal presupposto che il modo in cui anticipiamo gli eventi

abbia anche a che vedere con i costrutti sociali e culturali in cui siamo immersi. Nella teoria dei costrutti personali, un costrutto è definito come un modo attraverso il quale la persona interpreta, comprende e anticipa il mondo e le sue esperienze. I costrutti sono categorie che utilizziamo per dare senso agli eventi, alle persone e alle situazioni. In questo quadro quindi le persone cercano di comprendere in che modo mantenere un adattamento individuando le caratteristiche personali che sono più o meno accettabili o che, viceversa, rischiano di minacciare le relazioni in cui sono coinvolte. Operando questa distinzione tenderanno a mettere in gioco nelle relazioni solo quelle parti di sé che anticipano essere più facilmente gradite dall'altro nel tentativo di mantenere la relazione, rischiando di andare però incontro a una sensazione intima di "non completa autenticità" (Chiari, 2016).

Ponendo l'attenzione al Ruolo nucleare delle persone che seguo, ho rilevato come, per chi si identificava come donna, le dimensioni in gioco nel Ruolo nucleare avevano spesso a che vedere con costrutti come *soddisfare l'altro, prendersene cura*: "solo soddisfacendo l'altro, solo trovando il modo migliore per mostrarmi amabile ai suoi occhi potrò sperare di ricevere considerazione".

Inoltre, sempre per queste persone, la preoccupazione per la sfera di cura, affettiva, così come romantica, aveva un posto centrale, assumendo il significato di andare a validare o invalidare, in base a un certo risultato, le anticipazioni che la persona costruiva rispetto alla propria identità narrativa: per esempio, "solo se saprò prendermi cura del partner, dei figli o figlie, di tutte le relazioni che ho intessuto - in un modo ben preciso - allora potrò sperare di essere amata".

Questi costrutti si intrecciano facilmente con quelli che vengono definiti "stereotipi di genere", cioè "un insieme rigido di credenze condivise e trasmesse socialmente, su quelli che sono e devono essere i comportamenti, il ruolo, le occupazioni, i tratti, l'apparenza fisica di una persona, in relazione alla sua appartenenza di genere" (C.I.R.S.De - Università degli studi di Torino).

È però possibile che la persona vada incontro a un'invalidazione all'interno delle sue relazioni, oppure che, a un certo punto della sua vita, senta che i propri costrutti nucleari hanno più a che vedere con ciò che anticipa la società si aspetti da lei, piuttosto che da ciò che sente in accordo col suo "vero Sé".

Parto dall'ipotesi che queste persone, come precedentemente sottolineato, possano facilmente sperimentare un senso di inaccettabilità verso alcuni aspetti del loro Sé. Quest'elaborazione teorica può essere costruita anche al di fuori della relazione primaria, quindi a un livello più ampio di anticipazione di approvazione o meno da parte della società e cultura d'appartenenza.

Tengo inoltre presente che queste persone, oltre a sentire di dover mettere da parte alcuni aspetti di loro stesse, possano sperimentare ciò che viene definito un "vuoto di costruzione". Come sottolineato da Chiari, infatti, quegli aspetti del Sé considerati come "veri" ma minacciosi se inseriti nella relazione poiché costruiti come non graditi per l'altro, non avranno modo di essere elaborati dalla persona e resteranno quindi abbozzati (potendo comportare ansia, cioè la sensazione di avere una narrazione parziale rispetto ad alcuni eventi) (Chiari, 2016).

A tal proposito, mi chiedo se non possa anche essere la struttura culturale in cui da sempre siamo inseriti che non consenta spazio per un'esplorazione di quegli aspetti del Sé. L'esplorazione di questi aspetti sarebbe infatti costruita come un qualcosa da disincentivare nella misura in cui espone la persona, la famiglia, la società intera a una transizione d'ansia.

Infatti, si tende invece a promuovere l'adesione a tutta una serie di stereotipi rigidi e apparentemente più rassicuranti per il "buon funzionamento" della struttura sociale.

Suppongo inoltre che, costruendo qualcosa di alternativo agli stereotipi, le persone possano sentire il rischio di andare incontro a una maggiore imprevedibilità e che questo diventi minaccioso così come molto faticoso, poiché i costrutti che fanno riferimento al ruolo di genere si collocano il più delle volte a un basso livello di consapevolezza cognitiva.

In ragione di questo, risulta comprensibile il processo che il o la caregiver può scegliere di fare nel tentativo di limitare quell'esplorazione della bambina se non si sente nella condizione di far fronte a quell'ansia, a quell'imprevedibilità. Se per esempio il o la caregiver nota che sua figlia assume spesso posizioni scomposte, "a gambe aperte", o "da maschiaccio", probabilmente disincentiverà questo comportamento favorendone di più "appropriati", più composti, in linea con alcuni stereotipi. Sceglierà di muoversi così poiché forse costruirà l'alternativa alla compostezza come qualcosa di minaccioso (per sé e per sua figlia) o che manda incontro ad ansia.

Davanti a situazioni di blocco della persona nella stanza della terapia, scelgo però di immaginare che sia possibile far fronte a quest'ansia e a questa minaccia costruendo strade alternative, più proposizionali: delle nuove modalità in cui possibilità diverse coesistano tra loro e in cui ognuna sente di riconoscersi a modo proprio in nuovi costrutti di genere, senza che questo esponga necessariamente a un senso di vuoto. Immagino infatti che la costruzione del ruolo di genere spesso utilizzata in modo prelativo e costellatorio contribuendo a limitare il processo di esplorazione di nuove direzioni di sé, stia iniziando a subire delle revisioni sia a livello personale che a livello sociale e, quindi, anche all'interno della relazione terapeutica.

Ecco che tenere conto di queste riflessioni, in particolare davanti a situazioni di impasse dove riconosciamo entrino in gioco in modo predominante costrutti legati al genere, può essere utile. Con quest'attenzione in più, credo che possiamo come terapeuti e renderci disponibili ad attingere a ciò che la letteratura femminista degli ultimi anni propone come spunto per aiutarci a rivedere con il o la cliente alcune dimensioni rigide di significato.

Gli studi di genere e l'approccio femminista come possibile alternativa: casi clinici

Nel mio vissuto personale riconosco che l'avvicinarmi agli studi di genere e a letture e approfondimenti femministi ha favorito in me dei movimenti anche terapeutici. Ho infatti vissuto in un primo momento la sensazione di avere trovato una grammatica, un vocabolario che dava voce a un senso di inadeguatezza che sentivo in alcune aree della mia vita, ma che fino a quel momento non aveva nome. Da terapeuta costruttivista narrativo-ermeneutica considero la possibilità di narrare diversamente quel che viviamo come un modo per dare nuovo senso, nuovi significati, creare movimenti alternativi, quindi terapeuticamente importantissimo.

Personalmente, al di là di un primo sentimento di rabbia davanti alla presa di coscienza di dinamiche sociali di potere che potevano insinuarsi anche nelle mie relazioni, ho percepito un sollievo dato da una sensazione di comunanza: nel momento in cui tante e tanti viviamo cose simili, esperienze relazionali che rimandano a costrutti di genere riconosciuti come troppo rigidi, è forse immaginabile la costruzione di qualcosa di diverso?

Ritengo che questi approfondimenti abbiano favorito in me un aumento della consapevolezza cognitiva e un sollievo dalla colpa, cioè dalla sensazione di un allontanamento dal mio Ruolo nucleare. Notare che alcune mie anticipazioni si legavano a costrutti di genere, che molte altre persone che si riconoscono nel genere femminile sperimentano cose simili, che forse non “dipendeva solo da me” e che da lì potevo ripartire per costruire altre mille strade più in linea con ciò che sentivo rappresentarmi, ha permesso una grande disponibilità a esplorare nuove direzioni e a sperimentare la validità o meno di certe narrazioni.

In egual modo, nella mia esperienza clinica, mi è capitato di confrontarmi con persone che presentavano una narrazione del disturbo facendo riferimento a costrutti legati a stereotipi di genere, in particolare in chi si identificava come donna. È stato molto interessante vedere come per alcune persone la costruzione dell’alternativa prendendo spunto dalle teorie femministe fosse già in corso e fosse a un alto livello di consapevolezza, ma implicava una grande minaccia a cui era difficile fare fronte; per altre persone, invece, un’alternativa al blocco era ancora difficile da immaginare, o poco costruita, solo abbozzata. In alcuni casi, attraverso la conversazione terapeutica e attingendo ad alcune idee formulate dalla letteratura femminista, questo è stato possibile. Alcune proposte di riflessione, infatti, hanno contribuito a favorire un aumento della consapevolezza cognitiva rispetto a come alcuni costrutti nucleari si intrecciassero con aspettative sociali, permettendo una revisione di alcune dimensioni di costrutto.

Penso per esempio a Silvia, 32 anni, molto appassionata del suo lavoro, iniziava a considerare la possibilità di diventare madre ma si sentiva soffocare dalla sensazione che per esserlo avrebbe dovuto rinunciare o comunque rimodulare l’investimento nel suo lavoro e nella sua carriera. Silvia inizia a chiedersi se il sogno di diventare madre è davvero il suo o se non ha a che vedere con ciò che immagina che il suo compagno, la sua famiglia, la società tutta, si aspettino da lei. È molto complesso per lei esplorare queste sensazioni, e la minaccia di dover rinunciare a sé stessa o rinunciare alla relazione con le persone significative è alta. Silvia inizia a chiedersi se non sia possibile uscire da questo dilemma, se può immaginare di potersi sentire accettata anche se scegliesse di non diventare madre, oppure se può immaginare di essere madre senza necessariamente rinunciare ad altri aspetti di sé per lei ugualmente importanti. A questo punto della terapia scegliamo di attingere insieme ad alcuni elementi proposti dall’autrice femminista Bell Hooks nel libro *Tutto sull’amore* e proviamo a rielaborarli secondo il vissuto della cliente. Grazie anche a questi spunti Silvia sceglie di portare i temi su cui si stava interrogando nella relazione col compagno, aprendo insieme a lui un dialogo ed esplorando quali alternative ci possano essere per entrambi affinché anche Silvia senta di portare avanti i suoi desideri, senza rinuncia. Questo movimento è avvenuto attraverso una revisione di alcuni significati all’interno della relazione col partner che va adesso in una direzione il più possibile di reciprocità e non in quella di “dare per scontato” che, sulla base dei ruoli di genere, vi siano necessariamente dei compiti diversi ben precisi da svolgere. In un recente colloquio la cliente mi dice che ciò che sta sperimentando oggi col compagno si avvicina molto a ciò che immagina essere l’amore: *sentire di poter essere insieme in un’impresa comune che non impone un’inevitabile rinuncia ad aspetti di me.*

Penso anche a Stefania, 21 anni, che soffriva di disturbi alimentari. L’espulsione di tutto ciò che ingeriva e il controllo del peso la facevano sentire - diceva lei - padrona di sé stessa, in un’auto-affermazione di sé, nonostante l’elevato costo da pagare. Nell’esplorazione del vissuto della cliente e dei significati che attribuiva a questi gesti, un giorno Stefania ipotizza che il controllo che opera sul suo corpo possa avere a che vedere con una sensazione, viceversa, di

perdita del controllo su di sé in tutti i contatti con gli uomini che fino a quel momento aveva avuto. Mi descrive come, sia da un punto di vista affettivo e romantico che da un punto di vista sessuale, la relazione con l'altro l'avesse sempre fatta sentire "preda", "vittima", in obbligo di sottostare alle altrui volontà in una dinamica di subordinazione, poiché solo così avrebbe ottenuto quell'amore tanto sognato, rinunciando però a diversi aspetti di sé stessa. Stefania dice di non sentirsi più a suo agio nelle "classiche scenette di flirt al bar" oppure "nei ruoli già prestabiliti che bisogna mettere in gioco a letto, come se ci fosse un copione già scritto e per di più scritto solo dall'uomo". Vuole sentirsi libera. E per libertà intende un'autentica espressione di sé, senza percepire il rischio di minacciare l'altro. Attraverso la relazione terapeutica iniziamo ad esplorare come forse non debba essere sempre e solo così e, in questo, ci vengono in aiuto alcune letture femministe che Stefania fa, in particolare il saggio di Brigitte Vassallo *Per una rivoluzione degli affetti: Pensiero monogamo e terrore poliamoroso*. Attraverso una rielaborazione dei significati in chiave terapeutica e, in parallelo, prendendo come spunto di riflessione questi approfondimenti, la cliente costruisce creativamente delle alternative relazionali che inizia ad esplorare e a mettere a verifica, che escono da un modello di dominazione che sentiva entrare in gioco nel contatto con l'altro genere.

Penso infine anche a Daniele, 42 anni, per cui ipotizzavo un percorso incompleto di riconoscimento nella forma del disprezzo ma - a differenza di quanto finora esplorato - nella sotto-forma dell'affidabilità. Daniele non poteva che verificare sempre tutto ciò che svolgeva innumerevoli volte, al lavoro e a casa con la moglie e i figli. Investiva molto tempo ed energie in controlli ossessivi e compulsivi che lo privavano di spazio per altro. Anticipava infatti che solo dimostrandosi responsabile ed affidabile avrebbe ottenuto una considerazione, nonostante puntualmente sentisse di andare incontro a tutta una serie di invalidazioni. Nel lavoro terapeutico con il cliente è stato possibile, tra i diversi movimenti, favorire anche la possibilità di rendere più permeabile (versatile) la dimensione dell'affidabilità, così come di costruirla in modo meno prelativo. Inoltre, Daniele si è reso disponibile a rileggere alcuni costrutti nucleari muovendosi per esempio in una direzione di maggiore "cura" come scelta ortogonale (alternativa). La cura era una dimensione che il cliente delegava completamente alla moglie, *perché è così che si fa, perché lei è una donna e lo sa fare meglio*, nonostante il costo che per lui implicava questa rinuncia in termini di senso di vuoto affettivo. Dandosi modo di decostruire questa convinzione su come devono essere una donna e un uomo, Daniele ha trovato un'alternativa in cui non sentiva più di rinunciare a parti di sé.

Anche in questo esempio abbiamo avuto modo di mettere in discussione, insieme al cliente, un modo che fino a quel momento Daniele sentiva "gli era stato imposto" e, attraverso gli spunti da me proposti, esplorare alcune dimensioni considerate fino a quel momento solo come "femminili". Nel caso di Daniele mi sono sentita di prendere spunto e di riportare nella conversazione terapeutica alcune riflessioni proposte da Michela Murgia nel libro *Dare la vita*, che Daniele conosceva e che si era ritrovato a sfogliare interessandosi alle tematiche emerse al suo interno.

Conclusioni

Ciò che ho voluto provare a sostenere attraverso il contributo che può derivare dagli studi di genere e dalla letteratura femminista, implica la formulazione di proposte e ipotesi.

Il periodo storico che stiamo vivendo si distingue da altre epoche per diversi elementi. Tra questi, stanno emergendo “modi altri” di costruire il proprio ruolo di genere così come le nostre relazioni: se ci si dà la possibilità di uscire da certi schemi prestabiliti, forse si può provare a far fronte all’ansia e alla minaccia in nome di una maggiore libertà di espressione di sé.

Ho l’impressione che vi sia una grande disponibilità a rivedere un modello che inizia a stare per alcune persone stretto, a chiederci se ci sono alternative, costruirle e metterle a verifica. Questo mi sembra un movimento alternativo, che porta a un modo meno prelativo e costellatorio di immaginare il nostro ruolo di genere e di narrarlo.

Ciò che quindi vorrei proporre è darsi la possibilità anche nel contesto terapeutico di coltivare curiosità verso dimensioni più ampie, che vanno al di là del singolo e delle sue relazioni, ma che considerino la struttura su cui poggia la società tutta, poiché questo esercizio di pensiero ritengo possa favorire delle aperture interessanti per la persona. Il mio intento non è quindi dare delle risposte, ma invitare ad affacciarci a nuove aree di riflessione. Non credo infatti che ci sia una soluzione unica, universale, rispetto a come rileggere alcuni costrutti di genere. Immagino piuttosto che sia utile il solo aprirsi, nella relazione terapeutica, alla possibilità stessa di farsi domande più ampie e collettive a tal proposito. Non solo, quindi, circoscrivendo l’esplorazione alla storia personale della cliente, ma considerando per l’appunto alcuni costrutti come parte implicita di tutto un sistema in cui siamo immersi. Ritengo che guardando ad alcune dimensioni di costrutto come a dimensioni non solo personali ma anche societarie e culturali, sia possibile rinarrare tali dimensioni grazie agli spunti offerti dalla letteratura femminista, permettendo alla persona di reinventarsi personalmente e nelle sue relazioni grazie a nuove chiavi di lettura.

Credo infatti che i movimenti femministi e gli studi di genere che hanno trovato spazio negli ultimi anni rappresentino una denuncia a fatti penosi e a un ordine del mondo basato su modelli di potere, ma che propongano anche diversi significati relazionali colmi di passione e slancio verso la novità, che ci aprono nuovi orizzonti possibili, che ci permettono di immaginare e a volte di vivere il nostro Ruolo in modo diverso. Penso inoltre che consentano di nominare e quindi di narrare diversamente molte dimensioni di significato finora costruite in modo stereotipato. Ipotizzo quindi che attraverso un movimento di liberazione della parola e dell’ascolto, rendendo pronunciabile e quindi rivedibile ciò che finora è stato costruito come ovvio o scontato, sia possibile favorire un nuovo senso di riconoscimento personale.

È forse anche inventando nuovi costrutti di ruolo di genere, quindi nuovi costrutti nucleari e nuovi modi di relazionarci con l’altro che si può promuovere la trasformazione di alcuni stereotipi anche a livello collettivo.

Concludo riprendendo le parole di Michela Murgia nel libro “Dare la vita”: *Il mutamento è l’unica possibilità di sopravvivenza dell’energia vitale che ognunə di noi coltiva intimamente.*

Riferimenti bibliografici

- Alfredetti, M., Celli, A., & Petrolati, A. (2022). L’esperienza con l’altro durante la pandemia da Covid-19: una prospettiva narrativo-ermeneutica. *Costruttivismi*, 9, 47-59. <https://doi.org/10.23826/2022.01.047.059>
- C.I.R.S.De - Università degli studi di Torino - Introduzione agli studi di genere. Glossario multidisciplinare – Scheda Psicologia Sociale. Disponibile da https://www.cirsde.unito.it/sites/c555/files/allegatiparagrafo/06-05-2016/stereotipo_di_genere.pdf

- Chiari, G. (2015). Il corpo del linguaggio. *Costruttivismi*, 2, 181-193. <https://doi.org/10.23826/2015.02.181.193>
- Chiari, G. (2016a). La psicoterapia costruttivista ermeneutica: un'elaborazione in chiave narrativa delle idee di George A. Kelly. *Costruttivismi*, 3, 14-39. <https://doi.org/10.23826/2016.01.014.039>
- Chiari, G. (2016b). *Il costruttivismo in psicologia e in psicoterapia. Il caleidoscopio della conoscenza*. Raffaello Cortina.
- Chiari, G., & Nuzzo, M. L. (2010). *Constructivist psychotherapy: A narrative hermeneutic approach*. Routledge.
- Hooks, B. (2003). *Tutto sull'amore. Nuove visioni*. Feltrinelli.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (Vols. 2). Norton. (Reprinted ed. Routledge, 1991). (tr. it. parz. *La psicologia dei costrutti personali. Teoria e personalità*. Raffaello Cortina, 2004)
- Murgia, M. (2024). *Dare la vita*. Rizzoli.
- Ognibeni, M., & Zoppi, O. (2015). Il RUOLO e i ruoli di dipendenza. *Costruttivismi*, 2, 194-205. <https://doi.org/10.23826/2015.02.194.205>
- Tuaille, V. (2021). *Le Coeur sur la table sur la table*. Binge audio éditions.
- Vassallo, B. (2022). *Per una rivoluzione degli affetti: Pensiero monogamo e terrore poliamoroso*. Effequ.

L'Autrice



Arianna Faes, psicologa psicoterapeuta, laureata in Psicologia presso l'Università degli studi di Padova, formata all'approccio clinico transculturale presso il *Centre Françoise Minkowska* di Parigi e specializzata da marzo 2024 in Psicoterapia Costruttivista Narrativo-Ermeneutica presso il CESIPc di Firenze. Oltre all'attività di psicoterapeuta in libera professione, collabora con enti pubblici e privati nella presa in carico di persone vittime di trauma in contesto migratorio.

E-mail: arianna.faes@gmail.com

Citazione (APA)

Faes, A. (2024). Riflessione in chiave costruttivista narrativo-ermeneutica su costrutti di genere e letteratura femminista. *Costruttivismi*, 11, 44-54. <https://doi.org/10.23826/2024.01.044.054>

COSTRUTTIVISMI, 11: 55-63, 2024
Copyright © AIPPC
ISSN: 2465-2083
[https://doi.org/
10.23826/2024.01.055.063](https://doi.org/10.23826/2024.01.055.063)



Il Costruttivismo spiegato a Chopin. Una rilettura della PCP attraverso l'esperienza musicale

*Constructivism Explained to Chopin:
A Reinterpretation of PCP Through Musical Experience*

Salvatore Russotto

ICoNa SB, Istituto Costruttivista Narrativo, Padova

RIASSUNTO

Attraverso una metaforica "lettera a Chopin" vengono presentati i presupposti teorici e i principi fondamentali della teoria della PCP. L'alternativismo costruttivo, il postulato fondamentale e i corollari della PCP saranno riletti all'interno dell'esperienza musicale, sia del compositore che dell'ascoltatore. L'analogia con la PCP permetterà di spiegare alcuni concetti della teoria del suono e di raccontare alcuni significati socialmente condivisi che nella storia sono stati attribuiti alla musica.

Parole chiave: psicologia dei costrutti personali, musica, esperienza musicale.

ABSTRACT

Through a metaphorical "letter to Chopin" the theoretical assumptions and basic principles of PCP theory are presented. Constructive alternativism, the fundamental postulate, and the corollaries of PCP will be re-read within the musical experience of both the composer and the listener. The analogy with PCP will allow the explanation of some of the concepts of sound theory and recount some socially shared meanings that have been attributed to music throughout history.

Keywords: personal construct psychology, music, music experience.

Una lettera a Chopin

Caro Fryderyk,
è da un po' che mi interrogo sulle risonanze che la Psicoterapia dei Costrutti Personali (PCP) ha con l'esperienza musicale. Considerando infatti che il modo in cui costruiamo il mondo possa essere espresso anche attraverso modalità extra-linguistiche, mi sono chiesto sia se

Ricevuto il 4/06/2023; accettato il 28/12/2023.
www.aippc.it/costruttivismi

attraverso l'universo musicale fosse possibile rileggere alcuni principi della PCP, sia se la stessa PCP possa dire qualcosa rispetto al modo in cui le persone si accostano alla musica.

È per questo motivo che ho voluto cogliere l'occasione di scriverti e confrontarmi con te, che della musica sei stato definito il "genio poetico" per eccellenza. Prometto che non ti ruberò troppo tempo – ahimè, so che non ne hai avuto troppo, e che quello che avevi lo hai dedicato in gran parte al tuo amato pianoforte! –, ma spero che quello che scriverò possa essere utile a te o a chi come te condivide la passione per la musica.

Devi sapere che il costruttivismo si sviluppa a partire da un assunto filosofico: *tutti gli eventi che affrontiamo sono soggetti a costruzioni tanto numerose quanto le nostre facoltà ci permettono di concepire*. Il mondo non ci si rivela automaticamente e direttamente, ma ogni volta dobbiamo *stringere una relazione* con esso. E in questo senso anche l'esperienza musicale, una tra le tante esperienze estetiche, è possibile solo nella relazione tra il *suono* e la persona che *l'ascolta*, all'interno delle facoltà e delle possibilità di comprensione di quest'ultima. In altre parole: nell'esperienza *un suono esiste solo se ascoltato*; e lo stesso suono, se ascoltato, può essere (tra le tante cose) rumore¹ o musica², a seconda della facoltà e della capacità di concepirlo in un modo o nell'altro da parte di chi l'ascolta. E se anche fosse musica, potrebbe essere gradevole o meno: immagina l'esperienza che fai al pianoforte quando non è accordato! L'accordatura è quel processo di regolazione del pianoforte che lo rende intonato, ma tale intonazione avviene pur sempre rispetto ad un sistema che come esseri umani, oggi, abbiamo ritenuto *più adeguato di altri* per fare un'esperienza musicale gradevole. Tale intonazione non esiste in sé, ma è frutto di una modalità condivisa di costruire la musica, tra più persone, in un certo tempo e in una certa cultura: pensa ad esempio alla coesistenza di più scale musicali, o alle diverse forme di temperamento³ equabile⁴ o inequabile⁵. Pensa ai vari modi di accordare gli strumenti in Europa, America o in Asia, e di conseguenza alle varie esperienze di suono che una persona nata e cresciuta all'interno di queste culture può sperimentare, ritenendole più o meno "musicali". Le differenti interpretazioni delle varie esperienze di suono e di musica nella PCP potrebbero essere definite *alternative costruttive*: tra queste alternative operiamo discriminazioni, in base a regolarità e differenze, e scegliamo quelle che ai nostri occhi (e per le nostre orecchie!) vanno nella direzione di una maggiore comprensione del mondo, ovvero di una maggiore possibilità di *movimento*.

Forse anche tu faresti fatica a rinunciare alla scala musicale occidentale, in cui l'ottava⁶ è divisa in 12 note, per comporre uno dei tuoi Notturmi con una scala araba, in cui l'ottava è divisa, ad esempio, in 17 note: nonostante la scala araba contenga un numero più alto di note,

¹ Def. *rumore*: "Qualsiasi perturbazione sonora che, emergendo dal silenzio (o anche da altri suoni), dia luogo a una sensazione acustica; è sinonimo di suono, ma si usa soprattutto per suoni soggettivamente giudicati non musicali o che comunque risultino sgradevoli, fastidiosi, molesti, o addirittura dannosi.

² Il termine "musica" deriva dal greco "musiké", e si definisce come *l'arte dell'organizzazione dei suoni nel corso del tempo e dello spazio*. Il significato originale di questo termine non è univoco, ma all'inizio sembrava fosse attribuito a tutte le arti delle Muse e si riferiva a qualcosa di "perfetto". Sono state proposte diverse accezioni e varianti al significato del termine musica: musica come suono (o "arte del suono organizzato"), musica come esperienza soggettiva, musica come linguaggio, musica come costruito sociale.

³ Def. *temperamento*: sistema di riferimento per la costruzione delle scale musicali.

⁴ Un temperamento viene definito *equabile* quando le ottave musicali sono suddivise in parti uguali.

⁵ Un temperamento viene definito *inequabile* quando le ottave musicali sono suddivise in parti non uguali.

⁶ Nella cultura musicale, l'intervallo fra due suoni di cui uno ha frequenza doppia dell'altro si chiama *intervallo di ottava* (o, semplicemente, "ottava").

immagino troveresti più possibilità creative (o come diremmo nella PCP, “più possibilità di estensione del tuo sistema”) nel comporre musica con quelle 12 note di cui hai fatto più esperienza e con le quali hai maggiore familiarità. Ma dato che, come scrive Kelly (lo psicologo americano che ha proposto la PCP) “*non siamo chiusi in un angolo*” e che “*ogni interpretazione è suscettibile di cambiamento o trasformazione*”⁷, magari comporre in una scala araba potrebbe diventare per te un’opportunità, se iniziassi a considerarne la possibilità.

Ma torniamo a parlare di *movimento*, un concetto fondamentale sia per la musica che per la PCP. Condividerai con me che non esiste musica senza *movimento*; del resto, ogni nota e ogni pausa hanno una durata, così come ogni composizione ha il proprio tempo; e in questo senso la musica – di qualsiasi cultura – è intrinsecamente costituita di variazioni e cambiamenti, e dunque esiste nel *movimento*. Nel costruttivismo, alla luce di quanto ti scrivevo prima rispetto alle *possibilità di cambiamento di ogni interpretazione*, si mette in evidenza la natura cinetica e processuale della *persona*. In altre parole: nella PCP la persona è una *forma in movimento*, che all’interno di una rete di *tracciati* – ovvero, di *possibilità* – cerca di predire gli eventi – ovvero, di *anticiparli* – e sceglie di muoversi verso quelli che per lei hanno più *significato* – ovvero, offrono *maggiori possibilità di estensione e definizione del proprio sistema*⁸. Se ci pensi, quando componi le tue opere realizzi qualcosa di simile: mentre scrivi o suoni un tuo Notturmo ti muovi all’interno di una rete di possibilità, fatte di relazioni armoniche, tonalità, ritmo, e ogni nuova nota esprime uno sviluppo e un’estensione del sistema di cui fa parte. E se anche suonassi una nota “stonata” (sappiamo che a tutti i pianisti prima o poi succede), quella nota non sarebbe “stonata” in sé, ma soltanto in relazione al brano di cui fa parte in quel momento. Se decidessi di inserire quella nota “stonata” in un altro brano, o se riscrivessi una parte della tua composizione, quella nota potrebbe anche non essere più “stonata”, entrando a far parte di un nuovo sistema, di *un’alternativa in grado di inserire questo elemento* (la nota “stonata”) *all’interno del suo contesto*.

A partire da questi *concetti fondamentali*⁹, nella PCP si sviluppano delle implicazioni che permettono di articolare maggiormente quanto affermato¹⁰ e nelle quali è possibile continuare a trovare un’analogia con l’esperienza musicale.

Ogni persona ha una propria costruzione dell’esperienza musicale: *pone un’interpretazione*, ovvero erige una struttura entro la quale i suoni assumono significato. Questa struttura è *organizzata*¹¹, e tale organizzazione permette alla persona di rendere *decifrabile* l’esperienza che fa di questi suoni; inoltre, sulla base di somiglianze e differenze con i suoni che ha già ascoltato¹², li colloca, ad esempio, all’interno di *un’esperienza musicale* e non all’interno di un’esperienza di *rumore*.

Potranno quindi esservi strutture in grado di includere suoni diversi all’interno dell’una o dell’altra esperienza: per te magari il suono di due clacson rientra all’interno di un’esperienza

⁷ Def. di *alternativismo costruttivo*: “Qualsiasi interpretazione dell’universo è suscettibile di revisione o sostituzione”.

⁸ Ciò che è qui descritto è una rilettura del *postulato fondamentale* del costruttivismo: “I processi di una persona sono psicologicamente canalizzati dai modi in cui essa anticipa gli eventi”.

⁹ Si fa riferimento all’*alternativismo costruttivo* e al *postulato fondamentale*.

¹⁰ Si fa riferimento ai *corollari*, ovvero “alcune affermazioni che, per un verso, sono dedotte dal postulato fondamentale e, per un altro verso, ne costituiscono il completamento e la specificazione”.

¹¹ Rif. al corollario dell’*organizzazione*: “Ogni persona sviluppa in modo caratteristico, per la sua convenienza nell’anticipare gli eventi, un sistema di costruzione che comprende relazioni ordinali fra costrutti”.

¹² Rif. al corollario della *costruzione*: “Una persona anticipa gli eventi costruendone le repliche.”

di rumore, per un altro compositore post-moderno quegli stessi “rumori” sono un’esperienza musicale.

Se il tuo sistema però divenisse più *permeabile*¹³, ovvero se si aprisse alla possibilità di ammettere¹⁴ all’interno della tua esperienza musicale quei “rumori”, potresti renderti conto che i due clacson hanno, per esempio, la frequenza di due note (ipotizziamo un “DO” e un “MI”). Magari non le useresti dentro i tuoi Notturmi, ma farti notare che hanno la stessa frequenza di un DO e di un MI le ha “spostate” all’interno del tuo sistema, da *un’esperienza di rumore* a *un’esperienza musicale*.

Pur avendo fatto comunque un’esperienza¹⁵ diversa di quei suoni, in un Notturmo immagina comunque *non sceglieresti*¹⁶ di inserire due clacson, perché probabilmente riterresti che non diano maggiori opportunità di sviluppo alla tua composizione. Il compositore post-moderno citato prima probabilmente farebbe una scelta diversa, forse perché ha più familiarità con l’ascolto di una musica un po’ diversa da quella a cui sei abituato tu, o forse perché vede nella scelta di comporre un “Notturmo con clacson” un’opportunità di sviluppo che tu non vedi. Entrambi state operando una scelta, e una volta che il clacson è entrato nel *campo*¹⁷ delle vostre possibilità di inserirlo in un Notturmo, vi trovate fondamentalmente ad un bivio tra due strade¹⁸: “Usarlo o non usarlo? C’è *continuità* o c’è *contrasto*?”.

Una scelta di questo tipo, se ci pensi, la poni anche al di là dell’uso o del non uso del clacson. Lo so, questa storia del clacson l’ho tirata un po’ troppo per le lunghe: mettiamola da parte e torniamo a parlare di composizione più “classica” (intendendo per semplicità con “classica” quella che ti è più familiare).

Torniamo un attimo al 1829, mentre componi il tuo famosissimo Notturmo numero 2 dell’opera 9.

Tra le tante scale¹⁹ della cultura occidentale, hai scelto di scriverlo in tonalità²⁰ di Mi Bemolle Maggiore, con un metro²¹ di 12/8, ad un tempo *andante* di circa 132 battiti per minuto

¹³ Rif. alla definizione di *permeabilità* in PCP: “Si definisce *permeabile* un costruito che ammette nel suo contesto elementi da poco percepiti”.

¹⁴ Rif. al corollario della *modulazione*: “La variazione nel sistema di costruzione di una persona è limitata dalla *permeabilità* dei costrutti entro il cui campo di pertinenza giacciono le varianti”.

¹⁵ Rif. al corollario dell’*esperienza*: “Il sistema di costruzione di una persona varia a mano a mano che essa costruisce la replica degli eventi”.

¹⁶ Rif. al corollario della *scelta*: “Una persona sceglie per sé quell’alternativa in un costruito dicotomizzato attraverso la quale anticipa la maggiore possibilità di estensione e di definizione del suo sistema”.

¹⁷ Rif. al corollario del *campo*: “Un costruito è idoneo per l’anticipazione solo di un numero finito di eventi”.

¹⁸ Rif. al corollario della *dicotomia*: “Il sistema di costruzione di una persona è composta da un numero finito di costrutti dicotomici”.

¹⁹ La “scala” è una successione di suoni nell’ambito di un’ottava, di cui l’ultimo è una ripetizione del primo esattamente un’ottava sopra.

²⁰ Def. *tonalità*: l’insieme di relazioni che legano una serie di note e accordi alla nota detta *tonica*. La base di queste relazioni è la scala; in rapporto quindi alle scale maggiori e minori si determinano le tonalità maggiori e minori.

²¹ Nella musica è importantissimo il rapporto tra il *tempo* (grado di velocità di un’esecuzione), il *metro* (la misura di una battuta musicale, cioè il tipo di pulsazione di riferimento del brano: 3/4, 4/4, 5/4, 6/8. Pensiamo a un valzer (3/4), a tanta musica commerciale contemporanea (4/4) a brani come *Take Five* di Dave Brubeck (5/4) e il *ritmo* (la qualità del movimento sonoro, ciò che ci permette di capire ad esempio se stiamo ascoltando un tango, una bossa nova, un pezzo jazz col suo “swing”, un pezzo di musica classica). Ci sono numerosissime possibilità di giochi nel rapporto tra ritmo e metro: se è il metro che segna

per croma. Anche in questo caso hai fatto delle scelte, che hanno determinato un certo modo di entrare in relazione delle singole note. La nota di Si Bemolle, nella melodia in prima battuta, “suona bene” perché siamo all’interno di una scala di Mi Bemolle Maggiore; se lo stesso Si Bemolle fosse stato inserito in una scala diversa, per esempio di Mi maggiore (naturale, non bemolle) comporterebbe una *dissonanza*: probabilmente risulterebbe sgradevole e tu stesso lo riterresti un grossolano errore. La scelta della scala di Mi Bemolle Maggiore, per questo specifico tipo di esperienza musicale, ha reso compatibile²² l’utilizzo della nota del Si Bemolle; la scelta di inserire la nota del Si Bemolle è operata ad un livello *gerarchicamente subordinato* rispetto alla scelta della scala di Mi Bemolle maggiore.

Per includere una nota “dissonante” all’interno del tuo sistema, dovresti operare un cambiamento ad un livello gerarchicamente superordinato (quindi ad esempio, operare un cambio di tonalità all’interno del brano). Queste sono regole *socialmente condivise* all’interno di una certa esperienza musicale che ti appartiene, ovvero quella della musica classica.

C’è un aspetto di *comunanza*²³ con altre persone che condividono la tua stessa esperienza musicale e che ritengono che siano *proprio queste* le specifiche regole da applicare perché quel brano possa definirsi “musicale”, per quanto ciascuno conservi un’*individualità*²⁴ che rende unica la propria esperienza di contatto con ogni singola composizione e con le “regole” comunemente condivise. Mi viene in mente, ad esempio, lo stesso Robert Schumann, compositore

le pulsazioni regolari della musica, è il ritmo che le raggruppa in tante formazioni diverse, suddividendo nelle maniere più varie questa pulsazione di base.

²² Rif. al corollario della frammentazione: “Una persona può impiegare di volta in volta una varietà di sottosistemi di costruzione che sono deduttivamente incompatibili gli uni con gli altri”.

²³ Rif. al corollario della comunanza: “Nella misura in cui una persona impiega una costruzione dell’esperienza simile a quella impiegata da un’altra, i suoi processi sono psicologicamente simili a quelli dell’altra persona”.

²⁴ Rif. al corollario dell’individualità: “Le persone differiscono l’una dall’altra nella loro costruzione degli eventi”.

tuo contemporaneo, che mentre ascoltava il quarto tempo della tua op. 35 n. 2 non ha colto la singolarità del tuo modo di usare le regole della grammatica musicale, tanto da esclamare: “*Questa non è musica!*”.

Tra qualche anno vedrai arrivare dagli Stati Uniti un genere musicale un po’ strano per le tue orecchie, il “*blues*”. Nel blues all’interno di un brano in tonalità di Mi Maggiore, quella nota del Si Bemolle di cui abbiamo parlato prima, per te così dissonante, risulterà avere un sapore tutto particolare, tanto da essere da alcuni definita “*blue note*”.

Ciò ci porta a un ultimo concetto fondamentale comune al costruttivismo e all’esperienza musicale: la *socialità*²⁵. Per parlarne, vorrei prima ripercorrere con te un po’ di storia dell’esperienza musicale.

In nessuna delle culture finora scoperte è mai mancata la musica. Perfino nelle caverne paleolitiche sono stati trovati flauti di ossa e nei dipinti si vedono persone che danzano, presumibilmente accompagnate da qualche forma di musica.

Per la cultura greca il valore della musica risiede nel fatto che essa agisce sull’anima e sulla volontà: è indispensabile per vivere esperienze-limite come il lutto e per la fruizione della bellezza, ma anche per esperienze più quotidiane come il gioco e il godimento.

Secondo i greci, le divinità, con il suono della loro musica, riescono a creare emozioni e sentimenti diversi nell’animo umano. Atena, commossa dal pianto straziante delle sorelle di Medusa decapitata, crea per loro delle melodie che esprimono e aiutano a sopportare la disperazione, tenendo viva la memoria della defunta e aiutando a elaborare il lutto, così che le grida di dolore si trasformino in canto.

In tanti miti sulla creazione e sull’origine del mondo si parla della presenza di un *suono generatore*. In quasi tutte le culture, il vuoto dell’inizio (l’“abisso primordiale”) costituisce un fondo di risonanza, in cui il suono che ne scaturisce è la prima forza creatrice.

Un tema che ha sempre accompagnato la storia della musica è stato quello dell’effetto che questa musica avesse sull’uomo. Questo tema si è sviluppato insieme alla concezione di *consonanza e dissonanza* (riferite prima per la melodia e poi per l’armonia). Come tu stesso mi insegni, per “consonante” o “dissonante” intendiamo ciò che è “giusto” e “piacevole”, o al contrario ciò che è considerato “sgradevole” o addirittura “inaccettabile”. Ma la scelta di quale nota sia più opportuno accostare o sovrapporre a un’altra è materia di polemica da 25 secoli!

Suoni che prima erano percepiti come dissonanti possono entrare a poco a poco a far parte dell’uso comune, in seguito a un processo di evoluzione del *gusto*: il sistema si estende, si evolve, e diventa più capace di comprendere le diversità e di percepire così come consonante anche ciò che in precedenza era considerato dissonante.

Nell’antica Grecia si riteneva che gli intervalli musicali fossero “della stessa sostanza dell’universo” e di “*divina proporzione*”, presentando la teoria musicale come una legislazione di suoni da seguire per esprimere la *bellezza*: proporzioni sacre, impronte digitali degli dei, che svolgevano anche funzioni etiche. Pensiamo a Platone che, parlando dello Stato ideale ne *La Repubblica*, si poneva in netto rifiuto della “nuova musica”, nella quale cominciavano a profilarsi innovazioni in termini di ritmo e strutture armoniche, che per lui avrebbero indotto il cittadino alla rilassatezza dei costumi e alla mancanza di rispetto verso le leggi. Aristosseno (allievo di Aristotele) apre alla modernità: dà rilievo alla *componente percettiva dell’ascolto* e al ruolo dell’orecchio come giudice dei suoni.

²⁵ Rif. al corollario della *socialità*: “Nella misura in cui una persona costruisce i processi di costruzione di un’altra, può giocare un ruolo in un processo sociale che coinvolge l’altra persona”.

Nella cultura latina Boezio sottolinea il concetto di Aristosseno, evidenziando come l'ascoltatore si rilassa piacevolmente quando ascolta una consonanza e si irrigidisce quando avverte una dissonanza.

Nel cristianesimo la musica viene intesa come la scienza esatta della modulazione, uno strumento che conduce a Dio e che richiama il canto degli angeli del cielo. Nel medioevo gli intervalli (ovvero "gli spazi", le "distanze" tra le note) non sono classificati solo come *consonanti* o *dissonanti*: ve n'è anche uno bandito da ogni musica per la sua durezza. L'intervallo di "tritono", definito diabolus (o *diaballo*) in musica. Vietato, perché era ritenuto una presenza diabolica nella musica: rappresentava un ethos dissolvente, separatore, così come è l'opera del diavolo. E pensare che quello stesso intervallo è quello che nel Blues permetterà di avere la "blue note", di cui parlavamo prima!

Nel barocco, tra il '600 e il '700, il programma estetico della musica si realizza nella relazione tra la *musica* e l'*affetto*. Si cerca un mezzo musicale per esprimere gli affetti, per provocare emozioni. Vi è una ricerca del particolare, che poi verrà fortemente criticata nel secolo dei Lumi, in cui la musica diventa un "diletto" che non genera miglioramento e gratificazione al senso dell'udito.

Arriviamo al periodo Romantico, il tuo, in cui i modelli di riferimento musicali cominciano a moltiplicarsi e i limiti concessi all'originalità personale del compositore diventano man mano più estesi. L'artista romantico, talvolta ritenuto "antisociale", si separa dagli altri uomini per cercare ispirazione dentro di sé: di conseguenza si cerca di eliminare ogni limite imponente all'artista dall'esterno.

Qualche anno dopo la tua morte si inizieranno a superare i limiti delle barriere tonali, si eviteranno le "cadenze classiche", fino ad arrivare al '900 in cui vi sarà "l'emancipazione della dissonanza". Accordi complessi e poco ortodossi, musica atonale, dodecafonie come quelle di Schonberg, musica elettronica sviluppata all'interno di sintetizzatori computerizzati.

Al di là di quanto l'esperienza musicale possa cambiare nei secoli, in relazione alla costruzione che della musica viene fatta dalle singole persone nelle culture di cui fanno parte, con questo excursus storico volevo riflettere con te su quanto l'esperienza musicale sia un'esperienza profondamente *relazionale*.

Il processo di creazione musicale probabilmente non può ritenersi completo finché la composizione non arriva ad un ascoltatore, reale o virtuale che sia. Ogni brano *comunica qualcosa a qualcuno*, e nell'esperienza di composizione e di esecuzione in qualche modo si trascende la dimensione puramente grammaticale della musica, per aprirsi alla relazione.

Penso ai tuoi concerti e alla tua preferenza di esibirti solo nelle atmosfere intime dei salotti; immagino che in questa scelta ci fosse la ricerca di un modo molto specifico di entrare in relazione con i tuoi ascoltatori.

Nel tuo modo di scrivere musica probabilmente anticipavi già cosa avresti voluto comunicare, all'interno delle cornici di comunanza con gli altri e di individualità che ha reso unica ogni tua opera. E con la tua musica hai giocato un *ruolo* per i tuoi ascoltatori: pensavi a loro mentre componevi, li hai compresi in qualche misura e hai scritto qualcosa che potesse dir loro qualcosa di significativo, che *risuonasse* in loro e che fosse possibile includere all'interno della loro *esperienza musicale*.

La *risonanza* in acustica viene definita come la *partecipazione, o la risposta, di un sistema, atto a vibrare alla vibrazione generata da un altro sistema*. È ciò che avviene mettendo vicini due diapason simili, tra cui c'è *comunanza* di frequenze: ne percuoti uno e l'altro inizia a vibrare con un'intensità tanto più alta quanto più è ridotta la distanza che lo separa dal primo.

Questa lettera finisce con lo stesso tema con cui è iniziata, ovvero le *risonanze*. Risonanze che non solo abbiamo ricercato tra la PCP e la musica, ma anche – e forse è ciò che più conta – tra l’esperienza di costruttivismo e l’esperienza di musica che sia tu che io stiamo facendo in questo momento. E quanto più in questo dialogo ci saremo reciprocamente compresi, tanto più avremo giocato un ruolo l’uno per l’altro, in un’esperienza che Kelly, se fosse qui, avrebbe semplicemente definito “*socialità*”.

Fonti bibliografiche

- Allorto, R. (1989). *Nuova storia della musica (Italian Edition)*. Ricordi.
- Botella, L., (2008) Timekeeping is everything: Rhythm and the construction of meaning, *Journal of Constructivist Psychology*, 21, 309-320. <https://doi.org/10.1080/10720530802255251>
- Brugnoli, E. (2021). *The best of Chopin: Spartiti dei brani più belli (Italian Edition)*. Independently published.
- Chiari, G. (2015). A narrative hermeneutic approach to personal construct psychotherapy. In D. Winter & N. Reed (Eds.), *The Wiley handbook of personal construct psychology* (pp. 241-253). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118508275.ch20>
- Chiari, G. (2016). *Il costruttivismo in psicologia e in psicoterapia. Il caleidoscopio della conoscenza*. Raffaello Cortina.
- Chiari, G. (2016). La psicoterapia costruttivista ermeneutica: un’elaborazione in chiave narrativa delle idee di George A. Kelly. *Costruttivismi*, 3, 14-39. <https://doi.org/10.23826/2016.01.014.039>
- Chiari, G., & Nuzzo, M. L. (1998). *Con gli occhi dell’altro. Il ruolo della comprensione empatica in psicologia e in psicoterapia costruttivista*. Unipress.
- Erola, T., Friberg, A., & Bresin, R. (2013). Emotional expression in music: Contribution, linearity, and additivity of primary musical cues. *Frontiers in Psychology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00487>
- Epting, F. R. (1998). *Psicoterapia dei costrutti personali*. Martinelli Psycho.
- Focosi, F. (2017). Le emozioni nella musica contemporanea. *De Musica*, 128–146. <https://doi.org/10.13130/2465-0137/7994>
- Fransella, F., & Thomas, L. (1988). *Experimenting with personal construct psychology*. Routledge.
- Gomez, P., & Danuser, B. (2007). Relationships between musical structure and psychophysiological measures of emotion. *Emotion*, 7, 377–387. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.2.377>
- Juslin, P. N., & Västfjäll, D. (2008). Emotional responses to music: The need to consider underlying mechanisms. *Behavioral and Brain Sciences*, 31, 559–575. <https://doi.org/10.1017/s0140525x08005293>
- Kelly, G. A. (2004). *La psicologia dei costrutti personali. Teoria e personalità*. Raffaello Cortina. (Ed. orig. *The psychology of personal constructs*. Norton, 1955)
- Leitner, L. M. (1980), Personal construct treatment of a severely disturbed woman: The case of Sue. In A. W. Landfield & L. M. Leitner (Eds.), *Personal construct psychology: Psychotherapy and personality* (pp. 102-121). Wiley.
- Sacks, O. (2014). *Musicofilia*. Adelphi.
- Sbattella, L. (2006). *La mente orchestra. Elaborazione della risonanza e autismo*. Vita e Pensiero.

Uderzo, D. (2019). Il concetto di improvvisazione (musicale) e la psicologia dei costrutti personali. *Costruttivismi*, 6, 54-70.

Yalom, I. D. (2016). *Il dono della terapia*. BEAT.

L'Autore

Salvatore Russotto è psicologo-psicoterapeuta a Padova, presso il Centro Clinico Pedagogico "Colibri". Pianista jazz e compositore, unisce la passione per le persone a quella per la musica. Attualmente è presidente di COSEP Società Cooperativa Sociale, in cui promuove progetti di inclusione sociale per persone in situazione di grave marginalità.

Email: s.russotto@psicologipadova.it



Citazione (APA)

Russotto, S. (2024). Il Costruttivismo spiegato a Chopin. Una rilettura della PCP attraverso l'esperienza musicale. *Costruttivismi*, 11, 55-63. <https://doi.org/10.23826/2024.01.055.063>

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.

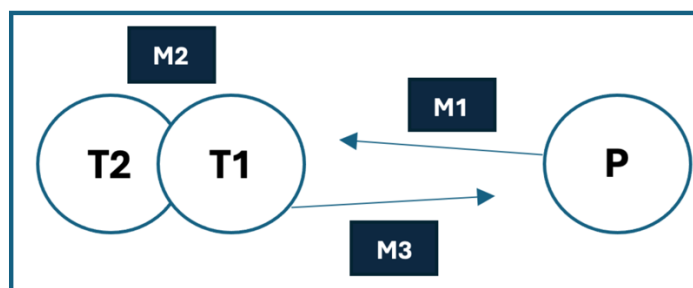


Figura 1

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 appaiano 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-semantic, 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

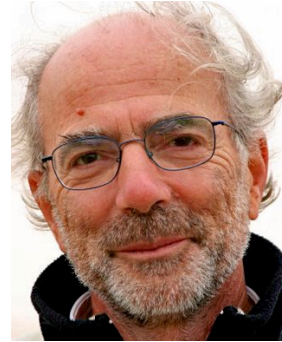
- Atwood, G., & E. Stolorow, R. D. (1984). *Structures of subjectivity*. The Analytic Press.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. The Analytic Press. (tr. it. *Infant research e trattamento degli adulti. Un modello sistematico-diadico 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>

COSTRUTTIVISMI, 11: 77-90, 2024
Copyright © AIPPC
ISSN: 2465-2083
[https://doi.org/
10.23826/2024.01.077.090](https://doi.org/10.23826/2024.01.077.090)



Un'esperienza di co-conduzione di un intervento sulla comunicazione di coppia, con approccio costruttivista intersoggettivo

An experience of co-conduction of a couple intervention through the intersubjective constructivist approach

Sara Costa, Lucia Mariotto

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Costruttivista, CESIPc, Firenze

RIASSUNTO

Il contributo presenta un'esperienza di co-conduzione di un intervento di coppia, attraverso il modello costruttivista intersoggettivo. La coppia, formata da pazienti di terapie individuali delle due psicoterapeute, presentava problematiche relazionali ascrivibili principalmente allo stile di comunicazione adottato. La modalità in co-conduzione è, per quanto riguarda l'approccio costruttivista intersoggettivo, una modalità "anomala" che risponde alla domanda esplicita formulata in modo autonomo nelle due terapie individuali. Il percorso si è ispirato anche alla comunicazione non violenta, che ha rappresentato nel percorso uno strumento di lavoro. Nell'articolo verranno descritti sinteticamente gli obiettivi impliciti ed espliciti, fasi dell'intervento, le modalità di co-conduzione e alcune riflessioni relative all'esperienza delle due psicoterapeute.

Parole chiave: terapia di coppia, co-terapia, costruttivismo intersoggettivo, co-terapeuti, comunicazione

ABSTRACT

The article presents an experience of co-conduction of a couple intervention, through the intersubjective constructivist model.

The couple, made up of patients of individual therapies of the two psychotherapists, presented relational problems mainly due to the communication style adopted. The co-conduction modality is, as far as the intersubjective constructivist approach is concerned, an "unusual" modality that responds to the explicit question formulated autonomously in the two individual therapies. The case was also inspired by non-violent communication which has been used a working tool in the intervention.

The article will briefly describe the implicit and explicit objectives, phases of the intervention, the co-conduction methods and some relating to the experience of the two psychotherapists.

Ricevuto il 18/11/2024; accettato il 9/12/2024.
www.aippc.it/costruttivismi

Keywords: couple therapy, co-therapy, intersubjective constructivism, co-therapists, communication

Il Caso

Presenteremo un'esperienza di co-conduzione di un intervento di coppia, attraverso il modello costruttivista intersoggettivo.

La coppia, formata da pazienti di terapie individuali delle due psicoterapeute, presentava problematiche relazionali ascrivibili principalmente allo stile di comunicazione adottato. La modalità in co-conduzione è, per quanto riguarda l'approccio costruttivista intersoggettivo, una modalità "anomala" che in questo caso risponde alla domanda esplicita formulata in modo autonomo nelle due terapie individuali.

Breve storia di vita dei pazienti*/

Gabriele ha circa 40 anni, informatico. Quando si presenta la prima volta nel 2016, soffre di attacchi di ansia e pensieri ossessivi. Dalla raccolta della storia di vita emerge un rapporto molto frustrante con il padre, uomo pragmatico e spesso sminuente nei suoi confronti, e una relazione appagante e simbiotica con la madre che ha perso qualche anno prima: *"io e mia madre siamo due angeli, mio padre e mia sorella sono aggressivi e prepotenti"*. Le due figure genitoriali rappresentano due parti del sé: la parte presentabile di sé *"buona e gentile"* sembra corrispondere ad un'immagine idealizzata della madre, mentre la parte contro cui Gabriele lotta con forza e che non è ritenuta accettabile, è quella aggressiva collegata al padre (per esempio Gabriele ha paura di fare del male a persone in modo involontario e inconsapevole, rendendolo insicuro e bisognoso di continui controlli sul proprio agire). Il primo percorso, di circa un anno, gli permette di vivere un'esperienza accettabile e validante che nel quotidiano gli fa acquisire maggiore sicurezza e una discreta autonomia dai pensieri e comportamenti ossessivi. L'inizio della relazione con Elena, l'attuale moglie, lo aiuta inizialmente a ritrovare la base affettiva che ricerca. Si può dire che Gabriele tenti in questa relazione di ricreare la simbiosi affettiva che aveva con la madre. Dopo due anni circa di relazione (2022) torna in terapia perché sente frustrato questo bisogno, riporta il *"ripresentarsi di alcune mie rigidità ... ho bisogno di comprendere"*. Si è riaccesa infatti la forte distinzione tra il *"bene ed il male"* che risiede in lui, non trovando nella compagna un'alleata che lo validi e lo supporti quando ne sente il bisogno. Vede invece che Elena spesso aggressiva verbalmente e poco empatica con lui. Gabriele investe molto nella relazione, condividono il progetto di vita di fare una famiglia e sono allineati sullo stile di vita che intendono stabilire, ma litigano per *"questioni futili"* in modo molto acceso. Stabiliscono pertanto una modalità di comunicazione molto conflittuale (riattivando reciprocamente i fantasmi della parte genitoriale negativa). Quasi parallelamente anche la compagna inizia un percorso terapeutico (inviata alla collega Sara). Da qui la richiesta congiunta di una terapia di coppia.

Elena ad oggi ha 33 anni, laureata in Architettura. Arriva in terapia a novembre 2021, perché spiega di sentirsi bloccata, come se ci fosse *"un gomito annodato da dipanare"*. Il suo blocco contingente è legato al lavoro e ad una scelta che deve fare a riguardo, ma la sua richiesta di intervento è più ampia e complessa, vorrebbe scavare a fondo per comprendere alcuni suoi

meccanismi, l'origine di certi atteggiamenti e smussarli. Dalla sua storia di vita emerge una figura materna ossessionata dalle pulizie, molto limitante su ciò che potevano fare i figli. Anafettiva, presente per le cure primarie e capace di un accudimento più pratico, carente dal punto di vista della sintonizzazione emotiva. Il padre è venuto a mancare, dopo un lungo periodo di coma, mentre Elena frequentava l'università. Nel percorso svolto insieme sviluppa la consapevolezza di avere messo a tacere i propri bisogni e vissuti emotivi, che continua a faticare ad esprimere anche oggi. L'unica emozione che mostra è la rabbia, principale modalità comunicativa esperita nella famiglia di origine e che in quel contesto veniva tollerata. Queste esperienze hanno portato Elena a puntare su una spiccata autonomia personale e sulla prestazione. L'incontro con Gabriele è stato molto importante, sente di avere trovato una persona simile a lei in interessi, valori e progettualità. Seppure con le difficoltà di comunicazione che emergono tra loro e la fatica di sopportare nel quotidiano le ossessioni di Gabriele, Elena non mette mai in dubbio la volontà di costruire con lui il proprio futuro.

La coppia dopo essersi conosciuta e frequentata ha iniziato a convivere nella casa di proprietà di Gabriele. Dopo cinque anni di convivenza nel 2023 si sposa e ora è in attesa del primo figlio.

Fase preliminare: co-progettazione dell'intervento di comunicazione di coppia

Da parte di entrambi i pazienti singolarmente, più volte, era stato portato nelle sedute un aspetto di conflittualità che sentivano particolarmente problematico nella loro relazione di coppia; relazione che per molti altri aspetti si presentava armoniosa e salda, tanto che Gabriele ed Elena si sono sposati e hanno iniziato a pensare alla possibilità di una gravidanza nello svolgersi delle terapie individuali. Il loro modo di discutere però appariva fortemente conflittuale e aggressivo, con una escalation di interventi che li portavano a scontri molto pesanti e anche duraturi; principalmente per necessità di Gabriele, le puntualizzazioni successive al momento di scontro duravano per ore, molto spesso innescato da Elena con le sue modalità "autorevoli" e perentorie.

Nasce quindi in loro spontaneamente una richiesta di aiuto per trovare un modo alternativo e più fluido di discutere. Portano la proposta nelle singole terapie e danno il permesso affinché noi terapeute possiamo sentirci in proposito e confrontarci sulla fattibilità della richiesta. Vedono con fatica l'intervento di una terza figura professionale. A questo punto ci chiediamo cosa sia meglio fare e, dopo esserci confrontate anche con colleghi, decidiamo di sperimentare questo intervento in co-conduzione. Concordiamo nel definire l'intervento a quattro mani sulla comunicazione della coppia come parte integrante del percorso terapeutico individuale di ciascuno.

Nel nostro caso, dato che conosciamo questi pazienti individualmente e stiamo già lavorando da tempo con loro, ci proponiamo di utilizzare il transfert e la fiducia presenti, per proporre una relazione che si sviluppi e si modifichi nelle sedute di coppia e che permetta anche dei movimenti individuali.

Inoltre, come terapeute ci siamo poste delle domande in relazione all'opportunità e alla nostra compatibilità di condurre una co-terapia.

Considerazioni relative alla scelta reciproca delle due terapeute

Secondo alcune ricerche (Roller e Nelson 1991)¹, le qualità maggiormente ricercate nella scelta dei co-terapeuti e le aspettative rispetto alla relazione sono risultate: rapporto alla pari, spontaneità, confronto, sviluppo, empatia, integrazione, compatibilità, impostare un rapporto alla pari.

Inoltre, circa le ragioni che motivano la scelta di svolgere una co-terapia, risultano cruciali la condivisione e l'apprendimento reciproco, inteso come apprendimento esperienziale piuttosto che cognitivo. Un'altra caratteristica importante, ma altamente soggettiva, è quella di sentire nel co-terapeuta una personalità conciliabile con la propria: significa lavorare con una persona compatibile, sia intellettualmente sia emozionalmente, nonché avere una background teorico non dissonante.

Nel nostro caso specifico, abbiamo percepito armonia che è stata la base, non esplicita ma vissuta, del nostro intervento. Come a suggerire, con una sorta di modello alternativo di comunicazione paritaria (anche non verbale), un modo di stare insieme nel qui ed ora e di collaborare. Abbiamo portato questa modalità nel setting e quindi nel vissuto della coppia.

Rispetto ai nostri vissuti nel ruolo di terapeute, ci siamo poste reciprocamente la domanda di come ci sentiamo l'una rispetto all'altra, sia nella scelta iniziale che durante lo svolgersi dell'intervento con la coppia:

Lucia: *“Avevo già deciso Sara nel momento in cui le ho inviato la paziente, avevo pertanto una predisposizione molto positiva rispetto a lei, percepisco agio e curiosità di creare qualcosa di nuovo, sperimentando insieme. In seduta: spesso sento che accordiamo gli interventi in modo spontaneo e fluido, armonia e collaborazione (accordiamo il tono degli interventi, volume frequenza eloquio). Gratitudine nel riconoscere l'aiuto reciproco e la complicità”*

Sara: *“Spaesamento e perplessità iniziale per la proposta viste la novità e la modalità atipica di lavorare; fiducia in Lucia e capacità di affidarsi all'altro; riconoscimento quasi di una familiarità nella collega, una sorella maggiore di cui fidarsi e che infonde sicurezza nel fare cose nuove; collaborazione e gratitudine per la presenza dell'altra, soprattutto nei momenti più difficili dell'interazione della coppia”*

Metodologia d'intervento progettato

Dopo aver deciso di provare questa esperienza, creiamo la traccia per un intervento ad hoc e di seguito riportiamo i punti che abbiamo individuato:

1. Esplicitare richiesta, obiettivi e tempi anche con i nostri pazienti. Andrà specificato che non si tratta di una psicoterapia di coppia a lungo termine, ma di un intervento sulla coppia mirato e circoscritto allo scopo di approfondire la tematica. Ipotizziamo sei sedute con una cadenza quindicinale.

2. Per iniziare, ipotizziamo di proporre il “racconto incrociato”. Questa proposta ha lo scopo di promuovere la capacità di mettersi l'uno nei panni dell'altro, favorire la capacità di cogliere come l'altro si costruisce la realtà e di comprendere i vissuti sottostanti, che sono diversi per

¹ Cit. Roller e Nelson i cui risultati sono stati pubblicati nel 1991, di un campione di 94 membri della American Group Psychotherapy Association; l'indagine aveva lo scopo di conoscere modalità di lavoro, i valori condivisi e le qualità ritenute importanti da coloro che praticano la co-terapia.

storia di vita e strategie messe in atto. Il “racconto incrociato” è una tecnica che prevede il racconto della storia di vita dell’altro e viceversa. Abbiamo utilizzato una modalità che, solitamente usata nelle dinamiche di gruppo, ha la finalità di stimolare il “mettersi nei panni dell’altro”, non solo sostituendosi nel racconto (piano semantico esplicito), ma anche sperimentando vissuti di empatica e condivisione (piano emotivo implicito). Chi parla “per l’altro” in un certo senso si prende cura del partner narrando la sua storia. Chi ascolta sente che l’altro lo vede, lo comprende e talvolta si rispecchia. Il lavoro sul piano emotivo è evidente non solo nel momento del “qui ed ora” e nella comunicazione corporea, ma anche nella fase di spiegazione e rianalisi di ciò che è accaduto in seduta.

3. Entrando nello specifico, partire da un episodio di discussione che loro sentono rappresentativo e proporre la narrazione e l’ascolto da due punti di vista/due prospettive, cercando di far evidenziare in modo incrociato i vissuti affettivi e i bisogni sottostanti all’interno di ogni prospettiva.

4. Usare la tecnica della moviola, ripercorrendo un episodio di discussione passo-passo, in modo da riattivare vissuti e permettere loro di entrare in essi, porre attenzione a zig-zag mentre si narrano i vari passaggi (come mi sento/come sento l’altro, come mi sento percepito/cosa sente l’altro). Questo per focalizzare l’attenzione alla consapevolezza di sé e dell’altro e riuscire a cogliere i momenti cardine della dinamica e della “miccia” che innesca l’escalation.

5. Riuscire a condividere l’idea della lite come momento di crescita e possibilità di esprimere i propri bisogni in modo assertivo. In questa direzione diventa per noi uno strumento pratico la comunicazione ispirata ai Quattro pilastri della Comunicazione Non Violenta (CNV): A. *Osservare senza giudicare*. B. *Riconoscere i sentimenti e saperli esprimere*. C. *Prendere coscienza dei bisogni*. D. *Riuscire a fare richieste*. (M.B. Rosenberg, 2017)².

6. Come ultimo obiettivo di intervento vorremmo incrementare l’attenzione a sperimentare strategie alternative di comunicazione, in modo più consapevole e collaborativo, di ascolto e comprensione reciproca.

Abbiamo utilizzato i principi della CNV e la moviola come strumenti di lavoro inserendoli nel processo che tipicamente si sviluppa nell’approccio costruttivista intersoggettivo. Abbiamo pertanto unito all’ascolto attivo, alla conversazione che mira alla sintonizzazione emotiva e alla comprensione in totale assenza di giudizio, alcuni principi che condividiamo con l’impostazione teorica di Rosenberg.

Fasi dell’intervento svolto:

Lo svolgimento del nostro percorso può essere così riassunto:

- 8 sedute in totale tra gennaio e giugno 2024
- Primo colloquio: definizione della domanda esplicita condivisa
- Prima seduta: storia di vita incrociata

² L’approccio della Comunicazione Non Violenta, è stato creato ed implementato sulla base dei principi della psicologia umanistica di Marshall Bertram Rosenberg, dai primi anni ‘60 fino al 2015, anno della sua morte. L’approccio si orienta, non tanto ad eliminare o smussare le differenze che portano dissenso (ed aggressività) nelle comunicazioni umane ma piuttosto a stimolare l’empatia e la comprensione, la consapevolezza degli stati affettivi di sé e dell’altro. L’autore utilizza, a fini divulgativi una metafora della giraffa (comunicazione non giudicante e che apre) e quella dello sciacallo (comunicazione giudicante e che chiude).

- Gruppo di sedute nelle quali lavoriamo sugli episodi
- Due sedute di «*consolidamento*» (richieste dai pazienti)

La domanda esplicita condivisa

Nel primo colloquio si definiscono alcuni aspetti peculiari del setting di co-terapia, per esempio il numero di sedute previste (indicativamente un massimo di 6 sedute), la frequenza degli incontri (quindicinale), la gestione dei pagamenti (la prestazione è divisa equamente tra i pazienti).

Chiediamo di esplicitare un obiettivo comune e condiviso dai due (domanda esplicita condivisa). Infatti, anche se nelle rispettive sedute di terapia i pazienti avevano già espresso i loro bisogni in modo separato, è importante definire insieme un obiettivo comune e fondante l'intervento stesso. Chiedere loro di formulare un unico obiettivo è, inoltre, l'inizio di un percorso di ricerca di collaborazione e complicità. L'obiettivo condiviso che emerge dal primo colloquio è quello di «*imparare a litigare in maniera pacata*».

Durante le prime interazioni, pur avendo formulato insieme la domanda e pur trovandosi sostanzialmente d'accordo, si percepisce una certa ostilità, probabilmente competizione. La domanda implicita che formuliamo è, quindi, quella di riuscire ad empatizzare (nei termini di poter sentire maggiore tenerezza, complicità ed ascolto) con le richieste affettive dell'altro, andando oltre al problema specifico del litigio, ma provando a cogliere la richiesta emotiva del partner. Riteniamo importante stabilire che il lavoro sarà di coppia, non si tratterà di mediazione quanto piuttosto di ricerca attiva di nuove modalità di comunicazione più efficaci e meno conflittuali.

In questo primo incontro seguiamo e comunichiamo gli intenti pianificati per questo intervento. Anche la relazione tra co-terapeute muove i primi passi: ci ascoltiamo e interveniamo con molta prudenza esplorando le modalità l'una dell'altra. Il clima è positivo per motivazione ed interesse dei due pazienti e nostro. Percepriamo inoltre una certa apprensione, che accogliamo e condividiamo sia prima della seduta sia nel confronto post. Percepriamo durante lo svolgersi della seduta che la coppia formata dalle terapeute «funziona».

Storia di vita incrociata

Con l'obiettivo di entrare nel mondo emotivo dell'altro e attivare un processo di comprensione e di immedesimazione nei bisogni dell'altro, proponiamo di raccontare l'uno la storia dell'altro. Ci colpisce in particolare Elena che appare evidentemente commossa nel raccontare la storia di Gabriele, validiamo quindi la sua capacità empatica e cerchiamo di rimanere nell'emozione con loro. Gabriele sembra più apprensivo, attento che le informazioni che vengono riportate da Elena siano «corrette», si rilassa osservando che Elena racconta «proprio la sua storia» si riconosce e si distende (sorride e ascolta con il busto teso verso di lei).

Nelle considerazioni alla fine della seduta con i pazienti, esplicitiamo verbalmente ciò che hanno vissuto durante il racconto, validando e rinforzando la ricerca delle emozioni da loro definite «positive», ovvero di vicinanza empatica, che li fa sentire uniti.

Nel confronto tra co-terapeute post seduta decidiamo che nei prossimi incontri lavoreremo sull'ascolto attivo e decidiamo di definire con loro delle regole esplicite di questo esercizio sulla comunicazione.

Lavoro sugli episodi

Proponiamo il lavoro di ascolto attivo attraverso l'analisi degli episodi, usando anche, come anticipato, la tecnica della moviola. Ciò che succede tipicamente nella coppia - e che viene

riattualizzato in seduta - è che Gabriele tende a “*sapere già quello che dirà lei*”, anticipando in particolare di non essere accolto (seguendo il suo fantasma della figura paterna) e assumendo una modalità difensiva. Elena sembra assecondare questa anticipazione e talvolta sembra stuzzicare il marito (Elena: “*si, penso che questa cosa che hai detto sia una stronzata*”) contribuendo ad innescare una comunicazione conflittuale, che crea un'escalation: Gabriele si sente sminuito, mentre Elena si sente attaccata quando lui la contraddice o non fa quello che lei propone. Nelle sedute emergono vissuti di non accettazione reciproca, nonostante entrambi, con sincero impegno, tentino di seguire le regole del gioco di comunicazione che proponiamo. Esempi di tali regole sono “*chi parla è responsabile della comprensione dell'altro. Per essere più chiaro possibile mi metto nei panni dell'altro (in modo empatico)*», oppure “*Chi ascolta non deve interrompere e può fare domande solo per approfondire o chiarire e non per controbattere*”.

Le prime sedute, durante le quali nello spazio “protetto” della terapia riattualizziamo la discussione, sono molto conflittuali e anche l'eloquio è veloce e sostenuto nei toni. Questa riattualizzazione ci permette di vedere la loro modalità di relazione in questi momenti, che potremmo definire prettamente competitiva. Questa modalità la portiamo quindi alla luce e la possiamo vedere tutti e quattro insieme, ponendo lo sguardo sui vissuti ed i bisogni che si attivano in entrambi. Cerchiamo di incrementare un modo partecipe di ascoltare attivamente ed interagire, sintonizzandosi su di sé e sull'altro, secondo il nostro modello di riferimento ed il modello della comunicazione non violenta. Questa modalità passa anche implicitamente dal nostro modo di essere nella “coppia terapeutica”, dal nostro modo di porci tra noi durante gli incontri, come un modello visibile silenzioso e alternativo alla competizione e all'aggressività.

Nella fase centrale del percorso i pazienti assumono posizioni contrapposte, tendono a raccontarci i motivi per cui “pensano di aver ragione”. Focalizziamo pertanto la loro attenzione sul processo e non sui contenuti del contendere. Accompagniamo la coppia ad osservare il processo attraverso l'esplicitazione dei vissuti, “*come vi fa stare questa frase?*” sia relativamente ai propri vissuti e poi rovesciando il punto di vista “*come farà stare l'altro questa mia frase?*”, in un continuo alternarsi tra il proprio punto di vista e quello dell'altro.

Notiamo che la posizione esistenziale di Gabriele è quella di vittima poco compresa dalla partner che vede come prevaricatrice ed aggressiva. Per difesa, tende ad assumere atteggiamenti molto rigidi e controllanti. La posizione esistenziale di Elena è di essere combattiva, per poter far valere le proprie richieste, alla ricerca di una posizione che in apparenza esprima la massima autonomia, ma che frequentemente si crea in opposizione alla posizione di lui.

Tra co-terapeute ci confrontiamo sommessamente ma in modo trasparente di fronte ai pazienti, suggerendo, anche con il nostro fare nel qui ed ora, una modalità di lavoro che ricerca armonia attraverso l'ascolto del bisogno dell'altro. Adattiamo il tono di voce a quello dell'altra, in alcune fasi vivace (anche attraverso il riso con i pazienti) a momenti di riflessione con toni molto pacati. La sensazione è quella di una maggiore efficacia terapeutica. Nel post seduta, tra terapeute ci confidiamo la difficoltà che viviamo nello stare con loro in questa conflittualità.

In queste sedute centrali lavoriamo con i nostri pazienti su alcune tematiche rilevanti come il prendersi cura dell'altro, accogliere la diversità dell'altro (lui simbiotico, lei reattiva). Validiamo esplicitamente quando incontriamo comunicazioni empatiche, di ascolto attivo e di sintonizzazione e rimaniamo sui vissuti positivi nel qui ed ora.

Come esempio di lavoro di questa fase, riportiamo una parte della seduta che abbiamo nominato “*la casa al mare*”. Questo episodio fa riferimento alla casa al mare della famiglia di origine di Gabriele, proprietà condivisa con il fratello e il padre. Nonostante Gabriele contribuisca alle spese non ne ha mai usufruito. In questo momento, con la gravidanza di Elena e la nascita a breve del bambino, le esigenze della loro famiglia stanno cambiando e i due iniziano

ad essere interessati alla possibilità di godere della casa. La possibilità di chiedere alla famiglia di origine di Gabriele uno spazio estivo apre tuttavia una discussione all'interno della coppia: Elena vorrebbe che il marito facesse valere i propri diritti, mentre Gabriele è titubante e timoroso delle reazioni dei suoi parenti, anticipando difficoltà e conflitti relazionali da gestire.

TrS: La discussione poi come l'avete gestita? mi sembra che siate arrivati qui e avete detto che eravate riusciti...

E: a me sembra che siamo arrivati abbastanza, va bene durante la discussione ..ad urlare si

G: a momenti

E: si c'è stata questa discussione e io ho detto basta basta , perché ero stanca e lui mi ha anche detto ...

G: Incazzarsi non serve a niente anzi incazzarsi è un motivo di disturbo

TrL: ok le posizioni antagoniste non vi portano da nessuna parte ... più utile osservare quello che vi sta accadendo e agire in modo più "originale" rispetto a quello che di solito fate. Un modo di stare insieme per stare bene e per sentirsi in armonia è osservare il mondo dell'altro

...

TrS: da parte di entrambi, reciprocamente ...

TrL: ... probabilmente avete da imparare l'uno dall'altro, ci sono delle cose che Gabriele può apprendere da Elena e anche Elena può provare a cogliere in Gabriele, provate a fare questo sforzo quando vi ponete uno contro l'altro ... quali potrebbero essere gli aspetti in questa vicenda utili per stare insieme?

G: cioè io...quando Elena pensa qualcosa o dice qualcosa cioè io.....quello che pensa Elena spesso poi le vado dietro quando ci si ragiona, , le riflessioni che fa Elena le questioni che pone Elena, io gli vado abbastanza con facilità dietro o comunque ..spesso con quello che pensa posso concordare. Quindi quello che nelle nostre dinamiche quando mi invita a fare la strada che vuole fare lei, spesso mi può andare bene ..però la modalità che lo deve sempre dire nella modalità incazzata ..ora ha detto che cosa si può prendere l'uno dall'altro ..io la strada che traccia lei, i ragionamenti che porta sulle questioni li posso seguire perché li condivido quindi cosa può prendere Gabriele da Elena? Questo, il succo diciamo. Cosa deve prendere Elena da Gabriele? Che il modo di affrontare la questione è parlandone non "ho già deciso si fa così "

TrL: Facciamolo dire a Elena

G: ok, però per qualunque questione problema la dinamica di Elena è sempre

TrL: Cosa imparo da Elena in questa situazione? TrS: in questa questione nello specifico TrL: Non sempre ma nello specifico, perché viaggiando sui massimi sistemi lo sai che ci si perde. Proviamo ad andare episodio per episodio ... Tr S: stiamo in questa situazione

G: quindi continuo io in questa situazione? (Tr S: sì) quello che dice posso dividerlo e posso scegliere che è la scelta che va bene e di muoversi per fare in modo, fare questa scelta.....quindi

TrL: imparo da Elena?

G: io imparo il farsi un po' valere, anche se però lo posso dire anche razionalmente e me lo posso dire per me guarda fare le guerre per una cosa o fare battaglie per vincere una cosa che poi ti comporta di scatenare appunto le guerre e poi tu ne perdi delle altre.

TrL: si però questi sono discorsi piu' generici

G: allora più prendersi uno spazio se parliamo dell'Albero che è dovuto crescere tutto storto per

TrS: allora più che rivendicare, se vogliamo lasciare la guerra fuori dalla porta, allora è prendersi uno spazio mio

G: sì

TrS: quindi questo lo possiamo prendere

G: sì, continuando a considerare i rischi

TrS: quindi prendermi uno spazio mio e farmi valere

E: e io cosa posso prendere da Gabriele?

TrS: in questa situazione

E: in questa situazioneio sono molto idealista e vedo l'obiettivo e basta a e magari non calo molto il problema nella realtà ..in generale io sono tutta ..molta teoria molto sì idealista ee effettivamente ...poi nella pratica si dovrei considerare di più l'aspetto pratico eee

TrL: e come lo esprimiamo

E: Potrei prendere la riflessione cioèforse un atteggiamento più riflessivo e meno impulsivo ecco secondo me ...quello che magari .. quando ...mi fa incazzare in questa questione io non vedo ..se noi diciamo l'obiettivo è questo e ci prepariamo insieme , abbiamo deciso l'obiettivo insieme e ci prepariamo insieme potrebbe funzionare

(entrambe le terapeute) chiedilo a Gabriele

E: (rivolta a lui) potrebbe funzionare?

G:... si potrebbe funzionare , la questione è se mi dai lo spazio per decidere insieme

E: si è scelto l'obiettivo insieme e la strategia insieme e questo potrebbe funzionare, poi ..quello che mi scompensa è che quando , all'inizio sembra che si sia scelto l'obiettivo insieme e poi Gabriele quando pone tutte le questioni in realtà lui non stia combattendo per quell'obiettivo, ma stia cercando di ritrattare per non arrivare a quell'obiettivo , questo mi fa incazzare

TrL: ok, cerchiamo di stare sul "sospendere il giudizio" e a prendere qualcosa dall'altro ..cosa prendere all'altro , quando riesco a Gabriele riesco a prendermi il diritto il mio spazio e Elena riesco a prendermi momenti di riflessione e a vedere anche il contesto.

TrS: sì anche il contesto e a vedere le conseguenze , oltre all'obiettivo , all'ideale e poi collocarlo nella realtà

TrL: nella realtà ..bene e con questo come vi sentite ?

E: più forti

G: se si riuscisse a fare

E: e certo (sorride e sorridono)

TrL: non andiamo avanti con la testa, rimaniamo sul fatto che ognuno può insegnare qualcosa all'altro

TrS: che la diversità può essere una fonte reciproca di arricchimento

TrL: Come ci stai con questa idea? TR S: senza anticipazioni negative ..

G: Sarei contento se

TrS: sarei... o sono contento?

G: sono contento se dico che ci si riuscisse a fare

E: se fino ad adesso non ci avevamo mai pensato, questo è un tassello in più, poi quello che c'entra certo metterlo in pratica ..

TrS: metterlo in pratica è forse quello che anticipava Elena, è provare a dire " allora proviamo a costruire insieme, una strategia insieme che possa andare ad entrambi" tenendo conto delle difficoltà e delle diversità

TrL: riusciamo a portarci a casa questo oggi? sarebbe già tantissimo

(silenzio pieno)

TrS: va bene?

G. e E: Annuiscono in silenzio

Rispetto a questa tematica, nella seduta successiva, riparlando dell'incontro precedente, Elena afferma: "quando siamo usciti da qui l'altra volta ci siamo sentiti più forti" e aggiunge "se siamo d'accordo siamo più potenti non ci batte nessuno". Sembrano infatti aver deciso di "andare alla casa al mare" e soprattutto aver aperto uno spazio di dialogo e di confronto su come gestire

la comunicazione con la famiglia di Gabriele: *“abbiamo deciso come fare, con un messaggio”*. Il messaggio viene scritto da Elena, mentre Gabriele lo corregge e lo invia: la loro richiesta è stata accolta da parte dei parenti, senza conflitti. Riportano di essersi sentiti “bene”, positivi *“sul fare delle cose”* insieme e sembrano muoversi senza attriti. Gabriele, in particolare, si sente efficace e quindi è meno rigido. Sono soddisfatti dell'esperimento impostato in seduta di ascoltare, ascoltarsi, condividere.

Nel proseguire delle sedute si vede un progressivo avvicinamento e ascolto da parte di entrambi, supportato oltre che dalla comunicazione verbale anche dal loro eloquio più lento e dagli sguardi tra loro, in un silenzio pieno. Si nota che anche i loro corpi cercano maggiore contatto e si coglie in seduta un clima di complicità. Infine, ci chiedono di accompagnarli ancora un po' nel consolidamento di quello che stanno sperimentando, quindi gli incontri da sei passano ad essere otto.

Un altro aspetto che abbiamo notato nelle dinamiche di lite e sul quale ci siamo soffermate è la riattualizzazione di modalità usate con le figure genitoriali. È emerso come Gabriele rivive in modo quasi inconsapevole *stati non me* e vissuti verso il padre, mentre Elena di fronte agli atteggiamenti del marito riattualizza la mancanza di sintonizzazione materna, che le stimola la rabbia come motore per far valere comunque i suoi bisogni, che altrimenti restano inespressi e non riconosciuti dall'altro. Queste dinamiche, già emerse nelle terapie individuali e delle quali entrambi avevano personale consapevolezza, sono state esplicitate negli incontri insieme affinché i due vedessero reciprocamente questi aspetti, riconoscendosi come persone adulte, in grado di accudire ed essere accudenti, in grado di costruire altro da ciò che avevano vissuto nella loro esperienza infantile e adolescenziale.

Esempio del cambiamento della qualità relazionale, l'espressione dei propri bisogni:

Riportiamo un esempio di questo processo, trascrivendo uno stralcio della seduta che abbiamo nominato del “purè”, nella quale da una semplice richiesta serale di Elena, dopo una giornata passata praticamente da sola a casa in maternità, scoppia una lite. Lei chiede a Gabriele, stanco della giornata trascorsa al lavoro, di girare il purè; lui non accoglie questa richiesta e lei si arrabbia moltissimo, senza che Gabriele apparentemente comprenda il motivo ed anzi attivando in lui un senso di ingiustizia subita, non sentendosi compreso nella stanchezza dell'intensa giornata di lavoro.

TrS: *che poi il fatto che tu mi giri il purè forse non è proprio...*

E: infatti

TrS: *Girami il pure'*

E:ehhhhh (si mette a piangere)

TrS: *non è girami il pureè, ma sono stata sola per tanto tempo, guardami ...*

E: (piange) ...ma infatti ripensandoci è così...perché ci ho ripensato a questa cosa. Perché io arrivo a chiedere “girami il pureè”...a fine giornata mi sono trovata sola e ho chiesto questo aiuto pratico e io ho detto: che cosa è questa richiesta di aiuto? E' un “iuuu, ho bisogno di qualcosa, anche un cavolata come girare il purè” (voce sempre commossa) ma non riesco a far vedere che ho bisogno. Perché poi lui dice: “ma tu, mi chiedi sempre anche cose che potresti fare tu” e io ho pensato..

TrS: *cosa c'è che c'è dietro*

E: cosa è che (si commuove) ...ad esempio cosa è che nel rapporto con la mia mamma, lei riusciva a darmi? (piange)...solo l'aiuto pratico. Io chiedevo per esempio “mi compri un evidenziatore se passi in cartoleria?” e lei lo faceva e io ho sempre avuto solo questo tipo di aiuto. Mi torna naturale chiedere queste cose e per me se lui fa questa cosa è anche un ritorno di affetto, di attenzione,

perché in casa mia era l'unica cosa che se ti chiedo tu fai, ma tutto il resto zero...e questa cosa perché ti chiedo "mi fai questo, mi fai quest'altro?" è un modo per ..un modo che ho perché era una delle poche cose che riuscivo a ricevere .

TrL: questa è una cosa su cui hai lavorato, è una cosa che hai così chiara di recente?

E: è chiaro perché lo so che funziono così, ma l'altro giorno con la questione del purè l'ho proprio sentito e lui me l'ha negato e ho detto "accidenti"

TrS: che sta succedendo

E: appunto è una cosa che per me ..come se dicesse per me non vali niente

TrL: quando c'è questa consapevolezza, magari si può provare a chiedere in modo diverso, anche per aiutare Gabriele a comprendere

E: sì

TrS: nel senso che può essere anche, mi posso permettere anche io Elena di provare qualcosa di diverso perché c'è Gabriele e non c'è la mia mamma, lui c'è ed è affettivo può esserci emotivamente in modo diverso da mamma, forse non ho bisogno di chiedere cose pratiche, ma quando lo contatto, di chiedere di che cosa ho bisogno emotivamente

E: sì sì, mi è apparsa chiara questa cosa, cerco un contatto attraverso questa richiesta, perché è stato il modo in cui l'attenzione mi veniva data, Chiaramente non voglio creare un rapporto dove si chiedono favori pratici, però mi è scattato automaticamente poi lì l'ho riconosciuto...

TrL: cosa ne dici Gabriele?

G: intanto per me è una scoperta. Spesso .. Elena ti chiede una cosa,

E: sì, lui lo dice sempre te chiedi favori anche cose piccole che potrei fare da sola

G: per esempio se ce li ci sono gli occhiali e lei "mi prendi gli occhiali?" ma prendili da sola "eh ma tu sei più vicino "mi devo alzare anche io devo fare un passo, tu ti devi alzare e farne due e lo chiedi a me, cioè nel sensooo

TrS: e ora diventa comprensibile?

G: infatti, perché va bene che sei pigra ma forse anche me può far fatica

TrL: forse può essere qualcosa d'altro

G: per me al contrario in famiglia, cioè, ognuno cerca di fare da solo, proprio chiedere è l'ultima ratio.

E: sì. Lui non chiede

TrS: in questo siete diversi

TrL: però sappiamo che possiamo guardare oltre questa richiesta. Elena può provare a farla in un certo modo, diverso, però Gabriele non prendere alla lettera cioè che viene chiesto ma provare a comprendere cosa c'è oltre

G: questa cosa che ho saputo ora, per me è la prima volta no?

E: Eh sì, anche io l'ho elaborato e te l'ho portato qui

Tr insieme: questo è un grande passo che avete fatto

TrS: e questa scoperta, dicevi G, è un po' una scoperta per me no? Un po' un eureka di ora. Come la senti?

G: un po' mi fa piacere perché nobilita le richieste di Elena, che poi tutte le volte fosse solo per una fatica che sente Elena non mi tornava. Anche ieri, io ho detto tu sei stata tutto il tempo sul divano a guardare la tv, io ho lavorato dalle 15 alle 21 e finito ora e mi dici che se ho le energie perché devo girare il purè ...puoi farlo da te. Io le detto "ma è proprio necessario? perché faccio un po' fatica". Quindi nel senso razionalmente si capisce poco, anzi a me arriva come una ingiustizia

TrL: *c'è una ingiustizia, ma sappiamo che la ingiustizia è un po' un "trappolone", un "trappolone" di Gabriele, cioè la tua storia di un certo tipo e sei molto sensibile a questo aspetto ... magari non è un'ingiustizia, magari è una richiesta fatta non in modo esplicito*

G: sì, un conto se avesse detto "si sta un po' insieme". Infatti, le dico se hai qualcosa dimmelo, cioè nel senso un conto è se me le ordini praticamente, un conto è se me le spieghi un po', posso cogliere in maniera differente le richieste se sono più spiegate

TrS: *... credo che si possa aprire una strada oggi mh rispetto a questo* (silenzio condiviso)

G: ... anche perché una cosa è che non mi spiega, appunto se a fine giornata sono stanco di lavorare e ho voglia di tenere il cervello spento e guardare la televisione e non ti chiedo "come è andata oggi" non è però che non ti sono vicino, Elena non aspettare che sia io che faccio il passo, vieni tu. Tanto io i passi di vicinanza te li faccio in tanti altri modi, nel senso... se hai bisogno di vicinanza avvicinarti, se vuoi raccontarmi le cose, magari raccontamele e io ti ascolto volentieri (...)

In questo passaggio possiamo notare come nel lavoro in seduta sia importante non fermarsi al semplice fatto raccontato, ma sebbene l'episodio possa apparire banale e/o effimero, è necessario porre attenzione e cercare di leggere i bisogni e le sensazioni sottostanti e sintonizzarsi emotivamente. Il processo di sintonizzazione e di rispecchiamento rappresenta infatti un aspetto fondamentale per un senso del sé coeso e unitario.

Nell'ottica Costruttivista Intersoggettiva, infatti, si considera fondamentale il processo precoce di rispecchiamento con le proprie figure genitoriali, come scrive Bromberg: *"la conferma della propria identità non dipende dall'approvazione ma dal riconoscimento degli altri, dalla loro accurata percezione del modo in cui noi ci sperimentiamo."* È quindi nello scambio precoce con l'altro che prende forma l'identità e il senso del Sé. Il riconoscimento, che ha inizio con lo sguardo e la sintonizzazione delle figure genitoriali, è il processo che permette al bambino di sentirsi riconosciuto nella sua soggettività e di dare senso ai propri bisogni, alle proprie esperienze emotive ed affettive, rispecchiate e validate dallo sguardo dell'altro. Quando questo processo non accade, può portare al non riconoscimento di parti di sé come tali e quindi a diffidare: la capacità di ascoltare e dare senso ai propri stati emotivi viene compromessa.

Nel percorso con Elena e Gabriele diamo valore a questi aspetti all'interno della relazione terapeutica ma anche promuovendo nella coppia la possibilità di riconoscere la soggettività dell'altro. Per Elena, in particolare, appare evidente la possibilità di sperimentare una relazione nuova e diversa da quella vissuta con la madre, una relazione, sia con le terapeute che con il partner, in cui sentirsi validata. Può infatti permettersi di esprimere ciò che sente e ciò di cui avrebbe bisogno. La consapevolezza da parte di entrambi delle proprie e altrui dinamiche infantili è fondamentale per facilitare un movimento verso modalità comunicative alternative.

Conclusioni

In sintesi, in seguito alla prima fase di lavoro nel quale abbiamo colto le modalità di funzionamento della coppia nelle discussioni e il *loop* sterile nel quale entrano, ci siamo addentrati in una fase più costruttiva. Elena e Gabriele hanno iniziato a trovare strategie per non imbatcersi in discussioni estenuanti: nel quotidiano provano a comunicarsi gli stati d'animo (per esempio dicendosi che sono arrabbiati/nervosi o che stanno arrivando al limite); trovano il modo di staccare appena prima o durante la discussione allontanandosi temporaneamente fer-

mando l'escalation; cercano di usare le conoscenze reciproche sull'altro, mentalizzando maggiormente. Il lavoro svolto insieme è stato quello di empatizzare, cercare un punto in comune nelle discussioni e renderle più costruttive, alimentando un atteggiamento collaborativo e di co-costruzione di soluzioni e strategie.

Pur essendo una modalità "anomala" di lavoro, abbiamo cercato di applicare i principi teorici del modello Costruttivista Intersoggettivo, sperimentandoli a livello pratico anche in questo intervento più mirato e focalizzato.

Lottica Costruttivista Intersoggettiva condivide con la fenomenologia il fare "epoche", sospendere il giudizio sulla realtà e fare spazio all'essenza dell'esperienza, nel qui ed ora. Lo sguardo del terapeuta è volto alla comprensione dell'altro, a vedere con gli occhi dell'altro piuttosto che ad utilizzare la spiegazione. Questo comporta che ogni modo di vedere e costruirsi il mondo ha una propria dignità e un proprio valore, al di là dei criteri di giusto o sbagliato.

Oltre ad essere l'orientamento utilizzato nel contesto delle singole terapie con Elena e Gabriele, in questo intervento di coppia abbiamo provato a passarlo ai nostri stessi pazienti nel loro approcciarsi alla visione dell'altro. Mettere da parte il giudizio (giusto/sbagliato) e provare a comprendere un modo diverso di vedere le situazioni e i vissuti, che va riconosciuto nel suo valore e rispettato; la soluzione non è quella di innalzare o abbassare uno dei due modi, ma di trovare strade alternative di ascolto e di incontro, co-costruite.

L'interazione tra pazienti e terapeuti si sviluppa attraverso canali differenti di comunicazione che coinvolgono le parole, il modo con cui le si usano, il corpo e il non verbale: "Il cambiamento in psicoterapia passa soprattutto attraverso la comunicazione implicita tra paziente e terapeuta (nel nostro caso pazienti e co terapeute) dal modo in cui interagiscono e creano implicitamente nuove esperienze relazionali diadiche ..." (Cionini, 2015, p. 170).

L'esperienza relazionale che abbiamo vissuto come co-terapeute "come coppia di lavoro" si è evoluta ed è cambiata nel corso delle sedute, quasi parallelamente all'evolversi delle nuove modalità sviluppate dai due pazienti. È stata una relazione complessa "a quattro mani" che ci ha permesso di "crescere insieme", un'esperienza intersoggettiva formativa ed arricchente, sia per noi terapeute, sia per i nostri pazienti, che tra gli esiti positivi nella "vita vissuta" ha visto anche la nascita del loro figlio, avvenuta ad ottobre 2024.

Riferimenti bibliografici

- Bromberg, P. M. (2012) *L'ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale*. Raffaello Cortina.
- Cionini, L., Mantovani, I. (2016). Leggere la dissociazione dell'esperienza del trauma relazionale: la psicoterapia nell'ottica costruttivista intersoggettiva. *Costruttivismi*, 3, 40-62. <https://doi.org/10.23826/2016.01.040.062>
- Cionini, L. (2015). Il linguaggio delle parole, del corpo e il linguaggio delle immagini nel processo di cambiamento. *Costruttivismi*, 2, 169-180. <https://doi.org/10.23826/2015.02.169.180>
- Giusti, E., Montanari, C., (2005). *La Co-psicoterapia, due è meglio di uno nell'efficacia ed efficienza*. Sovera Multimedia.
- Rosenberg, M. B. (2017). *Le parole sono finestre oppure muri. Introduzione alla comunicazione non violenta*. Esserci.

Le Autrici



Sara Costa, Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta presso Cesip di Firenze, svolge attività libero professionale a Firenze, Lucca e a Pisa con adulti, adolescenti e genitori; già Responsabile del progetto terapeutico per genitori tossicodipendenti con figli presso l'Associazione Ce.I.S di Lucca.

Email: costapsicosara@gmail.com

Lucia Mariotto, Psicologa, Psicoterapeuta, Docente presso il Cesip di Firenze, svolge attività libero professionale a Firenze e a Borgo San Lorenzo con adulti e coppie; Psicologa del Lavoro e delle Organizzazioni; Docente al Master II livello in Sviluppo Risorse Umane Dip. Scienze Politiche UniPi.

Email: l.mariottow@gmail.com

Citazione (APA)

Costa, S., Mariotto, L. (2024). Un'esperienza di co-conduzione di un intervento sulla comunicazione di coppia, con approccio costruttivista intersoggettivo. *Costruttivismi*, 11, 77-90. <https://doi.org/10.23826/2024.01.077.090>

COSTRUTTIVISMI, 11: 91-100, 2024
Copyright © AIPPC
ISSN: 2465-2083
[https://doi.org/
10.23826/2024.01.091.100](https://doi.org/10.23826/2024.01.091.100)



Il caso di Anna. Un percorso psicoterapeutico tra fobia e lutto complicato

The Case of Anna: A Psychotherapeutic Treatment through Phobia and Complicated Grief

Simone Pesci

Centro Studi Specialistici Kromos; ISFAR Istituto superiore Formazione Aggiornamento e Ricerca

RIASSUNTO

L'articolo racconta il percorso di Anna, 67 anni, che ha chiesto una psicoterapia per una fobia specifica, manifestazione sintomatica di un lutto non elaborato. Attraverso un approccio costruttivista intersoggettivo integrato con tecniche esperienziali e narrative, la terapia si è concentrata sulla perdita recente e sull'elaborazione di lutti complicati passati. La psicoterapia ha permesso ad Anna di trasformare la sua narrativa personale, portando a una significativa riduzione dei sintomi e a un cambiamento strutturale. L'articolo alterna il punto di vista della paziente con considerazioni cliniche del terapeuta, offrendo una visione globale del processo terapeutico e dei risultati ottenuti.

Parole chiave: lutto complicato, fobia, costruttivismo, tecniche esperienziali, ricostruzione di significato

ABSTRACT

The article tells the story of Anna, 67 years old, who sought psychotherapy for a specific phobia, a symptomatic manifestation of complicated grief. Through a constructivist intersubjective approach integrated with experiential and narrative techniques, the therapy focused on her recent loss and the processing of past complicated grief. Psychotherapy allowed Anna to transform her personal narrative, leading to a significant reduction in symptoms and a structural change. The article alternates between the patient's perspective and the therapist's clinical reflections, offering a comprehensive view of the therapeutic process and the results achieved.

Keywords: complicated grief, phobia, constructivism, experiential techniques, meaning reconstruction

Qui c'è la mia storia. Di come stavo male, di come sono partita e di quello che ho fatto per stare meglio, ma vi spiegherò via via. Prima lascio la parola al mio terapeuta.

L'articolo è la storia di un percorso di psicoterapia. È scritto in prima persona seguendo il punto di vista della paziente, Anna (nome di fantasia). Il racconto è intervallato dalle mie considerazioni cliniche. Ho scelto una modalità espositiva di tipo narrativo perché volevo dare uguale valore ad entrambe le prospettive, quella professionale e quella personale soggettiva del paziente. Ovviamente si tratta di una ricostruzione fittizia di una esperienza, anche se realizzata a partire da dati reali: Anna è stata una paziente che ho seguito presso il Centro Studi Specialistici Kromos di Firenze tra il 2023 e il 2024. Ho scelto di raccontare la storia clinica di Anna per mostrare da una parte il passaggio che ha portato a tradurre una richiesta apparentemente sintomatica in una terapia indirizzata ad un cambiamento più strutturale e complesso; dall'altra perché il caso può essere sintetizzato come una situazione di lutto complicato che si è espressa prevalentemente con un sintomo di tipo fobico specifico.

Revisione della letteratura

In letteratura le fobie e il lutto sono argomenti di interesse già da tempo. Gli studi sulle fobie e sui tipi di intervento hanno attraversato buona parte della storia della Psicologia e negli ultimi decenni si sono sviluppati numerosi modelli e protocolli di trattamento, prevalentemente di tipo comportamentale o cognitivo comportamentale.

Come riporta l'Istituto Superiore di Sanità (ISS, 2022) nel documento finale della *Consensus Conference* sulle terapie psicologiche per ansia e depressione, l'*American Psychological Association*, l'*American Psychiatric Association* e il *NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence* non hanno sviluppato linee guida specifiche per l'identificazione, la valutazione e il trattamento delle fobie specifiche. Ciononostante, nello stesso documento viene riportata una meta-analisi che ha dimostrato la sostanziale equivalenza di efficacia delle terapie cognitivo-comportamentali (CBT) e di quelle psicodinamiche nel trattamento dei disturbi d'ansia. Premesso questo, un aspetto che sembra tuttavia accomunare ogni tipo di terapia riguardante le fobie è il fatto che un intervento risulta efficace se favorisce la graduale esposizione all'oggetto fobico, riducendo i meccanismi che portano all'evitamento.

Per quanto riguarda il lutto complicato, pur in assenza di specifiche linee guida, ci sono in letteratura una serie di trattamenti che vengono considerati efficaci. Alcuni si indirizzano agli elementi più sintomatici, ad esempio i trattamenti di tipo cognitivo comportamentale (Onofri, Dantonio, 2010) che cercano prevalentemente di ridurre i sintomi ansiosi e l'evitamento; altri vedono il lutto complicato come una forma di esperienza traumatica e dunque tendono ad affrontare gli elementi traumatici, ad esempio attraverso le tecniche proprie dell'EMDR (Spierings, 2009); altri ancora, come ad esempio la psicoterapia interpersonale, interpretano il lutto complicato massimizzandone gli aspetti depressivi.

In riferimento al lutto prolungato/complicato come esperienza particolare e anche come categoria nosografica a se stante, viene sempre più spesso proposta la terapia cognitivo comportamentale di terza generazione oppure la terapia costruttivista e/o narrativa. Per psicoterapie CBT di terza generazione si intende un insieme eterogeneo di nuove forme di psicoterapia le quali si inseriscono in un processo evolutivo degli approcci comportamentali e cognitivo-comportamentali poiché integrano frequentemente tecniche esperienziali più o meno

orientate agli aspetti emotivi, narrativi e immaginativi (Presti e Miselli, 2018; Presti e Moderato, 2019).

Una recentissima meta-analisi (Santos e Soares, 2024) ha esplorato il contributo delle terapie narrative e della terapia costruttivista (Neimeyer, 2006; Neimeyer, 2006b; Neimeyer et al., 2010; Neimeyer, 2011) nel trattamento del lutto complicato. Lo studio ha rilevato che l'integrazione fra il lavoro sulle emozioni e ricostruzione di significato della perdita è un fattore altamente predittivo per il riadattamento dei pazienti al termine della terapia. Questo avviene sia in terapie puramente costruttiviste sia in altri tipi di terapia. Strategie di tipo costruttivista narrativo come la ri-narrazione o la conversazione immaginaria con il defunto si sono dimostrate particolarmente efficaci nella riduzione dei sintomi del lutto complicato, nella percezione soggettiva di benessere e nella trasformazione adattiva dei legami continui (Santos e Soares, 2024).

Il focus delle terapie costruttiviste sul ruolo della ricostruzione di senso nel lutto è cresciuto considerevolmente negli ultimi anni sia nella ricerca che nella pratica clinica offrendo risultati efficaci nel trattamento del lutto e del lutto complicato (Neimeyer, 2011).

In letteratura non si registrano studi che vedono combinati lutto complicato e fobie, sia quando questi disagi sono in comorbilità tra loro sia quando la fobia può essere interpretabile come manifestazione sintomatica di un lutto complicato.

Vi dico un po' di me (Descrizione del caso)

Mi chiamo Anna, ho 67 anni. Per anni ho fatto la fioraia, ora sono in pensione. Quando ho conosciuto il Dott. Pesci non stavo ancora bene, era un periodo proprio no. Il mio problema principale era la paura di andare in macchina. Non guidavo più da sei-sette mesi e anche come passeggero per me era una vera tragedia. Al massimo, e con sforzo, mi facevo accompagnare a fare la spesa all'ipermercato a due chilometri da casa. Eppure sono sempre stata una donna dinamica: motociclista, viaggiatrice, indipendente.

Andare in autobus, pullman, treno non mi creava nessun problema, ma la macchina sì. Le prime volte per andare in studio da Simone – poi ho imparato a chiamarlo così – mi facevo accompagnare. Ero proprio una palla!

La mia è una storia lunga: ho perso la mamma che ero giovane, molto giovane, e pochi mesi dopo il babbo. Non avevo che 18-19 anni e da allora mi sono dovuta fare forza. Fortunatamente c'era mia sorella maggiore che mi faceva da mamma e, almeno per qualche tempo, la zia. Quando ci lasciò pure zia Luisa ero già fidanzata e di lì a poco sposai mio marito.

Subito dopo due figlie, meravigliose, una casa tutta mia e qualcuno che mi voleva bene e ci teneva a me. Sono stati anni splendidi. Almeno fino ai miei 35 anni, quando morì mio marito, improvvisamente, lasciandomi ancora una volta nella condizione di dovermi rimboccare le maniche. Dei cinque anni successivi ricordo poco o niente: stavo male, ma facevo tante cose; ero triste, ma mi divertivo a giro con le amiche. Insomma, non so ben dire.

So solo che poi incontrai Roberto, il quale è diventato il mio compagno di vita per tutti gli anni successivi. Non ci siamo mai sposati, però è stata ed è una persona molto preziosa per me.

Certo, nonostante Roberto, io ogni settimana andavo almeno un paio di volte al cimitero a trovare mio marito, mio padre e mia madre. E se saltavo un appuntamento stavo male, mi sentivo un magone allo stomaco! Quando tornavo poi, magari due giorni dopo, portavo un fiore e mi scusavo con loro. Mio marito è stata la mia vita e anche se di Roberto sono innamorata, mio marito rimane sempre mio marito.

Ah! Dimenticavo la cosa più importante! L'ho capito dopo, in terapia, che era importante: sette mesi prima dell'inizio della terapia era morta la mia sorella maggiore. Sì, quella che mi aveva fatto da mamma.

La signora Anna è arrivata in studio con una domanda di tipo sintomatico legata alla paura di viaggiare in auto. Fin da subito, però, la richiesta non era centrata su un cambiamento sintomatico periferico, bensì indirizzata a ritrovare un equilibrio e un nuovo modo di star bene. Anna sapeva che il suo sintomo in realtà era l'elemento evidente di uno scoppio che si era venuto a creare in lei negli ultimi tempi. Pur non riuscendo a rintracciare da subito un collegamento con la perdita recente della sorella e con i vari lutti affrontati nella vita, intuiva che la difficoltà di andare in auto non era il reale problema da affrontare.

Anna ha subito la perdita dei genitori in modo improvviso quando ancora era molto giovane, dovendo costruire di sé l'immagine di donna fieramente indipendente e attiva. Avere avuto la sorella maggiore prima e il marito al proprio fianco poi ha costituito un fattore protettivo contribuendo all'elaborazione dei due lutti genitoriali. La perdita del marito, anche questa improvvisa e inaspettata, ha creato uno scoppio e una frattura nella narrativa di vita: Anna ricorda gli anni successivi in modo confuso e emotivamente ondivaghi, reazioni emotive evidentemente frutto di una complicazione del processo di elaborazione del lutto. Il lutto per la perdita del marito ha assunto dunque le caratteristiche proprie di un lutto complicato e prolungato (Prigerson, Horowitz et al., 2009; Lombardo, Lai et al. 2014; APA, 2014), innescando una serie di comportamenti compensativi conseguenti che pur non hanno alterato del tutto il funzionamento socio-relazionale, consentendole di vivere una relazione affettiva nuova con intensità e partecipazione.

L'incontro con il dott. Pesci (Approccio terapeutico)

Ho cominciato il percorso di psicoterapia in una giornata ventosa. Non ricordo se era ancora autunno oppure già inverno. Simone durante il primo incontro mi ha descritto il suo modo di lavorare. Mi ha detto che non avremmo lavorato sul mio problema di andare in macchina né sulla paura; cioè non avremmo lavorato per sconfiggere, togliere questa cosa. Avremmo lavorato per capire meglio me stessa, che significato aveva quel sintomo, provato a dar voce alle mie emozioni e ai bisogni e anche cercato di capire se e come gli eventi recenti avessero avuto un senso rispetto al problema attuale.

Da Simone sono andata quasi un anno tutte le settimane. Non ho saltato un incontro, ci andavo volentieri. Poi per un po' ci siamo visti in modo un po' diluito ed ora, da qualche settimana, non ci vado più. Ora sto bene, ma questo lo racconto dopo.

La difficoltà della paziente investiva più di una area di funzionamento e richiedeva un cambiamento generalizzato, non circoscritto cioè ad un problema momentaneo e contingente. Inoltre, vi erano evidenze di un lutto complicato e prolungato che si sommava alla necessità dell'elaborazione di una nuova recente perdita. Tutto ciò suggeriva la proposta di un intervento di tipo psicoterapeutico che in questo caso è stato impostato con una cornice teorico-epistemologica costruttivista intersoggettiva (Cionini, 2014; 2015; Cionini e Mantovani 2016; 2018), perfezionata, secondo un'ottica di integrazione assimilativa, con procedure derivanti dall'*Emotion Focused Therapy* (Greenberg, 2015; Greenberg e Watson, 2006; Watson e Greenberg, 2017) e con aspetti teorico-pratici specifici del lutto, derivanti dagli inter-

venti basati sulla ricostruzione di significato (Neimeyer, 2006; Neimeyer, Burke, Mackay, e van Dyke, 2009). Per questo, all'interno di un processo terapeutico che ha visto la partecipazione attiva di entrambi i membri della relazione, sono state proposte procedure relazionali, conversazionali, immaginative, esperienziali come ad esempio la tecnica delle due sedie per l'*unfinished business* (Greenberg, 2002), Capitoli della vita (Neimeyer, 2012), Corrispondenza con la persona deceduta (Neimeyer, 2012) e la tecnica *Connection box*.

Cosa ho fatto in terapia (Processo terapeutico)

Durante gli incontri cercavo di raccontare cosa mi succedeva. Le mie difficoltà quotidiane e i miei piccoli successi. Ero veramente determinata a cambiare rotta. Quella macchina dovevo riprenderla!

Il dottore mi chiedeva spesso come mi sentivo, come mi faceva stare quella cosa, mi chiedeva se e dove sentissi le emozioni sul mio corpo. All'inizio mi spazzava questa cosa, però guardando, mettendo l'attenzione sul mio corpo, su quel che sentivo al momento, le cose si facevano sempre più chiare. Capivo cosa mi serviva e che senso aveva quel che facevo. E mentre succedeva questo qualcosa stava cambiando: piano piano ho ripreso la macchina come passeggero, senza stressare chi avevo intorno, e ho vissuto gli anniversari della morte di mio marito, del matrimonio con lui, della morte della mamma con maggiore serenità. Dell'anniversario del matrimonio addirittura me ne sono ricordata due giorni dopo, quando Roberto me lo ha fatto notare!

A mano a mano che procedevo mi sembrava sempre più chiaro che la morte di mia sorella era rilevante ed è stata per me un duro colpo. Credo che Simone abbia avuto molto tatto nel farmi avvicinare al tema: era per me difficile all'inizio affrontare la questione. Le prima volte che la mente andava lì sentivo delle fitte al cuore e un magone allo stomaco molto simile a quando saltavo gli appuntamenti al cimitero con mio marito.

Ad un certo punto era chiaro a tutti e due, forse ce lo siamo anche detti, non ricordo, che dovevamo lavorare sul mio lutto, affinché potessi elaborarlo. O sui miei lutti, in effetti.

Il punto di svolta (Evoluzione del caso)

La svolta? Me la ricordo ancora. Stavo già meglio, avevo già ripreso a guidare in città, una volta mi ero pure avventurata in campagna, ma la vera svolta, quella che ha cambiato quasi d'improvviso le cose è stato il giorno in cui il dottore mi ha proposto di immaginarmi una scatola dove potessi mettere tutto l'occorrente per "mettermi in connessione" con mia sorella. Mi sono affidata in quel momento, ho sentito come un abbraccio da parte di Simone, e, quasi in automatico, mi è venuto da immaginare una corda. Una corda che mi legasse a mia sorella, ma una corda che potessi usare io tutte le volte che volevo per stare con lei, riponendola quando non mi serviva al sicuro. E quella corda quel giorno me la sono immaginata. L'ho usata per mio padre, mia madre, mio marito. Non so se lo potevo fare, e ho chiesto conferma a Simone che mi ha sorriso. L'ho usata e la uso tutt'ora quando voglio stare con loro. Però, è strano eh, paradossalmente ne sento meno la necessità.

Anna come punto di svolta narra il momento in cui è stata introdotta la tecnica "Connection box". La tecnica *Connection box* (Pesci, 2023) è una variazione messa a punto da me

della tecnica conosciuta come “La scatola dei ricordi”. Questa variante, nel caso di Anna realizzata solo in forma immaginativa, consiste nella creazione di una scatola speciale in cui la persona può raccogliere oggetti, immagini o ricordi che la aiutano a connettersi con la persona cara che ha perso. Si tratta in sintesi di avere in una stessa scatola 1) qualcosa che ricordi la persona che non c'è più e la relazione che si aveva con lui/lei, 2) qualcosa che aiuti a mettersi in contatto con la persona deceduta e 3) qualcosa che consenta di ricevere un messaggio da questa.

La *Connection Box* a differenza della *Memory Box* classica non sollecita soltanto il ricordo, ma pone l'attenzione sul dialogo con la persona defunta al fine di corroborare la creazione di un legame continuo. È importante per questo essere sicuri che il paziente sia in grado di accedere all'esperienza sapendo che il legame continuo che si viene a creare deve essere qualcosa di diverso dal legame precedente e soprattutto che la persona che non c'è più vive dentro di noi e non da qualche parte nell'universo.

L'incontro con Anna nel quale ho proposto di immaginarsi la creazione di una *connection box* è stato in effetti significativo per il processo terapeutico. Dal punto di vista professionale, quando ho sentito che ci sarebbe stata la possibilità di lavorare sul legame continuo tra Anna e la sorella, ho chiesto di introdurre la tecnica: a creare un momento trasformativo potente e fecondo più che la tecnica, tuttavia, è stato il suo valore procedurale, ovvero il modo con cui ci siamo dati la possibilità di fare l'esperienza, riconoscendo l'un l'altro la capacità di stare in quel dolore e rintracciando in quel momento relazionale il contenitore più adatto per vivere l'attività in modo sufficientemente poco minaccioso. Quell'incontro ha segnato la terapia e più volte è ritornato presente nel nostro lavoro, nelle memorie, nell'intesa fra noi.

Come sto ora (Risultati)

Come dicevo prima ora sto bene. Guido quando e quanto mi pare. Salgo da passeggero e non rompo. A parte l'autostrada guido ovunque. Al cimitero ci vado quando voglio. Continuo ad andarci, ma se mi va. A volte non entro nemmeno: faccio ciao con la manina da fuori e vado a fare le cose mie. Qualche volta dico una preghiera per mia sorella, ringraziandola per quello che ha fatto per me. E ho ripreso a vivere. Se avessi qualche anno in meno riprenderei anche la moto: no, forse no, ma mi piace immaginare di poterlo fare se ne avessi voglia.

Ogni tanto mi chiedo se avrei potuto arrivare a questo da sola, come ho fatto sempre nella vita; ad ogni modo con il dottore mi sono trovata bene e sento che mi è stato a fianco in un periodo difficile. Non è stata proprio una passeggiata, eh!

Lo ringrazio, e ringrazio me stessa, dandomi credito, come diceva lui, per quello che ho saputo fare.

I risultati ottenuti sono osservabili sia su un piano sintomatico e comportamentale sia su un piano di cambiamento interno. Oltre alla regressione dei sintomi e al contenimento dello scompenso, Anna ha saputo trasformare la sua narrativa di vita, riscrivendo la sua storia passata e modificando la costruzione di sé nel presente. Ha ripreso così il proprio movimento verso un futuro meno vincolato dalla sua storia di perdite e traumi ripetuti.

La terapia ha aiutato Anna a comprendere che il sintomo fobico era l'espressione di una parte di sé vulnerabile: connettendosi alla propria vulnerabilità, Anna ha modificato le condizioni che la spingevano a proteggersi dalla paura di nuove perdite (“avevo molta paura di perdere anche lui [Roberto, ndr]”, ad allontanare l'esperienza emotiva e a evitare di esporsi in

un mondo che sentiva minaccioso. Dandosi la possibilità di accogliere e non respingere la propria parte vulnerabile (“dopo tutte queste brutte cose ci sta che io soffra”), la paziente è riuscita a reinterpretare la propria autonomia come una scelta consapevole e non dettata dal bisogno di autoprotezione (“ho sempre cercato di rialzarmi, ma questa volta avevo più paura...sentivo...sentivo il bisogno di restarmene al sicuro”; “piano piano ho visto che potevo anche tremare, oppure no...”). Anna ha inoltre rielaborato il legame con le persone perdute come un ponte affettivo da attivare a piacimento: questo ha avuto un effetto liberatorio, sollevandola dal peso dell'assenza e facendole vivere più pienamente il presente. La paziente progressivamente ha avuto più fiducia nelle proprie risorse e si è concessa la possibilità di gestire le situazioni più rischiose per lei come guidare l'auto. Ha inoltre trasformato il suo modo di vivere le emozioni legate ai ricordi dolorosi e ai momenti vuoti accogliendo in modo flessibile una gamma più ampia di emozioni (“provare dolore l'ho lasciato da una parte per tanto... ma il dolore c'è, eh! Però va bene così”). Tutto questo ha dato ad Anna la possibilità di creare una narrazione che non vede il passato solo come una serie di traumi e lutti ai quali ha reagito con tenacia, ma come un intreccio di legame significativi, fatti di momenti belli e di momenti brutti. La memoria dei suoi cari è divenuta parte di un continuo affettivo presente ma non oppressivo con cui convivere con serenità (“ne ho passate tante che ne anche mi ricordo...mio marito, mia sorella non so spiegare del tutto: mi sembrano presenti più di prima però meno ingombranti, ecco...”).

Come è andata la terapia secondo me (Discussione)

Ero arrivata con un problema. Intuivo che quel problema non esisteva da solo. Andando avanti ho capito come era connesso ai miei dolori, recenti e passati. Mi sono presa cura di me stessa, dandomi lo slancio per ripartire. Ho usato Simone come appoggio, compagno, trampolino, cambiando alcune parti di me, masticando il mio dolore e riprendendo la strada, letteralmente. Non ci ho messo tanto, almeno come tempo; però ci ho messo impegno: forse ce l'avrei fatta da sola, ma alla mia età forse era l'ora di lasciare che qualcuno mi desse una mano.

I risultati sono in linea con le aspettative della paziente e con gli obiettivi fissati all'inizio della terapia. La terapia è stata relativamente breve, seppur non focalizzata né sul sintomo né sul lutto, e ha avuto un andamento tendenzialmente positivo. Si ritiene che Anna abbia colto il momento di crisi come una vera opportunità, trovando nella relazione con il terapeuta l'occasione per quella che Alexander (1946) chiamava “esperienza emozionale correttiva”.

Questo caso da un punto di vista teorico ci suggerisce l'importanza di una attenta analisi della domanda e della co-costruzione della terapia: soffermarsi solo sulla richiesta più evidente, peraltro sintomatica, e rispondere solo ad essa probabilmente non avrebbe consentito alla paziente di affrontare le cause della propria difficoltà. Aver saputo costruire con Anna obiettivi terapeutici più ampi e più complessi del solo sintomo ha dato avvio ad un percorso ricco e articolato. Sul lato tecnico il caso ci insegna che le tecniche affinché siano realmente efficaci e trasformative devono essere usate in modo procedurale e possono assumere un grande valore solo se vengono considerate veri e propri atti relazionali, solo se fanno parte di un “viaggio affettivo condiviso” (Stern, 2005).

Chiaramente la terapia con Anna non è stato un percorso clinico standardizzato o protocollato; perciò non è possibile generalizzare i risultati o prenderlo a modello come standard per la terapia delle fobie o del lutto persistente.

Conclusioni

Il caso di Anna dimostra come, attraverso una psicoterapia centrata non tanto sul sintomo quanto sulla comprensione profonda dei vissuti emotivi del paziente, si possa ottenere un cambiamento significativo e duraturo. La terapia ha consentito ad Anna di rielaborare il suo dolore e di costruire un nuovo equilibrio emotivo, non solo risolvendo la fobia legata all'uso dell'auto, ma permettendole di affrontare i suoi lutti non risolti. Questo caso evidenzia l'importanza di un approccio integrato, che unisca l'aspetto narrativo e relazionale alla dimensione emotiva, mostrando come tecniche innovative usate in modo procedurale possano favorire la creazione di nuovi legami con le persone perdute. Il successo del percorso sottolinea la necessità di co-costruire con il paziente obiettivi terapeutici che vadano oltre la risoluzione del sintomo, per abbracciare un cambiamento più complesso e profondo.

Riferimenti bibliografici

- Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. Ronald Press.
- American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi Mentali, Quinta edizione (DSM-5)*, trad. it. Raffaello Cortina, 2014.
- Cionini, L. (2014). La persona del terapeuta come strumento del cambiamento: implicazioni per il processo formativo. *Costruttivismi*, 1(1), 29-33.
- 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.
- 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.
- Cionini, L., & Mantovani, I. (2018). Laura e il caos dei sentimenti. *Costruttivismi*, 5(1-2), 7-13.
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. APA Books.
- Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2006). *EFT for depression*. APA Books.
- Greenberg, L. S. (2002). Resolving unfinished business: Relating process to outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 406-416.
- ISS (2022). *Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione. Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione*. Istituto Superiore di Sanità. (Consensus ISS 1/2022).
- Lombardo, L., Lai, C. et al. (2014). Eventi di perdita e lutto complicato: verso una definizione di disturbo di sofferenza prolungata secondo il DSM-5. *Rivista Italiana di Psichiatria*, 49(3), 106-114.

- Neimeyer, R. (2006a). Complicated grief and the reconstruction of meaning: Conceptual and empirical contributions to a cognitive-constructivist model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 141-145.
- Neimeyer, R. (2006b). Complicated grief and the quest for meaning: A constructivist contribution. *Journal of Death and Dying*, 52(1), 37-57.
- Neimeyer, R. (2011). Reconstructing meaning in bereavement. *Rivista di Psichiatria*, 46(5-6), 332-336.
- Neimeyer, R. (Ed.) (2012). *Techniques of grief therapy*. Taylor and Francis/Routledge.
- Neimeyer, R., Burke, L. A., Mackay, M. M., & van Dyke, G. J. (2009). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 73-83. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9135-3>
- Neimeyer, R., Burke, L., McKay, M. & Stringer, J. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: from principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(20), 78-83.
- Onofri, A., e Dantonio, T. (2010). La terapia del lutto complicato. Interventi preventivi, psicoeducazione, prospettiva cognitivo-evoluzionista, approccio EMDR. *Psicobiettivo*, 2009, 3.
- Pesci, S. (2023). Connection box: una tecnica per aiutare i bambini ad elaborare il lutto. In <https://isfar-firenze.it/articoli/connection-box-una-tecnica-per-aiutare-i-bambini-ad-elaborare-il-lutto>
- Presti, G., e Miselli, G. (2018). Acceptance and commitment therapy. In Melli, G., & Sica, C., *Fondamenti di psicologia e psicoterapia cognitivo comportamentale. Modelli clinici e tecniche d'intervento*. Erickson.
- Presti, G., e Moderato, P. (2019). *Pensieri, parole, emozioni. CBT e ABA di terza generazione: basi sperimentali e cliniche*. Franco Angeli.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J. et al., (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *Plos Medicine*, 6(8).
- Santos, P., & Soares, L. (2024). Theoretical-practical guidelines for mental health professionals on complicated grief: a systematic review based on narrative therapy. *Psychology and Behavioural Science*, 22(1), Summer.
- Spierings, J. (2009). EMDR and mourning. *European Congress EMDR Europe*, Amsterdam.
- Stern, D. N. (2005). *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*. Raffaello Cortina.
- Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (2017). *Emotion focused psychotherapy for generalized anxiety disorder*. APA Books.

L'Autore



Simone Pesci, Psicologo, Psicoterapeuta, lavora presso il Centro Studi Specialistici Kromos dove si occupa di Counseling e Psicoterapia individuale, Terapia di coppia e Consulenza Genitoriale. Integra l'approccio costruttivista intersoggettivo con tecniche immaginative ed esperienziali derivanti dall'*Emotion Focused Therapy*, dalla Terapia Immaginario fantasmatica e da altri approcci. Particolarmente interessato al *Grief Counseling* e alla *Grief Therapy*, ha ideato il *The Grief Maze Game*, promo gioco da tavolo di tipo professionale in Italia finalizzato all'elaborazione del lutto. In ambito formativo svolge docenze sulla psicologia del lutto, l'adolescenza, la consulenza genitoriale, e in generale su temi riguardanti la clinica individuale e di coppia.

Email: simonepesci@isfar-firenze.it

Citazione (APA)

Pesci, S. (2024). Il caso di Anna. Un percorso psicoterapeutico tra fobia e lutto complicato. *Costruttivismi*, 11, 91-100. <https://doi.org/10.23826/2024.01.091.100>