



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**

Dipartimento di Psicologia Generale

Scuola di Dottorato di Ricerca in Scienze Psicologiche  
Indirizzo di Psicologia Sociale e della Personalità  
Ciclo XXI

***L'AGIRE TERAPEUTICO***

**Le Teorie sul Cambiamento  
tra Rappresentazioni Sociali e Individuali**

Direttore della Scuola: Ch.mo Prof. Luciano Stegagno

Supervisore: Ch.ma Prof.ssa Alberta Contarello

Dottorando: Diego Romaioli



# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	9
<b>I Capitolo IL MONDO DELLE PSICOTERAPIE</b>	13
1.1 Istituzioni e costrizioni: norme di contesto per il gioco della psicoterapia	13
1.2 La teoria come punto di riferimento: assunzioni e implicazioni dei modelli terapeutici	14
1.3 Dalle teorie formali alle pratiche informali	18
<b>II Capitolo LA CORNICE EPISTEMOLOGICA</b>	20
2.1 Il cambiamento come atto conoscitivo	20
2.2 La coordinazione sociale come significato	21
2.3 Il linguaggio come costruttore di realtà	23
2.4 Le teorie come espedienti retorici	25
<b>III Capitolo LA PROSPETTIVA TEORICA</b>	27
3.1 La teoria delle rappresentazioni sociali	27
3.2 La svolta narrativa	30
3.3 La teoria dell'azione diretta a scopo	33
3.4 GDA e scuole psicoterapeutiche	38
<b>IV Capitolo PRIMO STUDIO - LE TEORIE NAIVE SUL CAMBIAMENTO E LA FORMAZIONE DELLE CONOSCENZE SPECIALISTICHE</b>	40
4.1 Il sapere quotidiano sul cambiamento	40
4.2. Approfondimenti teorici	41
4.2.1 Asserti scientifici e affermazioni di senso comune	41
4.2.2 Il processo di ancoraggio e la formazione di nuovi saperi	45
4.2.3 Obiettivi del primo studio	44
4.3 Metodologia	45
4.3.1 Partecipanti	45
4.3.2 Il questionario di commento al caso clinico	46
4.3.3 L'intervista narrativa	47
4.3.4 Criteri di analisi	48
4.5 Risultati del primo studio	50
4.5.1 La rappresentazione del problema psicologico	51
4.5.1.1 Il problema come 'malattia'	51
4.5.1.2 Il problema nello "specchio degli altri"	53

4.5.2 La rappresentazione della stabilità del problema	54
4.5.2.1 Relazioni e psicoanalisi popolare	54
4.5.2.2 Dalla ‘causa’ ai processi di mantenimento	56
4.5.3 La costruzione degli obiettivi e delle strategie	58
4.5.3.1 Spiegazioni, consigli e chiacchierate	58
4.5.3.1 Informazioni e diagnosi	61
4.5.4 Le condizioni del cambiamento: motivazione e volontà come principi esplicativi	63
4.6 Discussioni sul primo studio	65
4.7 Verso un cambiamento individualista	68
<b>V Capitolo SECONDO STUDIO - I NUCLEI FIGURATIVI DEL SAPERE TERAPEUTICO: OGGETTIVAZIONI DEL “PROBLEMA PSICOLOGICO” E DEL “CAMBIAMENTO” IN PSICOTERAPIA</b>	69
5.1 Quali “oggetti” per la psicoterapia?	69
5.2 Approfondimenti teorici	70
5.2.1 Realtà mediate: i processi di oggettivazione	70
5.2.2 Obiettivi del secondo studio	71
5.3 Metodologia	72
5.3.1 Partecipanti	72
5.3.2 L’intervista episodica (1): immagini e conoscenza	73
5.3.3 Criteri di analisi	75
5.4 Risultati del secondo studio	76
5.4.1 I terapeuti cognitivo-comportamentali e la metafora dell’enciclopedia	76
5.4.2 I terapeuti costruttivisti e la metafora del movimento	78
5.4.3 I terapeuti psicodinamici e la metafora dell’albero	79
5.4.4 I terapeuti sistemici e la metafora della rete	81
5.4.5 Sistemi generici e specifici: le metafore condivise	82
5.5 Discussioni sul secondo studio	87
5.6 La cristallizzazione dei significati	89
<b>VI Capitolo TERZO STUDIO - LA DIMENSIONE CONCETTUALE DELLE RAPPRESENTAZIONI SOCIALI: TEORIE SUL CAMBIAMENTO E PERCORSI DI SEGMENTAZIONE DELL’AGIRE TERAPEUTICO</b>	90
6.1 Costruzione e de-costruzione di difficoltà psicologiche	90
6.2 Approfondimenti teorici	91
6.2.1 Sistemi di relazione e azioni dirette al cambiamento	91

6.2.2 Obiettivi del terzo studio	92
6.3 Metodologia	93
6.3.1 L'intervista episodica (2): articolazioni del sapere	93
6.3.2 Procedure di analisi	97
6.3.2.1 I <i>software</i> Nud.Ist e Spad	97
6.3.2.2 L'analisi del contenuto con Nud.Ist	98
6.4 Risultati e discussioni del terzo studio	105
6.4.1 Le rappresentazioni del problema psicologico	106
6.4.1.1 Il problema come ' <i>cosa</i> ' che ho	107
6.4.1.2 Il problema come ' <i>cosa</i> ' che invento	109
6.4.1.3 Il problema come ' <i>cosa</i> ' che sono	110
6.4.1.4 Il problema come ' <i>cosa</i> ' che subisco	112
6.4.2 Giustificare la permanenza: la costruzione delle "cause"	114
6.4.2.1 <i>Cogito ex machina</i>	114
6.4.2.2 L'errore ermeneutico	116
6.4.2.3 L'interiorità in rivolta	117
6.4.2.4 La 'morsa' degli altri	119
6.4.3 La costruzione sociale degli obiettivi	121
6.4.3.1 Tecnocrazia	122
6.4.3.2 Tutto è relativo, questa è la verità	125
6.4.3.3 Dov'era l' <i>Es</i> sarà l' <i>Io</i>	127
6.4.3.4 <i>Divide et impera</i>	130
6.4.3.5 Ibridazioni e pluralismi al di là dei confini delle mappe teoriche	132
6.4.5 L'organizzazione dell'azione terapeutica	133
6.4.5.1 Valutare	135
6.4.5.2 Comprendere	139
6.4.5.3 Sentire	140
6.4.5.4 Condividere	143
6.4.6 Le valutazioni del cambiamento: le rappresentazioni della "realtà cambiata"	146
6.4.6.1 "Ora lo so fare"	150
6.4.6.2 "Ora la vedo diversamente"	153
6.4.6.3 "Ora mi conosco"	153
6.4.6.4 "Ora cambio casa"	156
6.4.7 Le condizioni di attuazione del processo di cambiamento	158

6.4.7.1 Cercansi persone capaci, impegnate e diligenti	159
6.4.7.2 Creativi sì, ma anche fortunati	160
6.4.7.3 Miserabili e di talento, meglio se di sana e robusta costituzione	165
6.4.7.4 Mal comune mezzo gaudio	165
6.4.8 Il cambiamento: da processo a fenomeno	166
6.5 Rappresentazioni sociali e <i>formae mentis</i>	170
<b>VII Capitolo QUARTO STUDIO - UN ABITO PER OGNI OCCASIONE:</b>	
<b>LA CONOSCENZA DEI TERAPEUTI NELLA VITA QUOTIDIANA</b>	174
7.1 I contesti della conoscenza	174
7.1.1 Oltre la porta dello studio di psicoterapia	174
7.1.2 Obiettivi del quarto studio	174
7.2 Metodologia	175
7.2.1 L'intervista episodica (3): contesti di indagine	175
7.2.2 Implicazioni metodologiche	178
7.2.3 Criteri di analisi	179
7.4 Risultati del quarto studio	180
7.4.1 La costruzione del problema psicologico	180
7.4.1.1 Normalizzazioni ed eufemismi	180
7.4.1.2 L'eccezione alla 'teoria'	187
7.4.2 La costruzione delle strategie terapeutiche	187
7.4.2.1 L'opzione dei consigli	187
7.4.2.2 Formazione e terapia vs. creatività e vita quotidiana	190
7.4.3 Rappresentazioni sociali individuali: interconnessioni tra sistemi	190
7.5 Discussioni sul quarto studio	196
7.6 Contesti normativi e agire situazionale	197
<b>VIII Capitolo QUINTO STUDIO - I SISTEMI DI CONOSCENZA DEI TERAPEUTI</b>	
<b>TRA RAPPRESENTAZIONI SOCIALI E INDIVIDUALI: PRASSI INFORMALI,</b>	
<b>EVOLUZIONE DEI MODELLI E FORME DI ECLETTISMO IN PSICOTERAPIA</b>	199
8.1 Polifonie e forme di eclettismo in psicoterapia	199
8.2 Approfondimenti teorici	202
8.2.1 L'organizzazione narrativa delle rappresentazioni sociali	202
8.2.2 Rappresentazioni sociali e rappresentazioni sociali individuali	203
8.2.3 Obiettivi del quinto studio	203
8.3 Metodologia	204

8.3.1 L'intervista episodica (4) e l'intervista interattiva	204
8.3.2 Criteri di analisi	207
8.4 Risultati del quinto studio	209
8.4.1 Le RSI convenzionali: sovrapposizioni e comunanze tra modelli di intervento	209
8.4.2 Condizioni principali di emersione della conoscenza idiosincratica	211
8.4.3 Le RSI privatizzate: gestione e giustificazione dei modelli eclettici in terapia	216
8.4.4 Strutture di conoscenza e modalità di gestione dell'eclettismo in terapia	220
8.4.5 La psicoterapia tra dogma e rigore: i sistemi ortodossi di conoscenza	226
8.5 Discussioni sul quinto studio	226
8.6 Evoluzione dei modelli tra moniti e potenzialità	229
<b>RIFLESSIONI CONCLUSIVE</b>	231
9.1 Un breve sommario	231
9.2 Considerazioni metodologiche: critiche, soluzioni, dubbi	233
9.3 Epistemologia e psicoterapia: per una meta-teoria sull'intervento	235
9.4 Il pragmatismo riflessivo	238
9.5 Direzioni comuni: alcune proposte per una psicoterapia riflessiva	239
9.6 Tranelli e riforme: contro i presupposti taciti della ricerca	240
<b>RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI</b>	246
<b>Appendice I Informazioni contestuali (studenti)</b>	256
<b>Appendice II Questionario (studenti)</b>	257
<b>Appendice III Protocollo intervista narrativa</b>	258
<b>Appendice IV Protocollo intervista episodica</b>	259
<b>Appendice V Informazioni contestuali (esperti)</b>	261
<b>Appendice VI <i>Structure Laying Technique</i></b>	262



# INTRODUZIONE

*Funes... era quasi incapace di idee generali, platoniche. Non solo gli era difficile di comprendere come il simbolo generico “cane” potesse designare un così vasto assortimento di individui diversi per dimensioni e forma; ma anche l’infastidiva il fatto che il cane delle tre e quattordici (visto di profilo) avesse lo stesso nome del cane delle tre e un quarto (visto di fronte). Il suo proprio volto nello specchio, le sue proprie mani, lo sorpredevano ogni volta.*

J.L. Borges

Il frammento di testo citato in epigrafe è tratto da “*Funes, o della memoria*”. Un racconto di Jorge Luis Borges in cui viene proposto uno scenario paradossale: l’estendersi delle capacità mnemoniche del protagonista, sopraggiunte magicamente dopo una caduta da cavallo, ha modificato in modo radicale le sue abilità mentali, rendendolo ora in grado di discernere minuzie e cambiamenti in tutto ciò che lo circonda. Una nuova realtà che, per *Funes*, comincia a essere *routine* quotidiana; quasi uno stato di necessità che, col trascorrere del tempo, pare diventargli a poco a poco insopportabile. Ciò che infastidisce *Funes* non è solo la sua traboccante memoria, la sua vivida acutezza, o la sua sensibilità. Non è restando chiuso nella sua stanza che egli avverte con più forza il fatto di vivere ‘insolitamente’. Ma è soprattutto nel confronto con gli altri. E’ durante le conversazioni con chi gli sta attorno, o con chi si prende la briga di andarlo a trovare, che *Funes* coglie meglio, come in uno specchio, la sua diversità e il suo cruccio: quello di poter scrutare i cambiamenti da vicino. Quello di sapere fino in fondo che le ‘cose’ non sono fisse. E che forse, la stabilità a cui tutti siamo affezionati altro non è che una convenzione, per certi versi, facilmente corruttibile. Si stupisce *Funes*, quando così ingenuamente i suoi interlocutori disquisiscono del mondo adoperando terminologie per lui inadeguate, così sterili in quanto fondate sulle astratte “categorie platoniche”; parole ridondanti per designare, con un unico concetto, la varietà mutevole delle tante ‘cose’. Quasi avessero costoro la necessità di una assicurazione: che le ‘cose’, cioè, permangono e non mutano. Nel fluido mondo di *Funes*, effettivamente, il cambiamento è un concetto privo di senso, proprio in virtù della sua ovvietà. Per il semplice motivo che è invece la *stabilità* delle ‘cose’ e delle persone a non essere una questione “ovvia” come sembra: ovvero, questa qualità non è presente nel *mondo là fuori* così come la maggior parte di noi avrebbe la tendenza a dare per scontato. Con questo, non si sta affermando che lo sguardo umano sia per lo più distratto o ineducato a cogliere dei cambiamenti. Si sta dicendo innanzitutto che il cambiamento, come processo o come semplice intenzionalità (di qualcuno che, ad esempio, desidera cambiare), si rende praticabile solo all’interno di una *costruzione* condivisa. Parlando di costruzione mi riferisco qui ad un sistema simbolico comune che permette di rendere intelligibile l’esperienza passata e di anticipare quella futura.

Infatti, sono proprio questi sistemi simbolici (e non dei talenti mnemonici come quello di *Funes*) che possono orientare le nostre percezioni e consentirci di raffinare delle prassi volte a generare (per sé o per gli altri) dei processi di cambiamento. Quanto si vuole prendere in considerazione, in questa tesi, è dunque la realtà che si configura di fronte ad una persona che decide di cambiare, o che decide di voler aiutare qualcuno a cambiare, tentando di rendere salienti i percorsi concettuali (in termini di costruzione di mete ed azioni) considerati legittimi in questo scenario.

Prima di presentare il lavoro è comunque opportuno condividere con il lettore una nota importante: così come per *Funes* il cambiamento poteva suonare come una parola vuota, perché non identificava un fenomeno ‘particolare’ della realtà che viveva, anche per noi sarà opportuno parlare di ‘cambiamento’ non identificandolo con un referente nel mondo. Sarebbe difatti sconveniente, per l’analisi conoscitiva che ci prefiggiamo, mantenersi ad un livello ingenuo di configurazione del fenomeno: come accenneremo nella sezione dedicata all’epistemologia della ricerca, qui non ci occuperemo ‘direttamente’ del cambiamento. Il cambiamento è per noi sondabile solo in funzione di una teoria, di una costruzione e non ha ragione di ‘esistere’ al di fuori di essa. Così, una volta ammesso che gli elementi del cambiamento a noi accessibili sono solo ‘rappresentazioni’ del cambiamento, è sensato domandarsi quale sia l’organizzazione di queste rappresentazioni, su quali sistemi di conoscenza si reggono e come questi consentono di elaborare obiettivi, consapevolezze o azioni rivolte al cambiamento. Di più, nella presente ricerca si vorrebbe cogliere l’occasione per studiare tali rappresentazioni all’interno della categoria professionale che fa proprio del cambiamento una ‘missione’, un’ipotesi di lavoro: è quanto accade per gli psicoterapeuti.

Il mondo delle psicoterapie si regge infatti su presupposizioni (più o meno) condivise rispetto a ciò che può dirsi stabile o mutabile della natura umana; su queste costruzioni vengono legittimate prassi di intervento, istituzioni correttive, corporazioni professionali. Tutte impegnate ad aver la meglio in una sfida continua: quella di dimostrare ai propri clienti e interlocutori che la realtà problematica da loro vissuta è, tutto sommato, modificabile. E se non lo è in maniera illimitata (come per il nostro *Funes*), almeno che si mostri suscettibile di ‘qualche’ cambiamento. Sulla parola ‘qualche’ si sviluppa il seguito di questa tesi.

Il lavoro si propone infatti come una forma di *eterotopia*. Un concetto coniato da Foucault (1966) per indicare un luogo aperto su altri luoghi, la cui funzione è quella di mettere in comunicazione degli spazi tra di loro. In questi termini la ricerca è innanzitutto un’indagine volta ad amplificare voci silenti e a moltiplicare punti di vista, offrendosi come territorio (parzialmente) neutro entro il quale diverse figure impegnate a rappresentarsi il cambiamento possono entrare in dialogo tra loro. Qui trovano spazio, in particolare, i professionisti della psicoterapia e le loro “pratiche informali”,

ma anche opinioni critiche di studenti in formazione o riflessioni rivolte, per la maggior parte, a ricercatori accademici di psicologia clinica.

Per meglio orchestrare questa polifonia, la ricerca è stata articolata in cinque studi principali, fortemente interconnessi l'uno all'altro. Il primo studio (cap. IV) è stato condotto con studenti frequentanti il primo e il quinto anno della Facoltà di Psicologia. Il contributo vuole prendere in considerazione le modalità conoscitive attraverso cui i partecipanti riorganizzano il sapere personale circoscritto alle teorie sul cambiamento. La possibilità di ricostruire, a partire da questi resoconti, delle teorie di senso comune diffuse è anche il motivo per cui si è deciso di presentare questo studio prima di tutti gli altri: l'individuazione di temi chiave per questo gruppo ci consente infatti di proporre un discorso evolutivo sulle rappresentazioni del cambiamento e di compiere inferenze circa gli aspetti di divergenza e similarità riscontrabili dal confronto con le conoscenze specialistiche maturate dagli psicoterapeuti. I restanti quattro studi (capp. V-VI-VII-VIII) invece sono stati condotti con un gruppo di psicoterapeuti. I contributi si riferiscono ad un protocollo di intervista piuttosto articolato da cui si è estratto il materiale empirico sul quale si sono svolte le analisi. Questo è stato segmentato in parti diverse, in funzione di specifiche domande di ricerca (esposte all'inizio di ciascuna sezione) e di procedure metodologiche differenziate grazie alle quali si è tentato di rispondere ai quesiti sollevati. Il capitolo V propone un'indagine delle dimensioni iconiche legate alle rappresentazioni del cambiamento nel gruppo dei terapeuti. Il capitolo VI, strettamente associato al precedente, prende in considerazione le dimensioni concettuali delle rappresentazioni sul cambiamento. Il capitolo VII si propone di sondare il modo in cui la conoscenza terapeutica venga agita nel contesto della vita quotidiana. Mentre il capitolo VIII prende in considerazione il modo in cui le competenze specialistiche siano costantemente riorganizzate entro sistemi di conoscenza più articolati di quelli prescritti dalle matrici di "scuola".

Il lavoro risente, nella sua esposizione, di alcune preferenze stilistiche che non hanno reso possibile la costruzione di un discorso unitario. Infatti, una prima scelta organizzativa sul materiale di ricerca ha voluto privilegiare la presentazione dei singoli studi come capitoli a sé stanti e, almeno sommariamente, 'autosufficienti'. Ciascun lavoro cioè propone, oltre alla descrizione e al commento dei risultati, anche approfondimenti teorici e metodologici specifici, con l'obiettivo di imbastire un filo del discorso che potesse essere esauriente (anche se non esaustivo) nella sua parzialità. Nonostante i diversi capitoli si completino a vicenda, contribuendo a vario titolo ad arricchire il quadro più generale della ricerca, ogni studio amplifica alcuni dettagli a detrimento di altri, sulla base della pertinenza con il tema trattato. Un'avvertenza importante, tuttavia, è quella di considerare soprattutto le sezioni metodologiche come in dialogo tra loro. Almeno per quanto concerne i quattro studi relativi agli psicoterapeuti, sebbene le procedure di analisi seguite siano

esposte in sezioni diverse, è opportuno considerare i dettagli descritti in un capitolo (ad esempio le procedure di codifica riportate nel capitolo VI) come rilevanti anche per tutti gli altri studi. A questo proposito, comunque, la tesi è arricchita da note che hanno l'intento di facilitare il lettore a richiamare concetti o procedure elencate in altre parti, principalmente al fine di approfondire e giustificare opzioni metodologiche o procedurali.

Una seconda scelta che devia in parte da forme espositive più tradizionali, dipende dall'impossibilità di distinguere chiaramente tra un "momento empirico", (di presentazione dei risultati) e un "momento interpretativo" (in cui si tenta di collegare i risultati all'interno di una teoria). Come verrà ampiamente chiarito dai presupposti teorico/epistemologici del presente lavoro, qui l'aspetto 'empirico' può essere approssimato, solo per convenzione, ad una "variabile di ricerca", nel senso che non corrisponde ad un insieme di elementi fattuali. La ricerca segue infatti un approccio ermeneutico, dove le scelte interpretative permeano costantemente l'intera produzione del lavoro di ricerca, mostrandosi con più evidenza nelle fasi di commento, ma continuando tacitamente ad orientare lo sguardo anche durante la presentazione dei 'dati'. Ogni studio, quindi, pur mostrando una suddivisione volta a separare l'esposizione dei risultati da quella delle discussioni, si concede delle digressioni, aprendo e chiudendo parentesi, tracciando relazioni o sollecitando interpretazioni anche laddove il canovaccio più tradizionale avrebbe previsto una progressione per compartimenti separati e uno stile più marcatamente realista.

Oltre a questa impostazione di "frammentarietà programmatica", il lavoro risulta fortemente connesso alla condizione privilegiata del suo autore: cioè quella di uno studente *in formazione* il cui proposito, previsto istituzionalmente, era quello di perseguire "un'evoluzione di pensiero". Così, se la ricerca è stata abbozzata all'interno di una filigrana di riflessioni, questa si è anche realizzata entro una dimensione diacronica, diventando essa stessa specchio e oggetto di interlocuzione di mutevoli consapevolezza. Queste non sono da intendersi come le consapevolezza mirabolanti di *Funes*: la tesi letta alle tre e quattordici è la stessa di quella riletta alle tre e un quarto. O quasi. Allo stesso tempo, però, essa è anche il risultato di un processo di *cambiamento*: per certi aspetti, infatti, il contenitore della tesi è stato teatro di sacrifici, almeno per alcune delle idee che l'avevano resa praticabile, dando ad essa diritto di esistenza. Tra queste, potrei citare l'ambizione di setacciare gli "errori epistemologici" dei terapeuti, o il desiderio di giungere ad una proposta per una teoria sul cambiamento che fosse più formalizzata e condivisa. Al contrario, come apparirà chiaro in seguito, molte presupposizioni su cui erano fondate tali domande si sono affievolite nel corso della ricerca stessa, invitando a migrare, in un'oscillazione continua, dal contesto della giustificazione a quello, forse più entusiasmante, della scoperta.

# I Capitolo

## IL MONDO DELLE PSICOTERAPIE

### 1.1 Istituzioni e costrizioni: norme di contesto per il gioco della psicoterapia

“Psicoterapeuti e ricercatori di psicologia clinica sembrano subire, da alcuni anni, un costante e prolungato assedio intellettuale” (Slife, 2004, p. 44): gli interessi conoscitivi di coloro che studiano e praticano la psicoterapia, infatti, si sono spostati da quella che era una riflessione attenta, scrupolosa ed approfondita (caratteristica delle prime tradizioni delle teorie di personalità) a ciò che Allen Bergin (1997, p. 83) ha definito essere una *bottom line mentality*. Bergin descrive infatti il modo in cui diverse agende economiche, istituzioni mediche e imprese scientifiche si sono recentemente coalizzate, costringendo lo sguardo di psicoterapeuti e ricercatori a subire una particolare forma di miopia. Parafrasando Slife (2004), possiamo dire che questi poteri istituzionali hanno a tal punto limitato l’orizzonte conoscitivo dei professionisti della salute mentale da disincentivare la pratica di un pensiero critico e creativo come una volta succedeva. Per essere chiari, occorre tuttavia specificare come diversi addetti ai lavori abbiano ravvisato in queste convergenze un segnale globalmente positivo: l’enfasi posta sulle tecniche manualizzate di psicoterapia, sulle diagnosi standardizzate e sulla validazione scientifica di procedure empiriche, vengono infatti assunte come un elemento di progresso disciplinare, attraverso una comparazione più o meno esplicita con i criteri valutativi propri delle discipline mediche (cfr. Messer, 2001; Kendall, 1998; Nathan & Gorman, 1998). Inoltre, alcuni ritengono che questa impostazione tecnocentrica possa meglio legittimare il ruolo della psicoterapia entro l’alveo delle pratiche socialmente e scientificamente accreditate, impegnando gli esperti ad essere, per questa stessa ragione, più economicamente responsabili (Nathan, 1998).

Allo stesso tempo, molti osservatori continuano a riconoscere nella combinazione di fattori medici, economici e scientifici un’impalcatura normativa che di fatto vincola le potenzialità euristiche, conoscitive e di sviluppo intrinseche allo studio delle psicoterapie (Messer, 2001; Richardson, Fowers & Guignon, 1999; Goldfried & Wolfe, 1996). Infatti, in un qualunque altro ambito di ricerca sarebbe stato più semplice ed immediato passare in rassegna le rilevanze empiriche delle ultime ricerche per mettere nella condizione lo studioso di valutarle criticamente e proporre, nel caso lo si fosse ritenuto opportuno, delle soluzioni alternative. Ma, sfortunatamente, queste stesse ricerche subiscono, a diversi livelli, le costrizioni che vorrebbero (o dovrebbero) svelare, proprio nella misura in cui le indagini empiriche non possono da sole risolvere le questioni etiche, teoriche ed epistemologiche implicate nel consolidarsi del sapere psicoterapeutico (cfr. Slife, 2004). A tale

riguardo, il presente lavoro si propone di valorizzare le diverse prospettive teoriche ed epistemologiche presenti all'interno del mondo della psicoterapia, amplificando la voce dei professionisti che, a vario titolo, si trovano quotidianamente a seguire, convalidare o sfidare determinate costruzioni sull'agire terapeutico.

## **1.2 La teoria come punto di riferimento: assunzioni e implicazioni dei modelli terapeutici**

Una premessa importante al discorso che faremo a proposito della conoscenza psicoterapeutica e del tema, forse più oscuro, del cambiamento, è la dilatazione del concetto di teoria (cfr. Slife, 2004). La teoria, infatti, viene spesso descritta come al “servizio” del tradizionale metodo scientifico, essendo tipicamente assunta come parte costitutiva del metodo (empirismo) piuttosto che riconosciuta come una speculazione atta a guidare l'osservazione nella produzione di argomentazioni logiche e sistematiche per un determinato ambito di interesse (Heiman, 1995; Slife & Williams, 1995). Da questa prospettiva, la teoria non può svolgere (e di fatto non svolge) quel ruolo critico che invece sarebbe necessario in psicoterapia. Difatti, anche il metodo scientifico tradizionale è intriso di teoria e, nello specifico, è illuminato da quegli stessi dogmi del naturalismo che, pur costituendo per convenzione il valore scientifico più accreditato del momento, richiedono a loro volta di essere esaminati. Fortunatamente, diversi autori non hanno inteso la teoria in questa accezione limitata (Messer, 2001; Woolfolk, 1998; Bem & De Jong, 1997; Held, 1995; Polkinghorne, 1988; Richardson et al., 1999; Slife, Williams & Barlow, 2001; Valentine, 1992) ed è sufficiente riflettere sulla ricca tradizione delle teorie di personalità per comprendere come la teoria costituisca, almeno per la pratica psicoterapeutica, ben più che una semplice protesi del metodo (Haal, Lindzey & Campbell, 1998): la teoria, cioè, si configura come il riferimento paradigmatico della disciplina dal momento in cui, in funzione di essa, vengono ritagliati i fenomeni e costruite le prassi di intervento (Salvini, 1988).

La “scienza” infatti deve necessariamente includere, per sopravvivere, sia l'indagine che la riflessione sistematica in tutte le sue forme: uno scienziato, cioè, ha l'obbligo di non fermarsi alla sola investigazione empirica; se le strumentazioni concettuali di cui dispone per comprendere un particolare fenomeno risultano inadeguate per il problema conoscitivo che tenta di risolvere, uno scienziato creativo dovrebbe esaminare proprio quel tipo di costruzioni, interrogandosi sulle modalità conoscitive di cui dispone per interpretare la realtà della quale si dichiara esperto (Salvini, 1998). Ma come può un'accezione dilatata del concetto di teoria aiutarci a comprendere cosa sta accadendo nel mondo delle psicoterapie oggi? Per rispondere a questa e ad altre domande che prenderemo in considerazione in questo lavoro, formuliamo ora alcune assunzioni operative:

1. Tutti i sistemi di credenze sono formati da processi di socializzazione che si organizzano in funzione dell'interazione a cui i rappresentanti di detti sistemi partecipano.
2. Tutti i sistemi di credenze esprimono delle significazioni esplicite ed implicite che devono essere avvallate per consentire al sistema di operare.
3. Nessun sistema di credenze, sia che si costituisca come un assetto meta-teorico, una scuola di pensiero, o uno schema informalmente condiviso da un gruppo di persone può esimersi dal condividere una matrice latente di assunzioni. Come Jaspers (1954, p. 12) ha sottolineato, infatti, “non c'è modo per fuggire alla filosofia. La questione è unicamente se una filosofia è buona o cattiva, disordinata oppure chiara. Chiunque rifiuti la filosofia sta inconsciamente praticando una filosofia”.

Le osservazioni di Jaspers (cfr. Nencini *et. al.*, 2008) ci portano dunque a considerare che i modelli correnti di psicoterapia veicolano mondi di significato specifici che meritano un'attenta disamina e riflessione. Infatti, se l'azione terapeutica è stata considerata da alcuni come libera da concetti *a priori*, altri rivendicano la necessità di riconoscere e dibattere proprio i quadri di riferimento concettuale dei professionisti, dal momento che ciascuna azione (terapeutica) è intrisa di una particolare logica e corrisponde, almeno nella cornice proposta dalla presente ricerca, alla replica di specifiche organizzazioni di significato. A questo proposito, possiamo permetterci di affermare, insieme ad altri autorevoli studiosi, che le osservazioni di Jaspers andrebbero applicate al cuore dell'investigazione scientifica *tout court* (Rychlak, 2000; Mahrer, 2000; Curd & Cover, 1998; Polkinghorne, 1983; Feyerabend, 1975; Kuhn, 1962; Lakatos & Musgrave, 1970; Popper, 1959).

Da un punto di vista formale, i modelli di psicoterapia possono dunque essere pensati come dei quadri concettuali costruiti da due ordini di idee (Slife & Williams, 1995):

1. le assunzioni: sono l'insieme delle idee sul mondo e sull'individuo appartenenti ad una certa tradizione culturale e che possono essere considerate come l'origine storica del modello. Questi principi diventano condizioni necessarie affinché il modello possa essere considerato valido;
2. le implicazioni: sono le conseguenze che derivano logicamente dall'applicazione di un modello ad uno specifico campo d'azione. La prassi è l'applicazione coerente di una teoria all'ambito per il quale essa è stata costruita.

Le assunzioni non riconosciute hanno il potere di costruire la nostra realtà al di fuori della nostra consapevolezza: esse sono per noi talmente famigliari che le assumiamo in modo automatico. Infatti, esse appaiono come se fossero parte costitutiva del nostro mondo. Siamo talmente abituati a “vedere” il mondo attraverso queste griglie interpretative da dimenticarci che queste costituiscono solo una semplice organizzazione concettuale, di per sé modificabile. Esse diventano col tempo

costruzioni reificate e spesso “illogiche” che si sedimentano alla base del nostro modo di percepire ed esperire, proprio perché vengono istituzionalizzate da quelle stesse discipline che ci informano. Le assunzioni formali riguardano più spesso antinomie che possono essere accorpate in quattro principali categorie filosofiche (cfr. Slife & Williams, 1995):

- la natura della realtà (materialismo/discontinuità psiche-corpo): questa dicotomia include questioni come la causazione, le leggi universali e i principi e i processi o le entità a cui attribuiamo statuto di realtà;
- i processi di sviluppo (innatismo/apprendimento): questa dicotomia comprende la rilevanza degli aspetti socio-culturali nei processi psicologici, la dicotomia tra individualismo-collettivismo, la consistenza del comportamento tra situazioni diverse, l’universalità o meno dei costrutti psicologici;
- la natura della mente e della conoscenza (empirismo/razionalismo/costruttivismo): questa dicotomia include questioni sulla natura e sui limiti della conoscenza, sulle tipologie di intelligenza, sull’apprendimento, sulla natura e sullo sviluppo dei processi cognitivi;
- la moralità dell’individuo (“buona”/“cattiva”): questa dicotomia comprende questioni circa la natura buona o edonistica dell’essere umano, lo sviluppo del senso morale, l’etica, i sistemi di valori.

Ciascuna assunzione rimanda, da un punto di vista formale, ad una serie di implicazioni logiche rispetto al modo in cui un determinato sistema di pensiero può essere applicato. In questa sede, ci riferiremo principalmente alle implicazioni sul modo di organizzare la psicoterapia e il processo di cambiamento. Nelle tabelle riportate qui sotto mostreremo, per ciascun modello considerato nel seguito di questo lavoro, le principali assunzioni formali nella colonna di sinistra e le conseguenti implicazioni pratiche nella colonna di destra.

<u>Assunzioni</u>	<u>Implicazioni</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stretto determinismo (S-R)</li> <li>▪ Il comportamento dipende dagli stimoli che riceviamo (condizionamento classico) e dalle risposte dell’ambiente ai nostri comportamenti (condizionamento operante)</li> <li>▪ Uomo come organismo che reagisce all’ambiente</li> <li>▪ L’ambiente è inteso in senso naturale</li> <li>▪ Centralità delle contingenze ambientali e dei processi di apprendimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se il comportamento dipende dall’apprendimento, allora le nostre risposte sono sempre determinate dall’ambiente</li> <li>▪ Se l’uomo è un passivo recettore di stimoli, ogni problema è generato da condizionamenti al di fuori del nostro controllo</li> <li>▪ Se subiamo condizionamenti disfunzionali, allora il cambiamento si genera modificando le condizioni di apprendimento</li> </ul>

**Tabella 1. “Il modello comportamentista”**

<p><u>Assunzioni</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Determinismo (S-O-R)</li> <li>▪ Il comportamento dipende dalla struttura cognitiva e dal modo in cui elaboriamo le informazioni</li> <li>▪ Uomo come elaboratore di informazioni (computer)</li> <li>▪ L'uomo è essenzialmente logico e razionale</li> <li>▪ Centralità della struttura cognitiva e degli input informativi</li> </ul>	<p><u>Implicazioni</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se il comportamento dipende dalla struttura cognitiva innata, allora buona parte del nostro comportamento è determinato biologicamente</li> <li>▪ Se l'uomo è capace di pensiero razionale, ogni problema è generato da mancanza di informazioni o di motivazione</li> <li>▪ Se mancano informazioni, allora il cambiamento si genera incrementando gli input e le strutture razionali</li> </ul>
--	---

**Tabella 2. "Il modello cognitivista"**

<p><u>Assunzioni</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Il sistema di costrutti è personale, cioè ogni individuo ne possiede una forma diversa</li> <li>▪ L'uomo è uno scienziato che sottopone a verifica le sue teorie sul mondo</li> <li>▪ Ogni forma di conoscenza è una costruzione (alternativismo costruttivo)</li> <li>▪ Centralità del sistema di costrutti</li> </ul>	<p><u>Implicazioni</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se ogni conoscenza è una costruzione, allora non può esistere un sapere più "reale" di un altro (relativismo)</li> <li>▪ Se ogni sistema di costrutti è personale, allora ogni individuo segue una "sua" logica interna</li> <li>▪ Se il sistema di costruzione è personale, ogni azione di cambiamento è vincolata a questo sistema</li> </ul>
---	---

**Tabella 3. "Il modello costruttivista"**

<p><u>Assunzioni</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Determinismo (intra)psichico</li> <li>▪ Inconscio (strutturalismo)</li> <li>▪ Le esperienze passate causano il nostro comportamento presente</li> <li>▪ Centralità dei contenuti inconsci e della loro elaborazione</li> </ul>	<p><u>Implicazioni</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se il comportamento è guidato da forze inconsce, esso è al di fuori del nostro controllo</li> <li>▪ Se le forze che agiscono sono al di fuori della nostra consapevolezza, non possiamo intervenire direttamente per cambiarle</li> <li>▪ Se il passato causa il presente, allora noi non possiamo cambiare molti aspetti del nostro comportamento</li> </ul>
--	---

**Tabella 4. "Il modello psicomodinamico"**

<u>Assunzioni</u>	<u>Implicazioni</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Determinismo circolare (retroazione)</li> <li>▪ Ogni sistema ha proprietà emergenti</li> <li>▪ L'uomo è un sistema in relazione</li> <li>▪ Ogni parte dipende dall'organizzazione dell'intero sistema (equifinalità)</li> <li>▪ Centralità dei processi di comunicazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se l'individuo è dipendente dal sistema, allora l'oggetto di osservazione non può essere la persona (...)</li> <li>▪ Se il sistema è generato dall'organizzazione attuale, allora la storia non ha importanza</li> <li>▪ Se il comportamento è connesso alle relazioni interagenti, allora il cambiamento è vincolato dal numero e dalla qualità delle relazioni</li> </ul>

**Tabella 5. “Il modello sistemico” (Adattamento da Slife & Williams, 1995)**

Se è vero, dunque, che l'agire terapeutico è costruito e legittimato dal riferimento ad una rete sistemica di significati, allora un professionista teoricamente informato dovrebbe essere in grado, metaforicamente, di poter compiere un passo indietro al fine di rivedere ed esaminare quelle stesse significazioni che si trova ad applicare. Sono queste pertinenti, coerenti ed efficaci per il mandato preposto alla sua pratica professionale? In che misura questi sistemi di credenze contribuiscono a costruire i punti di svolta all'interno del percorso psicoterapeutico? La psicoterapia necessita, lo ribadiamo, una riflessione teorica in questo senso allargato, proprio perché le sue stesse assunzioni potrebbero ostruire i sentieri (concettualmente) possibili per lo svolgersi della sua pratica (Rychlak, 2000; Mahrer, 2000; Bergin, 1991; Polkinghorne, 1983; Maslow, 1970; Rogers, 1970; Kelly, 1955)

### **1.3 Dalle teorie formali alle pratiche informali**

Le scienze sociali sono attraversate dal riferimento ad una pluralità di teorie e a differenti griglie epistemologiche. Tuttavia, nell'ambito della “psicoterapia accademica”, questo pluralismo si sta notevolmente riducendo allo scopo di consentire la partecipazione ai vantaggi politici ed economici della scienza moderna e della medicina in particolare. Centrale in questa riduzione di complessità è la filosofia del naturalismo (Slife, 2004). Infatti, mentre gli psicoterapeuti hanno cominciato a muoversi all'interno delle scienze naturali, questo principio centrale è divenuto sempre più influente, precludendo, in questo ultimo periodo, l'esplorazione di molte opzioni cliniche e concettuali un tempo praticabili. Allo stesso tempo, le teorie formalizzate e i metodi varati per l'impresa psicoterapeutica (costruite sulle assunzioni e dalle implicazioni viste sopra) devono essere distinti dalle pratiche informali e dalle procedure utilizzate effettivamente dagli psicoterapeuti durante le sedute cliniche. La filosofia del naturalismo, ad esempio, è pervasiva di molte teorie formali, dei metodi e delle tecniche della psicoterapia; ma ciò non significa che questo riguardi anche le pratiche e le procedure informali agite dai terapeuti. Le pratiche informali, infatti, non sono solo molto più difficili da cogliere ma sono anche, piuttosto frequentemente, non naturalistiche.

Certamente le concezioni formalizzate informano la pratica e la ricerca attuale, orientando di conseguenza i sistemi di credenze dei professionisti. Ma allo stesso tempo, come verrà chiarito nel corso della presente ricerca, i sistemi di credenze su cui vengono organizzate le azioni terapeutiche si completano grazie all'utilizzo di un materiale simbolico più eterogeneo, di cui le teorie formali costituiscono solo una piccola porzione. Inoltre molti clinici (anche tra i partecipanti qui intervistati) avvertono frequentemente una disconnessione tra teoria formale e pratica informale (Hoshmand & Polkinghorne, 1992; Richardson et. al., 1999), un punto sul quale torneremo nel cap. VIII dedicato alle strutture di conoscenza. Per il momento è sufficiente rilevare come, in alcuni casi, i terapeuti agiscano senza il riferimento ad una teoria "formale" che consenta loro di cogliere il senso delle azioni terapeutiche messe in gioco, lasciando spazio a supposizioni che ravvisano, nel mondo delle psicoterapie, un labile riferimento nella pratica ad una teoria vera e propria.

A questo proposito, è altrettanto opportuno ricordare come alcuni storici della scienza abbiano posto in evidenza come molte scoperte scientifiche siano occorse al di fuori delle prescrizioni dei metodi ufficialmente riconosciuti (Feyerabend, 1975; Kuhn, 1962). Se è vero infatti che molti terapeuti mantengono, nella loro pratica informale, delle prospettive teoriche inconsistenti, lasciando spazio ad una mistura di assunzioni incompatibili, allo stesso tempo, questi "neologismi" teorico-metodologici possono costituire il materiale grezzo per una riformulazione concettuale dei modelli di psicoterapia. Questi infatti dovrebbero armonizzarsi con alcune peculiarità dell'attività clinica per come i terapeuti l'hanno incontrata e raccontata, nella prospettiva di una pratica culturalmente sensibile e rivolta al cambiamento. Quali passi si rendono dunque disponibili per avvallare una proposta meta-teorica che valorizzi le sfumature e le contraddizioni delle pratiche informali al fine di impiegarle per l'organizzazione di una migliore pratica? Un primo punto, perseguito nella presente ricerca già durante le fasi di intervista, consiste nel rendere i terapeuti consapevoli: essi cioè hanno la necessità etica ed operativa di essere consapevoli delle modalità (conoscitive) attraverso cui costruiscono la realtà problematica del loro cliente. Questa consapevolezza, tuttavia, non si esaurisce nella focalizzazione sui sistemi di credenze e sul riconoscimento della loro origine sociale e interattiva. Si dovrebbe invece ambire ad una comprensione delle problematicità poste da ciascun punto di vista, così come all'avere a disposizione un'alternativa con cui è possibile contro-argomentare questo stesso punto di vista. Questo esercizio intellettuale consentirebbe di modificare l'atteggiamento conoscitivo del terapeuta in favore di una maggiore lucidità nel considerare le proprie costruzioni come tali, ovvero come delle *opzioni concettuali*. La consapevolezza di questo, cioè, consentirebbe al terapeuta di sviluppare una modalità d'azione più critica, regolata da una maggiore autonomia e arricchita, piuttosto che essere destabilizzata, dalla sua creatività.

## II Capitolo

### LA CORNICE EPISTEMOLOGICA

#### 2.1 Il cambiamento come atto conoscitivo

La posizione epistemologica assunta in questa ricerca parte da un criterio di adeguatezza tra la configurazione del dato espresso e l'ambito meta-teorico al quale si è deciso di rinviarlo per una sua discussione critica (Salvini, 1988). Esistono quindi alcune presupposizioni che definiscono la natura dell'oggetto di ricerca e che stabiliscono, di conseguenza, le matrici concettuali più pertinenti a non snaturare tali caratteristiche (Agazzi, 1997). Nel nostro caso, il costrutto di cambiamento può essere espresso nei termini di una definizione che si dà necessariamente a partire da un certo punto di vista, prendendo in considerazione un sistema (l'individuo, la famiglia...) e attribuendovi una storia in funzione della quale vengono segnalati dei punti di svolta, delle differenze (von Foerster, 1991; von Glasersfeld, 1991; Bateson, 1973). Parlare di storia di un sistema – non sembrerà ovvio – è un'operazione conoscitiva già in parte arbitraria: nel fare questo, cioè, non ci limitiamo a registrare dei dati bruti presenti nel mondo, dal momento in cui un sistema, di per sé, non può avere storia: un sistema è quello che è ad ogni istante (Maturana, 1988; Maturana & Varela, 1987). Siamo noi come osservatori che siamo in grado di inserirlo nel corso degli eventi e di tracciare una distinzione tra un prima e un dopo e quindi tra uno stato precedente ed uno successivo (Bruner, 1987). Se questo è vero, allora il cambiamento è strettamente e necessariamente imbricato con i processi di conoscenza, sia per chi lo vive e lo racconta, sia per chi costruisce su questa presupposizione il mandato del proprio agire professionale. In questo senso, il cambiamento è conoscenza: esso è generato e reso tangibile come "realtà di secondo ordine" (Schutz, 1966), negoziata e costruita sulle fondamenta di una matrice sociale e culturale, mentre la sua rappresentazione esprime implicitamente il rapporto che noi abbiamo, o possiamo avere, con questo tipo di conoscenza. Se il cambiamento è, in definitiva, un atto conoscitivo agito da un osservatore che individua una differenza nel sistema, allora – per una ricerca che si vuole occupare di cambiamento – diventa prioritario focalizzarsi sui processi di significazione che gli osservatori (ad esempio, i terapeuti) esprimono mentre parlano del sistema (ad esempio, il cliente) e anticipano per esso le fasi utili alla creazione di tale differenza (Goodman, 1978).

Come accennato, il lavoro si muoverà all'interno di una coerenza tra la configurazione del fenomeno sopra descritta e l'ambito epistemologico, teorico e metodologico che, di conseguenza, risulterà più pertinente per studiarlo. Nello specifico, l'enfasi posta sul tema del significato, così come sul linguaggio quale artefatto principale di costruzione e negoziazione dei significati, si traduce in una prescrizione sia a livello della scelta della teoria sia a livello dell'opzione

metodologica da preferire (Denzin & Lincoln, 2000). La teoria, infatti, dovrà necessariamente essere sensibile ai processi di significazione messi in atto dai partecipanti, quindi dovrà consentire al ricercatore di poterli accogliere e ricostruire ma anche, come vedremo, di poterli connettere al contesto più ampio entro il quale si dipanano e alle relazioni implicate. Il metodo dovrà innanzitutto offrire un accesso al punto di vista dei partecipanti per come questo risulta ricostruibile dai racconti delle persone, dalle loro storie, dal resoconto di episodi e dalle produzioni testuali che, in definitiva, consentono un accesso privilegiato ai linguaggi qui intesi, più che come un insieme di segni arbitrari, come visioni del mondo intrinseche a particolari comunità linguistiche (Gergen, 1999a.; Ricoeur, 1981).

## **2.2 La coordinazione sociale come significato**

Il centro di interesse di questa ricerca è il significato che le persone attribuiscono a se stesse e alle loro esperienze nel processo di costruzione della realtà sociale (Armezzani, 2002). Tuttavia, la comprensione di un “fenomeno sociale”, inteso come l’esito di un’azione collettiva di più individui, deve passare necessariamente attraverso il riconoscimento di nessi tra il livello individuale e quello strutturale (Denzin, 2000). La dinamica di un processo, così come il perimetro di una fenomenologia – definita socialmente – non possono cioè essere compresi adeguatamente senza il riferimento alle istituzioni, alle corporazioni e alle dinamiche dei gruppi entro cui questi fenomeni o questi processi avvengono (Moscovici, 2005). Come sostiene Compagnon (1998, p. 174-175) “intenzione, forma e ricezione non sono fatti autonomi ma processi che dipendono unicamente dalle nostre strategie interpretative: ecco perché, queste, devono essere assorbite nell’autorità superiore della comunità da cui dipendono”. Per comunità interpretative, in questo caso, intendiamo degli insiemi di norme che un gruppo condivide: convenzioni, codici, regole e ideologie. Si apre quindi una prospettiva psicosociale in cui la distinzione tra soggetto e oggetto non è più pertinente proprio perché questa polarità si dissolve nei sistemi discorsivi che, di fatto, non riflettono la realtà ma sono responsabili della realtà, tra cui quella dello stesso soggetto e oggetto della ricerca in questione (Castiglioni & Corradini, 2003; Mazzara, 2002a). I significati di cui stiamo parlando sono costruiti attraverso l’interazione sociale e simbolica tra le persone e risultano comprensibili soltanto se ricondotti ai contesti personali o interpersonali che li strutturano (Salvini, 1998). Questo vuol dire che la dimensione del significato non è mai un qualcosa di solipsistico, ma è il risultato di un processo interattivo che si organizza e che a sua volta organizza in modo ricorsivo l’esperienza. Secondo l’epistemologia costruzionista (Harré, 1989; Gergen, 1999; Shotter, 1993), il significato di un gesto ha sempre natura dialogica: esso viene desunto dalla risposta che diamo alle reazioni che altri manifestano ad una nostra azione precedente, ovvero, l’individuo sfrutta la propria condotta

come sonda di conoscenza nei confronti di sé stesso e del mondo che lo circonda, registrando le interpretazioni che gli altri danno alla sua azione e modificando di conseguenza le percezioni riguardo a essa (Mead, 1934). Se questo è vero, allora i significati non sono proprietà stabili attribuibili alle produzioni dei partecipanti, ai testi, e fissati una volta per tutte. Bensì i significati si configurano come processi interattivi propri di comunità interpretative (Fish, 1980) responsabili sia della forma assunta dall'attività dell'attore, sia dei testi prodotti a commento di tali attività. Ecco allora che per comprendere l'agire di una persona (ad esempio, l'attività clinica di un terapeuta) e cogliere gli effetti che questa produce nella realtà sociale (ad esempio, il cambiamento), dobbiamo innanzitutto risalire all'importanza dei contesti simbolici in cui le persone sono inserite e delle cosmologie che nutrono i sistemi di credenze dove questi fenomeni sono resi possibili, pensabili e viabili.

Come si è detto, il significato non è presente nell'individuo, come elemento distintivo che ci consente di decifrare e anticipare gli assi principali della sua condotta ma, essendo intrinsecamente un processo in divenire, esso viene generato nell'interazione e, pertanto, è soggetto ad una continua evoluzione e negoziazione prodotta dalla sequenza di susseguenti (si veda anche Gergen, 2006; Schwandt, 2000). Parafrasando Mead (1934), occorrono almeno due persone in interazione per ottenere una mente. A questo dobbiamo aggiungere che non tutti i significati possono essere modificati nel corso di uno scambio comunicativo (Denzin, 2000). L'analisi seguita in questa ricerca, infatti, non è tanto centrata sul modo in cui il significato si trasforma nel corso dell'interazione, ma si occupa di quelle fasi dell'interpretazione collettiva in cui gli "oggetti" cessano di venir negoziati e i significati vengono di fatto cristallizzati, dati per scontato, dando origine a quelle forme di pensiero pratico e condiviso che qui chiamiamo rappresentazioni sociali. Come chiariremo in seguito, il riferimento alla teoria delle rappresentazioni sociali ci consentirà di costruire un ponte di dialogo tra entità individuale e sociale: infatti se i significati non venissero costantemente collegati alle più ampie prospettive sociali che li generano, l'analisi rimarrebbe di fatto sostanzialmente viziata da psicologismo (cfr. Rijsman & Stroebe, 1989). Ciò implica che ogni studio si debba svolgere in due fasi:

1. i significati devono essere negoziati con il partecipante e isolati dal flusso testuale per essere poi reificati, temporaneamente, attraverso il processo stesso della ricerca;
2. i significati devono essere messi in relazione al contesto di appartenenza sociale dell'individuo e ai processi di interazione sociale a cui quel individuo, di fatto, partecipa.

La presente ricerca psicosociale si propone quindi di rendere intelligibili i costrutti di significato distinti dai partecipanti studiandoli come pratiche sociali, cioè connettendoli ai sistemi relazionali e istituzionali che, tali costrutti, contribuiscono ad armonizzare (Gergen, 1999a). Il sistema di

credenze, cioè, si intende sempre come connotato ad una forma di vita contribuendo ad organizzarla in funzione del posizionamento assunto da una persona nell'ambito più dilatato delle coordinazioni tra individui.

### **2.3 Il linguaggio come costruttore di realtà**

Il riferimento ad un'epistemologia sociale (cfr. Castiglioni & Corradini, 2003) non si configura, nel presente lavoro, come una semplice opzione teorica attraverso la quale "leggere" i dati della ricerca. La diversità segnalata da alcuni studiosi (ad esempio, Mazzara, 2008; Contarello & Mazzara, 2006) tra questa prospettiva e altri approcci categorizzabili come "costruttivismo psicologico" è dovuta essenzialmente al diverso ruolo assegnato ai processi cognitivi di base e all'idea (almeno in parte) superata di una mente come elaboratore interno di informazioni (Gergen, 1995; Gergen & Gigerenzen, 1991). Mentre una posizione costruttivista conferisce uno statuto ontologico ai processi psicologici, l'epistemologia sociale qui adottata li tiene in considerazione solo nei termini di narrazioni viabili, utili e accreditate presso il consorzio sociale dove di fatto è possibile discutere il prodotto scientifico della ricerca (Kvale, 1992). L'abitudine concettuale a riferirsi a processi cognitivi di elaborazione delle informazioni appartiene infatti ad una meta-teoria denominata strutturalismo, dove sommariamente si suppone che processi non visibili possano offrire una spiegazione della psicologia ingenua delle persone e del loro comportamento osservabile (Slife & Williams, 1995). Il costruttivismo psicologico, inoltre, pur riconoscendo un ruolo attivo al soggetto, sembra non affrancarsi da una tradizione individualista, proprio perché l'enfasi posta alle proprietà costruttive viene circoscritta ai processi percettivi e cognitivi interni alla persona. L'elemento di diversità che qui si vuole mettere in luce è invece rappresentato da uno spostamento del processo costruttivo da dentro l'individuo al di fuori di esso, nelle interazioni alle quali partecipa e nei processi di coordinazione che si rendono praticabili in una collettività di soggetti (Gergen, 1999b): sono i processi comunicativi e i sistemi di credenze che si organizzano in relazione ad essi a costruire di fatto la realtà sociale ed il modo in cui le persone agiscono in questa realtà. Gergen (1985) sottolinea in proposito come la dimensione sociale sia preminente e costitutiva della realtà, prioritaria sia rispetto agli studi delle altre discipline psicologiche che all'analisi epistemologica *tout court* (cfr. Castiglioni & Corradini, 2003), spostando di fatto l'asse di riferimento della ricerca entro una matrice post-strutturalista (e post-modernista) che, anziché ricostruire verità certe ed immutabili, mira a divaricare mondi possibili e verosimili validi contestualmente. Qui la relazione tra struttura e comportamento o tra pensiero e azione è definitivamente sovvertita e supposta come inversa rispetto allo schema del costruttivismo psicologico (cfr. Romaioli *et al.*, 2008): la dimensione cognitiva cioè si origina, si organizza e (eventualmente) si struttura sulla base

dell'interazione sociale tra persone. Questo ha come conseguenza il fatto che il linguaggio (artefatto principe in funzione del quale vengono rese praticabili le coordinazioni tra gli individui) sia considerato come il principio del pensiero e non una sua mera manifestazione, in quanto non si configura come mezzo di espressione che racchiude il “volere dire” qualche cosa, ma si evidenzia già – per sua natura – come azione e interazione nel contesto presso il quale viene utilizzato (Vygotskij, 1986; Austin, 1955). Le forme di descrizione e spiegazione della realtà, sia a livello di senso comune che a livello di teorie scientifiche, si configurano quindi come forme di azione sociale che non si limitano a rappresentare la realtà ma contribuiscono di fatto a crearla grazie agli effetti retorici e pragmatici intrinseci al processo comunicativo (Gergen, 1985; Gergen & Zielke, 2006). Ecco allora che i criteri di definizione della conoscenza vengono sanciti sulla base della rilevanza del linguaggio quale mezzo di produzione e negoziazione di significati condivisi (Bakhtin, 1986), altro modo per dire che anche lo studio dei processi eminentemente psicologici o di rappresentazioni considerate “interne” alla persona, viene reso praticabile soltanto grazie alla generazione di un discorso (condiviso) che preveda, ad esempio, espedienti retorici come la divisione tra interno/esterno o la definizione stessa di un livello “psicologico” spesso contrapposto ad una dimensione “sociale”. Detto altrimenti, non si può produrre conoscenza (né potremmo dire “mentalizzazione”) a prescindere dagli espedienti narrativi e discorsivi, fondamentalmente sociali, che ci consentono di organizzarla e validarla all'interno di una tradizione interpretativa presso la quale dette categorie acquistano senso. Rifacendosi all'epistemologia post-popperiana, ad esempio, Gergen (1989) obietta che la conoscenza del mondo non può essere il prodotto di un procedimento induttivo che si muove dalla costruzione alla verifica di ipotesi, in quanto l'osservazione empirica non può prescindere dalle categorie concettuali in funzione delle quali viene ritagliato e organizzato il fenomeno oggetto di interesse. Se la conoscenza non può essere neutra, allora questa emerge sempre come il prodotto di artefatti sociali e culturali, originati dagli scambi storicamente e culturalmente determinati che avvengono tra le persone in relazione. La presente ricerca si muove quindi, più propriamente, all'interno di una epistemologia che sostiene la priorità dei processi sociali su tutti gli altri aspetti della conoscenza. Infatti, come sostiene anche Mazzara (2002a, p. 33) “dato il carattere socialmente mediato delle categorie psicologiche, l'attenzione della psicologia deve necessariamente spostarsi al livello della costruzione e dello scambio dei simboli; la soggettività non può essere interpretata che come intersoggettività”. Nel lessico di Lakatos (1970), la ricerca parte quindi da un *principio fondante* che è quello della costruzione: l'assunto viene qui accettato nelle sue implicazioni più radicali e applicato allo studio meta-teorico della psicoterapia, o meglio, allo studio delle produzioni narrative che gli attori coinvolti esprimono nel discutere di una pratica sociale che convenzionalmente chiamiamo “psicoterapia”. Come vedremo, inoltre, il

riferimento ad un'epistemologia sociale non è assunto per giustificare o implicare logicamente i dettagli delle teorie che verranno esposte di seguito, ma costituisce un quadro concettuale entro cui le teorie stesse si configurano primariamente – e imprescindibilmente – come “strumenti” di conversazione, come espedienti della ragione la cui organizzazione argomentativa è stata vagliata innanzitutto ponendo attenzione alle potenzialità generative che tali teorie potrebbero avere nel promuovere nuove costruzioni condivise (con i lettori) della realtà (scientifica, sociale e quotidiana).

#### **2.4 Le teorie come espedienti retorici**

L'opzione teorica delle rappresentazioni sociali si configura come una scelta pragmatica basata sull'individuazione di “costrutti teorici sensibilizzanti” (Blumer, 1969) utili a comprendere le dimensioni di significato espresse dai partecipanti alla ricerca, garantendo allo stesso tempo una minuzia analitica che è possibile articolare su differenti piani della conoscenza (teorico-astratta, individuale, sociale). Le teorie delle rappresentazioni sociali e dell'azione diretta a scopo propongono dei costrutti operativi ad un alto livello di astrazione, tali da poter contenere, senza invaderne le specificità, le categorie semantiche rilevabili empiricamente nei resoconti dei partecipanti; allo stesso tempo, l'utilizzo da parte del ricercatore di costrutti sovraordinati per segmentare l'articolazione della conoscenza (rappresentazioni sociali, individuali e convenzionali) o le modalità d'uso di questa da parte del terapeuta (i giochi linguistici relativi agli obiettivi, alle strategie, o alle valutazioni) consentono di configurare i significati rinvenibili nel testo entro un sistema raffinato di elaborazione concettuale. Questo non solo fornisce indicazioni circa le relazioni di implicazione semantica soggiacenti all'insieme empirico, ma allarga un universo di discorso scientifico presso il quale vengono resi intelligibili i processi socio-genetici delle configurazioni argomentative dei partecipanti (Flick, 1998).

In questo modo si è deciso di utilizzare il paradigma delle rappresentazioni sociali reificando, come ammetteva lo stesso Moscovici (1981b), il costrutto stesso di rappresentazione al fine di generare un nuovo e più articolato ordine del discorso sulle psicoterapie e sul fenomeno del cambiamento più in generale. Sull'onda di questa riflessione, è opportuno avvertire che anche in questo contesto l'idea di rappresentazione sociale è utilizzata in modo pretestuoso, riconoscendone la pertinenza soltanto nei termini di una costruzione teorica valida per l'ambito conoscitivo che si desidera esplorare. La teoria delle rappresentazioni sociali, dunque, è per noi una scelta pragmatica operata in virtù di un criterio di adeguatezza stabilito tra i costrutti teorici che mette a disposizione e l'ambito di realtà (o realismo) a cui si è deciso di rimandare il fenomeno oggetto della ricerca (Salvini, 1988). Rappresentazioni sociali, obiettivi, azioni, strategie, rappresentazioni individuali,

ecc. non sono intesi come configurazioni “vere” rintracciate nell’insieme empirico considerato, ma come espedienti concettuali che ci consentono di organizzare la conoscenza, in modo nuovo e creativo, rispetto a temi di assoluta rilevanza per il mondo della psicologia clinica e della psicoterapia in particolare. L’obiettivo, dunque, è quello di contribuire a generare un ordine del discorso alternativo, che faciliti la possibilità di intraprendere nuovi sentieri concettuali per discutere questioni importanti legate alla formazione e alla pratica della psicoterapia. L’ultima sessione del presente lavoro, in armonia con la cornice propria dell’epistemologia sociale (Gergen, 1994, 1999a), propone una serie di anticipazioni circa i possibili effetti che questa costruzione (di ricerca) vuole, desidera o ha semplicemente l’auspicio di generare grazie alla complicità dei suoi interlocutori/lettori. Ad esempio, tra gli scopi del processo di costruzione e fruizione di questa ricerca segnaliamo la possibilità di:

- creare un ponte di dialogo più solido tra psicologi clinici e ricercatori accademici, riconoscendo il fatto che se “l’esperienza è più della teoria”<sup>1</sup>, occorre generare nuove teorie, più adeguate, flessibili e comprensive dell’attività clinica;
- migliorare i percorsi di formazione, individuando aree critiche di comprensione dei singoli orientamenti teorici<sup>2</sup>;
- sviluppare riflessioni interne all’epistemologia della pratica soprattutto per quanto concerne l’applicazione delle conoscenze specialistiche in ambito clinico;
- proporre un’alternativa agli approcci eclettici e integrazionisti in psicoterapia, suggerendo una nuova prospettiva per studiare e interconnettere i modelli psicoterapeutici;
- monitorare le evoluzioni dei modelli a fronte del loro utilizzo in un contesto sociale mutevole ed articolato come quello attuale.

---

<sup>1</sup> Come sarà chiarito in seguito (in particolare nel cap. VIII), questa affermazione ricorre in molte interviste condotte con il gruppo di psicoterapeuti. Tuttavia, accettando l’invito di Jaspers (cfr. cap. I), è necessario ammettere che il riferimento ad una teoria sia, soprattutto per la pratica psicoterapeutica, una questione imprescindibile.

<sup>2</sup> Questo punto sarà ripreso nelle discussioni del cap. V, dove verrà mostrato come le personalizzazioni e le semplificazioni operate dai clinici nell’apprendere i modelli di psicoterapia possano portare, in alcune circostanze, a snaturare i concetti stessi e, quindi, a fraintendere la teoria.

# III Capitolo

## LA PROSPETTIVA TEORICA

### 3.1 La teoria delle rappresentazioni sociali

Ogni volta che definiamo ciò che è la realtà parliamo sempre e soltanto all'interno di una determinata tradizione culturale o, come direbbe Moscovici (1981a.), utilizzando una serie di rappresentazioni sociali che ci consentono di comunicare con il nostro gruppo di riferimento rispetto ad un oggetto di conoscenza. Le rappresentazioni sociali sono infatti un sistema più o meno stabile di valori, idee e pratiche che hanno lo scopo di organizzare la conoscenza di un individuo e di orientare in modo significativo le azioni che compie in relazione ad essa. Nella descrizione di Abric (1989, p. 223), “[le rappresentazioni sociali] sono una griglia di lettura e di decodifica della realtà che... producono *l'anticipazione* degli atti e delle condotte (di se stessi e degli altri), *l'interpretazione* della situazione in un senso prestabilito, grazie ad un sistema di *categorizzazione* coerente e stabile. Iniziatrici delle condotte, ne permettono la *giustificazione* in rapporto alle norme sociali, nonché la loro *integrazione*. Il funzionamento che opera tanto negli individui che nei gruppi dipende direttamente dal sistema simbolico”.

Detto in altri termini, le rappresentazioni sociali sono dei sistemi di credenze che servono a spiegare un oggetto socialmente rilevante, ovvero a definirlo all'interno di un sapere condiviso che lo possa rendere comprensibile e familiare (Figura 1.).

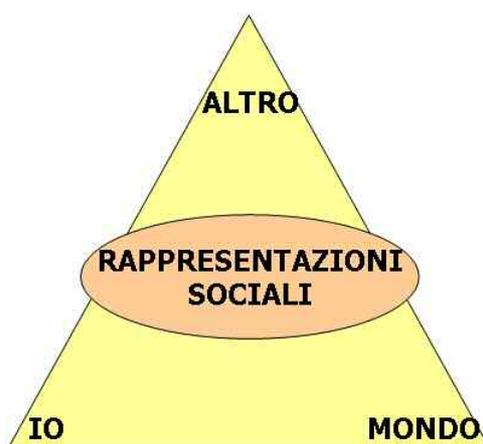


Figura 1. “La costruzione sociale della conoscenza”

Un fenomeno socialmente rilevante viene cioè tradotto e compreso entro categorie e significati familiari che permettono di erigere una conoscenza pratica in funzione della quale le persone

possono discutere ed agire nei confronti di questo oggetto. Più l'oggetto è confuso, indistinto, inafferrabile – ma anche pregnante e dibattuto nel campo sociale – e più sarà necessario ricorrere a forme di rappresentazioni sociali complesse in grado di raffigurarlo, rappresentazioni che si configurano spesso come plurime e diversificate in ragione dei posizionamenti che gruppi sociali differenti assumono rispetto all'oggetto in questione. Come sostiene Doise (1986), infatti, le rappresentazioni sociali sono dei principi generatori di prese di posizione legate a degli inserimenti specifici in un insieme di rapporti sociali, che organizzano i processi simbolici che intervengono in tali rapporti.

A questo proposito, Moscovici (1961), sottolinea il fatto che la sua teoria è principalmente una teoria sulla conoscenza e su come i membri di uno stesso gruppo condividano un codice interpretativo del mondo grazie al quale possono comunicare tra di loro. In questo senso, la conoscenza che abbiamo del mondo è sempre mediata da un sistema rappresentazionale che viene costruito, assemblato e modificato attraverso accordi intersoggettivi, cioè in funzione della continua comunicazione e negoziazione di significati che avvengono nelle relazioni sociali. Secondo Moscovici (1984), infatti, scopo della psicologia sociale è quello di studiare le rappresentazioni, le loro proprietà e il loro "impatto" nella sfera sociale, proprio perché è da esse che dipende il modo in cui:

- percepiamo il mondo;
- costruiamo il nostro senso di appartenenza a dei gruppi;
- modifichiamo continuamente la nostra realtà sociale.

La teoria prevede dunque una circolarità sistemica che consente di interconnettere la dimensione individuale con quella più squisitamente sociale:

- le persone costruiscono la propria conoscenza a partire da sistemi sociali;
- questa conoscenza serve per comprendere la realtà e per organizzare forme di azione in essa;
- attraverso queste azioni vengono modificate le rappresentazioni in un circolo virtuoso generatore di cambiamenti, rettificando sulla base delle iniziative individuali le matrici culturali di una collettività.

Nei termini di von Cranach *et al.* (1992), le rappresentazioni sociali costituiscono le regole seguite da un definito gruppo di persone. Estendendo questo concetto, potremmo asserire che una rappresentazione è anche l'insieme delle configurazioni di significato negoziate e confermate sul piano sociale che diventano insieme prescrittive e proscrittive per l'attività delle persone. Entrando più in dettaglio, dobbiamo tuttavia ammettere che se il significato è sempre negoziato all'interno di un'interazione con l'Altro, alcuni significati vengono espressi ad un livello talmente elevato di astrazione da non risultare pienamente modificabili entro gli schemi di un'interazione. Tale nucleo è

per noi l'oggetto privilegiato di studio, essendo costituito da elementi simbolici capaci di performare l'attività dell'individuo in situazioni differenti e di replicarsi e auto-convalidarsi nel corso dell'esperienza (cfr. Jodelet, 1989). In questo senso, possiamo dire che le rappresentazioni sociali sono paradigmatiche proprio perché, pur potendo essere disconfermate dalla pratica, questa si organizza di fatto all'interno dei confini tracciati dalla rappresentazione stessa.

Due sono i processi fondamentali attraverso i quali organizziamo la conoscenza sul mondo: l'ancoraggio e l'oggettivazione (Moscovici, 1984).

L'ancoraggio è la traduzione di un insieme di idee insolite entro categorie ordinarie, operazione questa che consente di riportare l'ignoto ad una forma nota e di immediata comprensione. Il non conosciuto viene inserito in un contesto simbolico familiare e ciò ha come conseguenza la possibilità di conferire, a degli elementi prima oscuri, le stesse proprietà della categoria entro la quale vengono inclusi. In funzione di questo passaggio, la nuova configurazione che l'oggetto assume per l'individuo veicola implicitamente, nell'atto medesimo della sua costruzione, un atteggiamento morale e valoriale preconstituito, lo stesso che l'individuo mostrava verso la categoria che ora si trova a sussumere le caratteristiche dell'oggetto nuovo. Questo è un fatto di estrema importanza, perché ogni volta che viene utilizzata una categoria conoscitiva per includere o definire una cosa, di fatto, quella cosa sta per essere collocata all'interno di una teoria sul mondo che predispone gli individui a replicare particolari atteggiamenti nei suoi confronti. Nominare l'oggetto in un determinato modo significa quindi fargli assumere istantaneamente certi requisiti e certe caratteristiche le quali vengono organizzate e riconosciute (in quanto tali) a partire da una convenzione, in funzione cioè di una serie di prescrizioni e regole (sociali) che suggeriscono il modo in cui bisogna agire di fronte ad esso. Come vedremo, questo processo conoscitivo è di estrema importanza anche per l'attività psicoterapeutica, laddove il clinico, confinando il disagio della persona entro un sistema tassonomico e diagnostico ben preciso, rischia di dirigere la consapevolezza del paziente a coincidere con le dimensioni prototipiche del disturbo mentale che gli/le è stato riconosciuto.

Il processo di oggettivazione consente invece di tradurre un universo puramente intellettuale e costruito attivamente dalle persone in una realtà oggettiva percepita come stabile ed auto-evidente. Oggettivare significa conferire proprietà concrete ad un qualcosa che è astratto, associando una qualità iconica ad un'idea e riproducendo il concetto in una immagine. Per Moscovici (1961), non tutti i concetti possono essere collegati ad un'immagine: quelli che vengono selezionati costituiscono il nucleo figurativo di una rappresentazione, cioè un complesso di immagini che riproduce visibilmente un insieme di idee configurandosi come repertorio di senso comune.

La psicologia è continuamente esposta al rischio di dare sostanza a concetti puramente teorici, ad esempio metaforizzando il concetto di mente con quello di corpo: è possibile pensare la psiche come un contenitore di organi attribuendovi, per il processo stesso di ancoraggio, tutto un corollario di caratteristiche in funzione dell'entità con cui abbiamo stabilito un'analogia. Dal momento che la scienza si occupa di una realtà fisica, e dal momento che la psicologia è una scienza, allora costrutti teorici come l'autostima, l'inconscio o il complesso di Edipo possono essere considerati come gli "organi" del sistema psichico. Quando, per esempio, si trasforma un aggettivo o un verbo in un sostantivo, il rischio è sempre quello di scambiare la parola (significativa al solo scopo della comunicazione), con un'immagine prima e un oggetto reale dopo. Sembra scontato dire che "il nostro vicino di casa è dominato dal suo inconscio o soffre di repressione", tuttavia non esiste una "cosa" come la repressione dal momento che essa si riferisce ad un'azione, esattamente come non può esistere l'inconscio come "entità" dal momento in cui questo è soltanto un attributo di qualcosa d'altro. Perciò i sostantivi inventati o creati deliberatamente allo scopo di dare una forma a fenomeni complessi, non sono e non potrebbero mai essere neutri proprio perchè, attraverso il processo della sedimentazione culturale, questi finiscono col diventare il fenomeno in sé, per come questo viene percepito e per come questo può manifestarsi continuamente nella realtà.

In conclusione, vogliamo sottolineare come, in questo lavoro, i processi di ancoraggio e oggettivazione non costituiscano necessariamente dei meccanismi cognitivi intrinseci al processo di elaborazione delle informazioni della "mente". Questi emergono piuttosto come l'esito di particolari *formae mentis* organizzate in funzione di retaggi culturali propri dell'Illuminismo e del Positivismo di fine Ottocento, periodo in cui si sono generati dei contesti storico-culturali fiduciosi nella possibilità di produrre conoscenza attraverso l'atto stesso della categorizzazione e della semplificazione per analogie (cfr. Mecacci, 1999): dare un nome o un'immagine a qualcosa significava infatti spiegarla e definirla in funzione dell'altro indifferenziato. All'interno della cornice epistemologica qui proposta, sarà quindi più fecondo notare come sia la struttura stessa del linguaggio a coadiuvare queste modalità di conoscenza, essendo il medium linguistico un meta-artefatto utilizzato, in larga parte, per scopi descrittivi e connessi all'individuazione di un referente nel mondo.

### **3.2 La svolta narrativa**

La teoria delle rappresentazioni sociali appartiene ad un orizzonte strutturalista (Flick, 2006) ma, come abbiamo accennato precedentemente, la "struttura" rilevata assume, in questo studio, uno statuto differente dalla connotazione ontologica. L'insieme dei significati che concorrono a formare una rappresentazione sociale è per noi plastico ed esige continuamente, per mantenersi, una

convalida (interattiva) e una legittimazione da parte del gruppo sociale di riferimento. Oltre a ciò, possiamo aggiungere che l'organizzazione di una rappresentazione o di più rappresentazioni fra loro, non dipenderà in modo esclusivo dagli effetti dei processi di ancoraggio e di oggettivazione messi in luce da Moscovici (1961) ma si svilupperà anche in funzione di una dimensione narrativa che conferisce coerenza, ragionevolezza e verosimiglianza agli elementi stessi della rappresentazione (Jovchelovitch, 2007; Lazlo, 1997).

Ancora, se per Moscovici (1984) una rappresentazione è fondamentalmente un sistema di classificazione e di denotazione, di assegnazione di categorie e nomi, dobbiamo tenere in considerazione come, sulla scorta delle riflessioni avanzate dal secondo Wittgenstein (1953), la funzione denotativa del linguaggio sia stata ampiamente problematizzata a fronte di un chiarimento più approfondito della sua natura (principalmente) pragmatica e costruttiva. Il linguaggio, cioè, non è un sistema di segni che codifica un insieme empirico al quale viene perfettamente sovrapposto e fatto corrispondere. Piuttosto, esso è reso significativo come modalità d'uso di un insieme di segni da parte di una collettività che, in ragione dei giochi linguistici che vengono praticati, genera costantemente la forma di vita a cui appartiene (Searle, 1969; Austin, 1955). In questo senso, gli orientamenti socio-costruzionisti preferiscono considerare il linguaggio come un artefatto capace di mediare la coordinazione tra gli individui e di rendere possibile, sulla base di presupposizioni comuni, non solo la comunicazione tra persone ma anche l'azione sociale, intendendo questa come azione organizzata dalla partecipazione complementare di più individui (Gergen, 1999a). Ecco allora che l'interazione sociale stessa viene fondata sui sistemi linguistici e rappresentazionali che una certa tradizione culturale mette a disposizione dei suoi membri. Altro modo per dire che lo studio delle rappresentazioni sociali può e deve essere informativo non solo rispetto alla configurazione dell'oggetto, o al diverso posizionamento dei gruppi sociali attorno a questo oggetto, ma anche rispetto alle coordinazioni possibili tra i membri interni al gruppo o tra questi e quelli di gruppi differenti. A fronte di quanto detto, dunque, la rappresentazione sociale si organizza anche, nella presente ricerca, in funzione di una dimensione retorica che non era prevista dalla teoria classica, in quanto presuppone:

- una classificazione e una denotazione dell'oggetto,
- ma anche un repertorio di argomentazioni che coordina l'agire degli individui in merito a quello stesso oggetto.

Come scrive Harrè (1980, p. 205), infatti “un siffatto modello deve cominciare come un modello analitico, dovremmo cioè considerare sia la parola sia l'azione dell'essere umano come persuasiva, come espressiva, come un mezzo usato allo scopo di indurre gli altri a vedere gli eventi nella luce che l'oratore, il retore, il propagandista ecc. desidera che essi siano visti”. Per comprendere il

contesto retorico di una affermazione è infatti necessario identificare l'uditorio verso cui i *logoi* sono rivolti, perché è solo in relazione alla risposta che questo dà (o che si anticipa che possa dare) che il testo assume un preciso significato. Come scrive Billig (1996, p. 111), infatti, "ogni singola opinione, o argomentazione individuale, è realmente, o potenzialmente, controversa. Quindi, qualunque argomentazione individuale è realmente, o potenzialmente, una parte di un'argomentazione sociale". O ancora (*Ibidem*, p. 172), "i temi dell'argomentazione possono essere considerati come questioni sociali, in virtù delle quali le discussioni possiedono un contesto sociale... Il contesto della retorica, in quanto contesto argomentativo, non è confinato alle relazioni tra chi parla e chi ascolta. Il contesto potrebbe includere le opinioni che colui che parla sta tentando di giustificare nei confronti dell'uditorio, ma comprende anche le opinioni contrarie che, implicitamente o esplicitamente, vengono criticate". Detto altrimenti, "il significato dei *logoi* usati in un contesto argomentativo, di conseguenza, sarà legato al significato degli *anti-logoi*, i quali vengono criticati implicitamente o esplicitamente" (*Ibidem*, p. 177). Queste considerazioni potrebbero non essere teoricamente in contrasto con la prospettiva delle rappresentazioni sociali che, nel definire i requisiti stessi della rappresentazione, afferma che spesso gruppi diversi assumano posizioni differenti rispetto ad un medesimo tema, il che significa implicitamente attribuire all'oggetto rappresentato un'esistenza che è tale solo in funzione del carattere argomentativo della discussione su di esso<sup>3</sup>. Ciascuna posizione contribuisce a dare senso ad una posizione contraria, in un gioco di *logos* e *antilogos* che fondano il discorso sociale sull'oggetto, rendendolo di fatto possibile. Come scrive Gadamer (1975, p. 424), infatti, "perché sussista un dialogo è necessario anzitutto che gli interlocutori non parlino ciascuno per proprio conto".

A fronte di quanto sostenuto, la variante meta-teorica che presuppone il significato come emergente dalla catena di susseguenti (cioè come effetto delle risposte che gli individui forniscono ad altri individui) viene qui tradotta come prescrizione metodologica utile a sviluppare, come vedremo, una specifica sensibilità al testo. L'approccio retorico, infatti, collega il significato al contesto argomentativo, il che equivale a sostenere che le parole non posseggono significati fissi ma variabili in funzione del contesto d'uso. Quindi, prosegue Billig (1996, p. 176), "il significato del discorso impiegato in un contesto argomentativo deve essere esaminato in termini di contesa tra critica e giustificazione... per capire il significato di una frase o di un intero discorso in un contesto argomentativo, uno non dovrebbe esaminare solamente le parole di quel discorso o le immagini

---

<sup>3</sup> Ad essere precisi, nella teoria delle RS viene anche introdotta la possibilità di individuare delle *rappresentazioni sociali egemoniche* che non richiederebbero, per strutturarsi, un dibattito tra gruppi sociali diversi. Allo stesso tempo, è plausibile ritenere che dette rappresentazioni emergano comunque all'interno di processi conversazionali che possono coinvolgere, ad esempio, una negoziazione di significati tra componenti dello stesso gruppo.

presenti nella mente del parlante al momento dell'espressione. Uno dovrebbe considerare anche le posizioni che vengono criticate, o contro le quali viene formulata una giustificazione”.

### 3.3 La teoria dell'azione diretta a scopo

La teoria delle rappresentazioni sociali consente di mettere a fuoco le convenzioni sociali che trascendono i singoli individui e che forniscono l'insieme degli espedienti simbolici mediante i quali ognuno costruisce la propria conoscenza della realtà. Moscovici (1981b) considera prioritaria la sua teoria al fine di decifrare il modo in cui le persone comprendono la realtà, tuttavia, altri autori come von Cranach *et al.* (1992), hanno posto l'accento su come le rappresentazioni sociali assolvano, ancor prima che una funzione di mediazione cognitiva utile alla semplificazione dell'informazione sul mondo, una funzione di organizzazione dell'azione degli individui. La teoria delle rappresentazioni sociali cioè viene qui intesa come modalità di organizzazione sistematica che comprende le regole e le conoscenze implicite contestualmente pregnanti per la guida delle azioni individuali. Parafrasando Doise (1989), infatti, possiamo dire che le rappresentazioni precedono sempre l'azione e, in qualche misura, la implicano logicamente: la rappresentazione, cioè, è già di per sé *un'azione sulla realtà sociale*.

Gli studi tradizionali della psicologia tendono a considerare l'azione umana organizzata su due livelli gerarchici:

1. il controllo consapevole dell'azione, ovvero le cognizioni coscienti che abbiamo rispetto al fatto di compiere un'azione intenzionale e diretta ad uno scopo che stabiliamo preventivamente;
2. i meccanismi automatici che costituiscono l'insieme delle routine comportamentali attraverso le quali si possono compiere azioni complesse senza la necessità di prestarvi attenzione.

La teoria dell'azione diretta a scopo propone invece una strutturazione tripartita del controllo dell'azione individuando un terzo livello che include i due precedentemente considerati (Figura 2). Questo terzo livello è dato dalle strutture e dai processi socialmente organizzati che, in qualche modo, permettono di incorniciare le azioni dell'individuo, conferendo loro un significato sulla base delle regole di contesto presso il quale le azioni stesse si svolgono (Harré *et al.*, 1985).

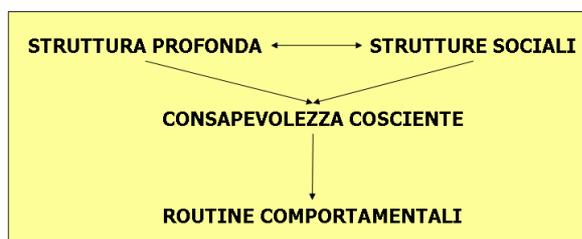


Figura 2. "Modello tripartito sul controllo dell'azione"

In altri termini, il livello sovra-individuale si configura come l'universo simbolico in funzione del quale attribuiamo un significato condiviso e convenzionale alle nostre azioni. Von Cranach & Harré (1982) sostengono che le convenzioni esistono in riferimento a tutte le attività che risultano importanti per la vita di relazione e possono essere equivalenti a dei modi di pensare condivisi, cioè, a delle rappresentazioni sociali. Le azioni sono dunque finalizzate a raggiungere mete personali, tuttavia, esse sono al tempo stesso degli eventi sociali poiché hanno un senso nella comprensione della comunità cui appartiene colui che agisce. Questo significato sociale è una dimensione imprescindibile che orienta la pianificazione dell'azione e, dalle ricerche empiriche svolte, questo sembra emergere come il sistema di controllo più potente per dirigere il comportamento. Sulla base di queste considerazioni, Harré *et al.* (1985) hanno proposto di differenziare l'oggetto di analisi secondo una diversa tipologia logica:

1. comportamento;
2. azione;
3. atto.

Come abbiamo detto, la teoria dell'azione diretta scopo è stata formalizzata dalla scuola svizzera di Berna e in particolare da Mario von Cranach, il quale ha perfezionato e applicato in modo sistematico una metodologia di analisi dell'azione umana che permettesse di comprendere la sua articolazione in tutta la sequenza di esecuzione. La teoria si occupa del modo in cui i vari sistemi di conoscenza individuale e sociale confluiscono nell'organizzazione delle azioni in funzione del raggiungimento di una meta. Nel proporre questo nuovo filone di ricerca l'autore si inserisce nel solco della tradizione tracciato da alcune teorie precedenti, tra cui:

- la psicologia ingenua dell'azione (Heider, 1958) che sottolinea la rilevanza dei costrutti di senso comune per comprendere l'azione, essendo questa decifrabile soltanto a partire dalle categorie significative per l'agire quotidiano: l'unità d'analisi, cioè, è ricavata da un sapere ingenuo prendendo in considerazione il punto di vista dell'attore coinvolto;
- la teoria sistemica dell'azione che mette in luce il modo in cui le azioni sono organizzate in sistemi complessi che consentono di stabilire un ordine gerarchico tra le diverse fasi dell'azione (Laucken, 1974);
- la teoria del controllo sociale che recupera le dimensioni meta-teoriche e metodologiche dell'interazionismo simbolico, sottolineando il modo in cui l'azione viene organizzata in funzione di regole, ruoli e norme sociali (Harré & Secord, 1972).

La teoria dell'azione diretta a scopo parte da un postulato fondamentale in cui si sostiene che nell'agire finalizzato il comportamento manifesto è guidato (parzialmente) da cognizioni coscienti che a loro volta sono (in parte) di origine sociale. La dimensione sociale, quindi, essendo il

serbatoio principale che veicola significati convenzionali circa l'azione, controlla in parte l'agire dell'individuo il quale, attraverso l'esito delle proprie azioni, partecipa alla modificazione e all'evoluzione delle strutture sociali stesse. A questo teorema principale se ne accostano altri tre che esauriscono l'assetto concettuale della teoria, rendendo praticabile una sua puntuale traduzione metodologica:

1. il "teorema della convenzione" afferma che i membri di una comunità o di un gruppo sociale esprimono rappresentazioni sociali simili rispetto a fatti importanti;
2. il "teorema dell'attribuzione" sostiene che queste convenzioni sociali agiscono sulla percezione e sulla valutazione di fatti e situazioni;
3. il "teorema della retroazione" afferma che le auto-attribuzioni di un soggetto organizzano in modo ricorsivo le sue azioni, rendendole coerenti con il sistema di identità che si riconosce.

Come riportato in Figura 3, gli assunti sopra esposti vengono declinati nello studio analitico dell'azione diretta a scopo, in particolare, focalizzandosi su tre aspetti differenti ma complementari del processo d'azione:

1. il comportamento manifesto;
2. le cognizioni coscienti (cioè i vissuti soggettivi);
3. i significati sociali.



**Figura 3. "Goal Directed Action Theory (GDA)" (Adattamento da von Cranach & Ochsenein 1994)**

Il comportamento manifesto è organizzato secondo una triplice struttura definita dalle seguenti dimensioni (von Cranach, 1992):

1. Temporale: ogni azione è scomponibile in sottounità che si evolvono secondo una sequenza che comprende un punto d'inizio, dei passi d'azione e un punto finale. Ad esempio, l'azione "preparare la stanza della terapia" si può descrivere come sequenza composta delle unità "entrare in studio", "mettere a posto le sedie", "provare il microfono", ecc..
2. Gerarchica: esiste un rapporto di sovra/subordinazione tra le differenti azioni analizzate. Ad esempio "provare il microfono" è un'azione componente di "preparare la stanza per la

terapia”, ma può a sua volta essere scomposta nella sequenza “accendere l’amplificatore”, “battere sul microfono” ecc..

3. Complessità: esiste sempre la possibilità di compiere azioni diverse nello stesso momento. Ad esempio un terapeuta, durante l’esecuzione del compito “preparazione della camera”, può discutere con il suo supervisore gli obiettivi della sua prossima seduta.

Le cognizioni coscienti fanno riferimento all’intera gamma dei vissuti intenzionali che consentono all’individuo di stabilire una meta e un piano adatto per raggiungerla. Von Cranach & Ochsenein (1994) articolano questa dimensione in funzione dell’orientamento, del sostegno, della valutazione e del controllo dell’azione, individuando specifiche cognizioni per ognuno di questi aspetti. Per noi è sufficiente rilevare come qualunque tipo di azione possa essere ricondotto ad uno schema mezzifini, per cui anche le azioni più insolite e apparentemente prive di significato possono acquisire senso se collocate nel sistema relazionale e cognitivo della persona che le ha compiute. Le cognizioni coscienti sono inoltre dettagliate in tre fasi:

1. orientamento situazionale;
2. progettazione dell’azione;
3. controllo dell’esecuzione.

Così, ad esempio, un terapeuta potrebbe proporsi di portare il cliente a non riferire semplicemente degli episodi ma ad esprimere anche i suoi sentimenti in proposito (definizione dell’obiettivo e mete intermedie). Il terapeuta si chiederà allora in che misura il cliente riferisce informazioni sulle proprie emozioni (orientamento situazionale) in modo tale da poter eventualmente pianificare quegli interventi che ipotizza possano sollecitare il suo cliente ad esprimersi sul piano emozionale (pianificazione dell’azione).

La dimensione dei significati sociali si articola nell’insieme delle rappresentazioni sociali condivise da un gruppo all’interno di un predefinito contesto culturale. In particolare, il contributo originale di von Cranach (1992) è volto ad estendere il potenziale euristico della teoria proponendo una distinzione tra rappresentazioni sociali e rappresentazioni sociali individuali. Le prime sono considerate come l’insieme delle conoscenze ordinate, condivise e rese astratte all’interno di una sub-unità sociale (intesa come gruppo di persone socializzate a forme di sapere specialistico e settoriale). Queste sono le rappresentazioni sociali intese da Moscovici (1984), cioè dei complessi sistemi simbolici sovra-individuali che configurano gli eventi attraverso un sistema interpretativo organizzato socialmente. Le seconde, invece, sono quella parte della conoscenza individuale che emerge come sintesi personale a partire da diverse rappresentazioni sociali: le RSI sono cioè una forma di sapere idiosincratico che può essere solo in minima parte sovrapposto alla RS del gruppo di riferimento. Come vedremo, nella ricostruzione delle teorie sul cambiamento dei terapeuti

coinvolti in questa ricerca, sembra emergere chiaramente come il loro sapere (maturato nel corso dell'esperienza e delle svariate occasioni di applicazione di un modello teorico) sia sempre, in qualche misura, deviante rispetto ad un dogma di scuola, accostandosi piuttosto a spunti personali e a modalità originali di rivisitazione di diverse prassi di intervento clinico. Von Cranach & Ochsenein (1994) mettono inoltre in evidenza una precisa dinamica socio-genica delle diverse componenti di un sistema di credenze:

1. le rappresentazioni sociali, proprio costituendosi come delle sedimentazioni culturali che precedono l'individuo, vengono assorbite dal singolo individuo attraverso percorsi di socializzazione;
2. l'individuo organizza un sistema di credenze articolato, in termini di rappresentazioni sociali individuali, che si evolve come sintesi attiva di differenti forme di costruzione sociale;
3. queste rappresentazioni individuali orientano le azioni individuali, contribuendo a definire sia la gerarchia degli obiettivi che la pianificazione delle strategie idonee a perseguirli;
4. le conseguenze dell'azione (generata all'interno di un sistema interpretativo) producono effetti che retro-agiscono sul sistema interpretativo stesso, consentendo di modificare la struttura delle rappresentazioni sociali che fungono da premesse.

Mentre le rappresentazioni sociali si costituiscono, quindi, come caratteristiche distintive dei gruppi ed, essenzialmente, come dei modelli interpretativi che il gruppo utilizza al fine di rendere il mondo intelligibile, le rappresentazioni sociali individuali sono più direttamente connesse con il sistema di identità del singolo: sono infatti queste che definiscono – per l'individuo – la rappresentazione di sé, il suo senso di appartenenza ad un gruppo specifico e le regole prescrittive dei suoi copioni d'azione.

La scelta della teoria dell'azione diretta a scopo per investigare la prassi clinica dei terapeuti non è fondata necessariamente sulla presunzione che i clinici operino aderendo ad una modalità razionalistica di impostazione del proprio lavoro. Piuttosto tale proprietà viene suggerita come esigenza (argomentativa e concettuale) per riconfigurare una prassi clinica che sia orientata *consapevolmente* dal terapeuta in funzione degli obiettivi concordati con il cliente. Questa assunzione dovrebbe essere prescrittiva e costituire la *conditio sine qua non* per legittimare il mondo della psicoterapia in un'accezione propriamente scientifica.

Inoltre, mentre la teoria dell'azione diretta a scopo resta ancorata, nella sua formulazione originaria, ad una prospettiva teorico-metodologica cognitivista, considerando il livello sociale poco più di una variabile interveniente, la presente ricerca vuole enfatizzarne le matrici socio-costruttive, rivedendone alcuni aspetti. Lo schema mezzi-fini postulato dalla teoria viene cioè assunto come una

modalità di costruzione sociale che, sulla base di una condivisione culturale, può essere prescritta come repertorio di organizzazione simbolica dell'azione stessa (Searle, 2001; March, 1994). Infatti, sebbene la teoria dell'azione diretta a scopo configuri il comportamento umano in termini di azioni pianificate secondo schemi razionali, in questo lavoro, non si vuole assumere questa proprietà come caratteristica ontologica dell'agire, ma se ne vuole sottolineare la valenza nei termini di una costruzione esemplificativa di un certo modo (tra i possibili) di organizzare l'azione umana (cfr. Romaioli *et al.*, 2008).

Ad esempio, su questo argomento, Habermas (1997) ha proposto una distinzione tra forme di azione teleologica, connesse a formulazioni razionali e pragmatiche dell'azione, e forme di azione normativa, ovvero regolate da una serie di principi stabiliti a priori e adottati come criterio per la valutazione del corso d'azione. Quanto vogliamo sostenere è che, nel presente lavoro, la prima forma di rappresentazione dell'azione viene, in definitiva, subordinata alla seconda: la razionalità teleologica, cioè, viene considerata come una delle possibili modalità per rendere intelligibile e per organizzare il flusso delle azioni in ottemperanza a regole (normative) e a significati condivisi all'interno di una data tradizione interpretativa. Detto altrimenti, le regole di interazione sociale, le norme di contesto e, più in generale, le matrici generative caratteristiche della cultura occidentale propongono un'interpretazione dell'agire in termini razionalisti, laddove i copioni d'azione sono organizzati in riferimento a specifiche credenze condivise sull'identità e sulla natura delle relazioni sociali (Wertsch, 1991; Gauld & Shotter, 1977).

Questo genere di considerazioni può avere implicazioni importanti sul tema della generalizzabilità dei risultati di questa ricerca. La griglia analitica di von Cranach (1992) è infatti centrata su costrutti organizzati ad un elevato livello di astrazione che consentono la descrizione accurata di processi d'azione anche molto eterogenei tra loro. Tuttavia, il grado di astrazione di tale schematizzazione non consente l'applicazione a contesti differenti da quelli organizzati entro una cornice culturale occidentale.

### **3.4 GDA e scuole psicoterapeutiche**

Alcuni studi proposti nel seguito di questa tesi costituiscono l'estensione di un disegno di ricerca di Mario von Cranach (1992) dove l'autore tenta di ricostruire i sistemi di conoscenza di due gruppi di psicoterapeuti implicati nell'organizzazione dell'attività clinica. In virtù del forte grado di sovrapposizione teorica e metodologica con quel lavoro pionieristico, ne riportiamo di seguito una breve sintesi.

*Obiettivo:* stabilire come i gruppi sociali, tramite 'l'imposizione' delle loro rappresentazioni sociali ai loro membri, orientino l'organizzazione delle azioni.

*Partecipanti:* in questo studio vennero comparati due gruppi di psicoterapeuti (sette per gruppo): il primo (CC) aderente allo stile della terapia centrata sul cliente, il secondo (VBA) in accordo con il metodo dell'analisi verticale del comportamento (una variante della terapia cognitivo-comportamentale).

*Disegno:* Per l'analisi della connessione tra rappresentazioni sociali (RS) e azioni individuali, i dati sono stati raccolti e valutati prevalentemente a livello qualitativo: sono state ricostruite le RS delle due scuole di psicoterapia; i terapeuti sono stati inoltre filmati durante le loro sedute e intervistati su cognizioni, percezioni, emozioni che avevano accompagnato le loro azioni durante la seduta. I terapeuti sono stati interpellati in una post-intervista per raccogliere ulteriori informazioni su quelle parti della *self-confrontation interview* che sembravano indicare una deviazione dalla RS del gruppo di riferimento (rappresentazioni sociali individuali).

*Risultati:* è stato studiato l'impatto delle RS nell'organizzazione delle azioni e delle strutture di conoscenza.

- Attribuzione di proprietà al cliente e al tipo di problematica presentata: i terapeuti VBA, in linea con la loro RS, attribuiscono ai loro clienti più spesso elaborazioni cognitive delle informazioni, obiettivi e disposizioni stabili. I terapeuti CC attribuiscono maggiormente aspettative e bisogni.
- Tipi di azione e obiettivi: si individua uno stile sequenziale-gerarchico nei terapeuti VBA (che dirigono l'azione terapeutica secondo un modello top-down con scopi e sottoscopi da loro definiti) e uno stile parallelo nei terapeuti CC (che si propongono di dare spazio alle espressioni emozionali dei pazienti nelle specifiche situazioni, secondo un modello bottom-up). I terapeuti VBA inoltre stabiliscono i loro obiettivi in un ordine più consequenziale, pianificano più strategicamente la terapia, raccolgono più informazioni diagnostiche sul paziente rispetto ai terapeuti CC.
- Strutture di conoscenza: entrambi i gruppi mostrano deviazioni (RSI) dalle rispettive RS di scuola, in particolare, riportando attribuzioni riconducibili a RS di tipo psicodinamico.

*Conclusioni:* sono state trovate differenze nell'organizzazione dell'azione dei due gruppi, riconducibili alle diverse RS di riferimento. Von Cranach ritiene inoltre che l'individuo tragga le sue conoscenze dalle RS del suo gruppo di appartenenza ma, nel fare questo, contemporaneamente le trasformi e le adatti. Le RS costituiscono da un lato la base della conoscenza individuale e dell'azione, ma dall'altro, sono trasformate dalla loro introduzione nel sistema di credenze personale (RSI). Una seconda trasformazione avviene nella loro applicazione a specifiche situazioni: le RSI devono essere combinate e modificate in modo da corrispondere alla effettive richieste della situazione.

# IV Capitolo

## PRIMO STUDIO

### LE TEORIE NAIVE SUL CAMBIAMENTO E LA FORMAZIONE DELLE CONOSCENZE SPECIALISTICHE

#### 4.1 Il sapere quotidiano sul cambiamento

Le teorie psicologiche rientrano nella vita quotidiana per il fatto stesso che sono esse a fornire gli schemi interpretativi attraverso cui le persone si orientano nella soluzione dei casi problematici (Berger & Luckmann, 1966). In dette condizioni, infatti, è presumibile che gli individui organizzino il loro disagio in funzione di sistemi simbolici condivisi, capaci di definire la natura del problema, di supporre le possibili cause e di suggerire linee strategiche adeguate per ottenerne la modificazione. I costrutti psicologici generati e sostenuti dalla divulgazione scientifica, cioè, sono gli stessi attraverso cui le persone conferiscono senso al proprio malessere, strutturando configurazioni problematiche che prescrivono, sulla base di implicazioni semantiche, le linee d'azione più opportune per conseguire gli obiettivi del cambiamento. A partire da queste considerazioni, diversi studi (Wile, 1977; Frank, 1995) sembrano avvalorare l'ipotesi secondo cui l'attività psicoterapeutica, per incrementare la sua efficacia, debba prendere in analisi le teorie sul cambiamento della gente comune, al fine di adottare modalità comunicative e logiche di intervento compatibili con il sistema di riferimento della "persona" (cfr. Fisch *et al.*, 1982).

Il presente studio, muovendosi all'interno di un impianto teorico di tipo socio-costruttivista (Farr & Moscovici, 1984; Flick, 1998), tenta quindi di ricostruire quelle dimensioni di significato culturalmente accreditate attraverso cui le persone si orientano nello stabilire come un problema di ordine psicologico possa strutturarsi e risolversi. L'ipotesi è che sia possibile isolare delle rappresentazioni sociali del cambiamento e che tali rappresentazioni possano strutturare l'agire finalizzato degli individui sostenendo i processi di selezione degli obiettivi e di pianificazione delle strategie di cambiamento personale (cfr. von Cranach, 1992). Di più, focalizzandosi sulle principali rappresentazioni veicolate dalle teorie di senso comune, lo studio intende mostrare, in un'ottica evolutiva, il modificarsi delle strutture di conoscenza degli studenti di psicologia a fronte di un percorso formativo come quello universitario. Il processo di acquisizione di nuovi saperi si sviluppa, infatti, non tanto tramite erosione, semplificazione o impoverimento di conoscenze precedenti, quanto grazie ad un'appropriazione attiva e creativa da parte di individui e gruppi (Moscovici, 1984). Il sapere specialistico, compreso quello necessario a svolgere il lavoro di psicoterapeuta o di psicologo clinico, emerge quindi attraverso una rivisitazione dei modelli formali

evolvendosi, grazie ai contributi proposti dagli allievi, in una nuova e diversa forma di conoscenza. Questo sistema di credenze risulta necessariamente integrato ai saperi precedenti e, di fatto, viene costantemente ancorato alle logiche conoscitive sostenute e convalidate all'interno di una determinata matrice culturale. E' pertanto interessante, sia da un punto di vista euristico che operativo, riconoscere i modi attraverso cui la conoscenza psicologica maturata durante gli anni di formazione si integri con saperi pregressi, riorganizzando le competenze psicologiche veicolate dal senso comune. Come sostiene Jodelet (1991 p. 57) a riguardo, "fa eco l'accento portato, con un'insistenza crescente, sulla didattica delle scienze e sulla formazione degli adulti, sul ruolo delle rappresentazioni sociali come raccordo che può fungere da ostacolo o servire da punto di sostegno all'assimilazione del sapere scientifico e tecnico".

## **4.2. Approfondimenti teorici**

### **4.2.1 Asserti scientifici e affermazioni di senso comune**

La teoria delle rappresentazioni sociali si propone di comprendere come la conoscenza di senso comune venga costruita in funzione di una rivisitazione attiva e creativa da parte degli individui delle teorie scientifiche. A questo proposito, il presente lavoro intende sottolineare la natura bidirezionale che caratterizza il rapporto tra sapere scientifico ed *everyday knowledge*, suggerendo la possibilità di studiare le modalità di generazione delle teorie scientifiche in funzione degli a-priori e degli impliciti contenuti nelle conoscenze di senso comune. Il presente studio, cioè, propone un lavoro che, per certi versi, risulta speculare alla direzione tracciata dal contributo di Moscovici sulla psicoanalisi (1961), spostando l'attenzione dal come una teoria scientifica può diffondersi nelle maglie del senso comune allo studio delle interconnessioni tra senso comune e teorie scientifiche, soprattutto in ragione di quelle teorie "scientifiche" che hanno, come campo di indagine privilegiato, proprio le conoscenze di "senso comune". Come Moscovici (1976) stesso sostiene, sebbene un paradigma venga accettato in quanto possiede una forte struttura, la sua accettazione è dovuta anche alla sua affinità con paradigmi più correnti. Questo significa che il legame tra conoscenze scientifiche e di senso comune implica una dimensione dialettica, che non configura due saperi gerarchicamente distinti e strutturalmente isolati, ma modalità conoscitive di fatto intercambiabili, contestualmente valide e mutuamente interagenti. In altre parole, le teorie accreditate nell'ambito ufficiale della psicologia contribuiscono a fondare il sapere psicologico di senso comune ma, allo stesso tempo – tramite esso – vengono costantemente riviste, ampliate e modificate in un processo dialettico di evoluzione della conoscenza (Kuhn, 1962). Proponendo uno studio sulla diffusione delle teorie scientifiche in termini di rappresentazioni sociali, Moscovici

(1981a) rende teoricamente plausibile anche lo studio del processo che porta le elaborazioni di senso comune a costruire, confermare e replicare gli asserti principali delle teorie scientifiche.

Per i nostri scopi, sarà dunque opportuno considerare il senso comune alla stregua di un pensiero innovatore e rivoluzionario, ben distante dal rappresentare un'inerzia intellettuale passiva e conservatrice (Colucci, 1995; Montali *et al.*, 2005). Come hanno sottolineato anche esponenti autorevoli quali Rousseau, gli enciclopedisti, o ancora Voltaire, Kant e Gramsci, le conoscenze di senso comune si caratterizzano per essere polisemiche e polimorfe (Bruner, 1990), contraddittorie, critiche ma anche propositive: il senso comune, cioè, può a tutti gli effetti essere considerato all'origine delle idee della scienza e della filosofia. Per questo motivo, pur costituendo tutto ciò che è ovvio, esso non può essere dato per scontato. Come sostiene Whitehead (1929, p. 110), infatti, “la scienza è radicata in quello che io ho definito l'apparato complessivo del pensiero comune. Questo è il *datum* dal quale essa prende le mosse e al quale essa deve riferirsi... Potete spogliare il senso comune delle sue contraddizioni, potete contraddirlo in molti punti particolari, potete sbalordirlo, ma in ultima analisi il vostro compito è quello di soddisfarlo”. Allo stesso modo Oppenheimer (1956, pp. 128, 134) ricorda che “...tutte le scienze emergono come raffinamento, correzione e rimanipolazione del senso comune... Possiamo senz'altro dire che tutte le idee importate dal senso comune sono valide come punti di partenza; non è garantito che esse funzionino, nondimeno sono perfettamente valide come base materiale delle analogie dalle quali muoviamo”.

Nel proporre questo, tuttavia, è prima necessario ribadire come la distinzione tra queste due forme di sapere (comune vs. scientifico) non sia fondata in termini qualitativi, né tanto meno proposta per circoscrivere determinate proprietà all'una, privando l'altra, per contrasto, delle medesime caratteristiche (Gergen, 1999a). La distinzione, semmai – se distinzione deve esserci – è rinvenibile nei processi di formazione di tali saperi, quindi nelle dimensioni sociali e nei contesti di conversazione che sorreggono la loro costruzione simbolica come valida all'interno di una certa tradizione culturale. Mentre il sapere scientifico è ritagliato dalla partecipazione dell'individuo a universi di “discorso scientifico”, cioè all'affiliazione più o meno esplicita con gruppi di persone rappresentanti la “scientificità”, il senso comune appare, per lo stesso principio, come più generico, essendo catalogabile non sulla base di partecipazioni specifiche (identificabili almeno a partire da qualche requisito formale) ma di condivisioni culturali più ampie e diffuse. Il senso comune, cioè, è rappreso in molteplici contesti della vita quotidiana, il che equivale a sottolinearne la natura paradigmatica, quasi totalmente implicita, che consente alle persone di entrare in interazione tra loro sulla base di un tessuto condiviso di presupposizioni che fanno da cornice ai discorsi praticabili (Wittgenstein, 1953). “I processi di costruzione sociale della realtà risultano infatti costitutivi del pensiero e dell'azione umana, non soltanto nei loro aspetti coscienti ed espliciti, ma anche, e forse

soprattutto, attraverso molteplici dimensioni implicite e inconsapevoli” (Mazzara, 2007, p. 35). Configurandosi come una modalità conoscitiva che procede per affermazione e che si esplica in modo spontaneo, il senso comune si configura dunque come una forma di sapere auto-referente, fondato sulla percezione e sulla sensazione, ancor prima che sulla cognizione. Ecco perché, come ricorda Heider (1958, p. 14), “tutti gli psicologi ricorrono alle idee del senso comune nella loro riflessione scientifica, ma solitamente lo fanno senza analizzarle e renderle esplicite”.

#### **4.2.2 Il processo di ancoraggio e la formazione di nuovi saperi**

Il presente studio si colloca al livello dei processi di formazione delle rappresentazioni sociali (cfr. Galli, 2006) e, nello specifico, prenderà in considerazione i processi di ancoraggio in funzione dei quali gli studenti riorganizzano il sapere circoscritto alle teorie sul cambiamento. Questo processo consiste nel classificare e nominare un determinato oggetto al fine di inserirlo in un sistema di categorie pre-esistenti. In questo modo, l’osservatore si trova nella condizione di poter afferrare, sul piano rappresentazionale, ciò che prima appariva confuso e disordinato, adattando un sistema di conoscenza pregresso alla nuova configurazione oggettuale. Classificando e nominando ciò che è poco noto e familiare non facciamo altro che trasferire una modalità di conoscenza costruita in un determinato contesto, per determinati scopi e in funzione di specifici fenomeni, ad un contesto diverso presso il quale detta conoscenza risulta praticabile (anche se non necessariamente pertinente). Come scrive Moscovici (2005, p. 46-47) “nella misura in cui un dato oggetto o una data idea è confrontato con il paradigma di una categoria, esso acquisisce le caratteristiche di quella categoria ed è ri-accomodato per riadattarsi ad essa. Se la classificazione così ottenuta è generalmente accettata, allora qualsiasi opinione che si riferisca a quella categoria si riferirà anche a quell’oggetto o a quell’idea”.

L’oggetto rappresentato viene collocato all’interno di un sistema di conoscenze che ne definisce i requisiti e ne elenca le proprietà, oltre a specificare i repertori d’azione che gli individui che condividono la rappresentazione possono intraprendere nei confronti dell’oggetto. Questo ha come conseguenza che la formazione di una rappresentazione presuppone sempre un posizionamento, un punto di vista basato sul consenso (Moscovici, 1984). Ciascun gruppo, cioè, costruisce rappresentazioni che non sono né imparziali né fedeli riproduzioni di qualche dato reale, in quanto queste sono forgiate come teorie che, nell’atto stesso dell’essere nominate, presuppongono già un’intenzionalità dell’osservatore, un interesse conoscitivo specifico e una pre-conoscenza, anch’essa vincolata alle matrici simboliche della cultura di appartenenza.

Ogni sistema di categorie presuppone quindi una teoria, implicita o esplicita che sia, capace di definirne le caratteristiche e di specificarne la corretta modalità d’uso. Classificare significa quindi

delimitare la configurazione di un fenomeno e ammettere, di conseguenza, una serie di regole che stabiliscono, nei suoi confronti, ciò che è lecito fare da ciò che non lo è. In questo senso, i passi seguiti nel presente lavoro perseguono un obiettivo conoscitivo che è scomponibile su tre livelli gerarchici:

1. Decifrare i sistemi categoriali e nominali che dominano le produzioni testuali dei partecipanti. Questi sono rilevabili in funzione del lessico usato.
2. Rilevare i costrutti di senso e di significato, prestando attenzione al modo d'uso dei termini all'interno del discorso prodotto. Quindi segmentando e analizzando la dimensione semantica rilevabile negli atti del discorso, come le locuzioni, gli episodi narrati, le abitudini argomentative.
3. Connettere le dimensioni di significato entro sistemi di credenze che ne possano specificare le interdipendenze, le strutture di relazioni e le premesse. E' soltanto dall'elaborazione di questo terzo livello che è possibile ricostruire i dettagli di una "teoria sul cambiamento", avendo chiarito non solo i suoi elementi costitutivi, ma anche le logiche aggreganti e le modalità di replicazione della teoria nei contesti simbolici dove questa viene applicata.

Proprio a questo riguardo è Moscovici (2005, p. 55) a sostenere che "sarebbe meritevole esplorare, nei dettagli, i modi in cui la logica del linguaggio esprime la relazione tra gli elementi di un sistema di classificazione e il processo di assegnazione di un nome".

#### **4.2.3 Obiettivi del primo studio**

Il lavoro propone un'esplorazione delle teorie di "senso comune" connesse al fenomeno del cambiamento personale intenzionalmente perseguito (Mahoney, 1991). Le principali domande di ricerca ruotano attorno ai seguenti punti:

- 1) l'esistenza o meno di un'organizzazione limitata di sentieri concettuali che divengono accessibili alla persona che "decide di cambiare";
- 2) le aspettative rispetto ad una possibile psicoterapia;
- 3) il grado di sovrapposizione concettuale tra teorie ingenue sul cambiamento e modelli di psicoterapia noti.

Scopo del presente lavoro è inoltre quello di indagare come le teorie psicologiche (personali) tendano a modificarsi in relazione alla formazione specialistica. Lo studio, infatti, è focalizzato sul tema del cambiamento e sulle modalità utilizzate da studenti di psicologia per configurare e risolvere problematiche di ordine psicologico (Duncan & Miller, 2000). Obiettivo centrale di questo studio è l'esplorazione di come le teorie individuali sul cambiamento possano evolvere nel corso della formazione universitaria, facendo un confronto tra le conoscenze espresse agli esordi

accademici con le competenze cliniche maturate durante il percorso di studi universitario. Si ritiene inoltre che i risultati possano far emergere riflessioni circa il ruolo dei processi di ancoraggio nella configurazione di conoscenze avanzate, argomento senza dubbio non irrilevante per la formazione in ambito accademico e, di conseguenza, in quello specialistico.

## **4.3 Metodologia**

### **4.3.1 Partecipanti**

I partecipanti coinvolti in questa parte della ricerca appartengono, seguendo il modello della distribuzione della conoscenza di Schutz (1962), alla categoria dei “cittadini ben informati”, cioè individui non “esperti”, ma sufficientemente sensibili e interessati ai temi della ricerca da poter fornire risposte articolate, aggiungendo contributi sostanziali al novero della discussione. Nel nostro caso, il campione di convenienza era composto da:

- quarantuno donne e dieci uomini, tra i diciannove e i vent’otto anni (età media 21 anni), frequentanti il primo anno della facoltà di psicologia;
- ventisette donne e tredici uomini, tra i ventiquattro e i cinquanta anni (età media 26 anni), frequentanti il quinto anno del corso di psicologia clinica e clinica-dinamica della facoltà di psicologia<sup>4</sup>.

I partecipanti sono tutti studenti iscritti alla facoltà di Psicologia dell’Università degli Studi di Padova, selezionati senza particolari accorgimenti riguardanti il genere o l’età. Questi dovevano essere privi di attestati di diversa specializzazione in ambito psicologico, dal momento che era necessario riconoscere, nella formazione accademica, il contesto principale di socializzazione per eventuali variazioni nelle rappresentazioni sociali del problema psicologico e del cambiamento. I partecipanti selezionati sono stati differenziati durante le procedure di analisi in funzione della preferenza espressa per determinati orientamenti e del percorso scolastico (o accademico) intrapreso, che poteva includere o meno alcune discipline psicologiche esplicitamente informative rispetto al tema di interesse della ricerca. Si suppone infatti che diversi percorsi formativi possano contribuire a modificare, in termini di contenuto e di complessità, le preconoscenze a cui lo studente si affida per simulare, nel caso specifico, l’intervento clinico richiesto dal protocollo di ricerca. Al fine di identificare i contesti di apprendimento dei sistemi di credenze implicati nella configurazione dell’attività clinica e ricostruire quindi le assunzioni delle teorie di senso comune separatamente dai contributi delle teorie scientifiche della psicologia, si è tenuto conto di alcune variabili distintive:

---

<sup>4</sup> Questi partecipanti erano soprattutto laureandi del corso di psicologia clinica e clinica-dinamica della Facoltà di Psicologia di Padova. Si suppone pertanto che abbiano maturato competenze specifiche per la pianificazione dell’intervento clinico.

- gli studenti del primo anno sono stati suddivisi in due gruppi, in funzione della frequenza o meno di scuole di secondo grado con programmi di studio comprensivi di materie psicologiche (ad esempio, licei socio-psico-pedagogici, scuole magistrali, ecc.);
- gli studenti del quinto anno sono stati differenziati a seconda del curriculum accademico (corsi frequentati, tirocini svolti, ecc.) e della preferenza, espressa verbalmente, per un preciso orientamento teorico incontrato durante gli anni di università;
- eventuali percorsi di terapia personale seguiti dallo studente sono stati tenuti in considerazione per entrambi i gruppi<sup>5</sup>.

### 4.3.2 Il questionario di commento al caso clinico

Richiamandoci al paradigma di ricerca di Heider (1958) utile a svelare le teorie implicite di senso comune, ai partecipanti è stata proposta una breve storia da commentare riferita ad una situazione problematica vissuta da uno studente universitario<sup>6</sup>. L'obiettivo era quello di esplicitare, attraverso la somministrazione di un questionario a domande aperte, gli aspetti fondamentali di una teoria sul cambiamento (si veda Appendice II). Il testo del caso clinico è l'adattamento di un tema proposto all'esame di stato per l'abilitazione alla professione di psicologo. Il tempo di somministrazione variava dai trenta ai sessanta minuti circa a cui si aggiungeva una parte preliminare dove lo studente era invitato a trascrivere ciò che spontaneamente associava a quattro parole-stimolo: "psicoterapia", "cambiamento", "disagio psicologico" e "chi sono io?". I quesiti formulati durante l'intervista, invece, sono stati elaborati sulla falsariga dei protocolli di indagine delle teorie del cliente in psicoterapia (Elliot *et al.*, 2001; Duncan & Miller, 2000) che sondano aree di significato come:

- la definizione del problema;
- la costruzione di giustificazioni rispetto alla sua presenza, le quali assumono spesso il carattere di attribuzioni di cause circa l'origine del problema;
- gli obiettivi e le strategie di cambiamento;
- le condizioni necessarie alla risoluzione del caso che in qualche modo si configurano come fattori facilitanti il processo di cambiamento;
- le anticipazioni rispetto ad un percorso ideale di psicoterapia.

Il protocollo di intervista prevedeva inoltre alcune domande volte a sondare l'applicazione della teoria sul cambiamento a sé stessi, in modo da poter confrontare eventuali aree di disomogeneità nell'articolazione di quest'ultima in funzione della differenza riscontrata tra auto-attribuzioni ed etero-attribuzioni.

---

<sup>5</sup> Per un dettaglio delle informazioni contestuali richieste allo studente vedere Appendice I.

<sup>6</sup> Il questionario è stato somministrato individualmente nel laboratorio di Psicologia Sociale del DPG di Padova.

### 4.3.3 L'intervista narrativa

Al fine di garantire una corretta procedura di triangolazione dei metodi (Flick, 1992) con venticinque partecipanti estratti dal gruppo complessivo è stata condotta un'intervista narrativa (Riessman, 1993) supportata da domande di specificazione volte ad indagare i processi di significazione prodotti dai rispondenti nel tentativo di organizzare un percorso di cambiamento personale (Appendice III). La partecipazione (dopo la somministrazione del questionario) a questa intervista, centrata su esperienze personali, rappresenta un'ulteriore ed importante strumento di approfondimento dei sistemi di credenze e delle rappresentazioni implicite o esplicite che, nel conferire forma al processo di cambiamento, contribuiscono a costruire la realtà entro la quale gli attori sociali di fatto agiscono. Possiamo indicare l'intervista narrativa come una metodologia pienamente allineata alla "rivoluzione" contestuale nelle scienze cognitive (Bruner, 1990), essendo connessa ad una tradizione di pensiero che, in modo radicale, ha posto l'accento sui significati che le persone utilizzano per conferire senso alle proprie esperienze. Con essa si è definitivamente decretato il passaggio:

- dallo studio del comportamento a quello dell'azione;
- dall'individuazione di cause alla scoperta delle ragioni;
- dallo studio dei processi nei setting artificiali del laboratorio all'importanza dei contesti simbolici entro cui le persone agiscono nella vita quotidiana.

L'intervista narrativa sorge anche come conseguenza di una critica mossa ad altre forme di intervista (come quella semi-strutturata), riconoscendo il fatto che l'esperienza quotidiana non possa essere contenuta ed espressa mediante uno schema domanda-risposta. Il nuovo presupposto è che le persone siano invece in grado di raccontare molte più cose su di loro attraverso la narrazione di storie di vita (Hermanns, 2004). Durante l'intervista narrativa viene creato un contesto conversazionale all'interno del quale il ricercatore sollecita l'interlocutore a produrre una storia, un racconto di una certa esperienza o di un certo tema, configurandolo come una narrazione di eventi con un inizio ed una fine. In questo senso, l'intervista narrativa (Paolicchi, 2002) prevede di porre l'interlocutore nello stato particolare di "soggetto narrante", riconoscendo le condizioni di *authorship* e di *partnership* come fondanti lo scambio comunicativo. Mentre la prima si riferisce ad una attribuzione di competenze che il ricercatore conferisce all'intervistato, considerandolo esperto della storia che sta per raccontare, la seconda suggerisce una condivisione delle linee principali del progetto di ricerca, assegnando all'intervistato un ruolo attivo nel mutuo tentativo di perseguire gli obiettivi conoscitivi che ci si è posti. L'intervista si può scomporre in tre fasi, ciascuna caratterizzata da tipologie precise di domande. Il protocollo prevede all'inizio una "domanda

generativa”, ovvero una domanda piuttosto ampia e articolata che viene proposta come incipit all’interlocutore al fine di consentirgli/le di raccontare una storia, come nel caso seguente:

- Può raccontarmi un’esperienza passata in cui lei ha vissuto un periodo di cambiamento legato ad una difficoltà psicologica?

Queste domande introducono nel modo più elastico possibile il tema di interesse lasciando che sia la persona a ricostruire una storia e a selezionare i punti salienti meritevoli di essere citati; ciò consente di focalizzarsi sugli elementi che risultano essere più significativi per il rispondente, non introducendo esplicitamente le categorie semantiche anticipate o prescritte dalla teoria di riferimento del ricercatore. La domanda generativa sollecita una storia che dovrebbe essere raccontata con un inizio e una fine; l’intervistatore può stimolare in vario modo il prodursi di questa storia anche se dovrebbe sempre evitare di interromperla con sovrapposizioni e commenti. Una volta conclusa questa parte, la sessione di intervista prevede uno spazio nel quale poter porre delle domande di specificazione, riprendendo cioè alcuni punti rimasti in sospeso o meritevoli di approfondimento al fine di chiedere ulteriori specifiche. Ecco alcuni esempi ripresi durante la conduzione delle interviste:

- Cosa ha fatto, nel dettaglio, per rendere possibile questo suo cambiamento?
- Quali sono, a suo giudizio, gli ingredienti che le avrebbero permesso di cambiare più rapidamente?
- Da cosa si è accorto del cambiamento avvenuto?

Le domande di bilanciamento, introdotte successivamente, propongono un tentativo di sintesi rispetto ai temi più rilevanti e ai punti di svolta contenuti nella storia (Flick, 2006). A conclusione dell’intervista, vengono infatti restituiti all’interlocutore i punti di maggior interesse al fine di condividere impressioni e ottenere resoconti mirati circa la strutturazione temporale, argomentativa e persino “logica” degli eventi narrati.

- Per quale motivo lei ha avuto questo tipo di disagio? Come se lo spiega?
- A suo giudizio, cosa è accaduto, più in generale, per facilitare questo cambiamento?
- Se potesse definire con un’immagine, o con una metafora, il cambiamento di cui mi ha parlato, cosa potrebbe essere?

#### **4.3.4 Criteri di analisi**

Le interviste narrative offrono la possibilità di focalizzarsi su più livelli di un medesimo testo:

1. un livello eminentemente soggettivo, di approfondimento autobiografico;
2. un livello più ampio che si evince dall’interconnessione del singolo alla dimensione sociale di cui fa parte.

Mettendo in relazione il resoconto che ci viene offerto dal singolo partecipante con quello di altri, è infatti possibile risalire alle significazioni condivise che, in alcuni casi, possono indicarci i miti fondativi del discorso, le immagini prototipiche, o i repertori mediati culturalmente in funzione dei quali vengono ricostruite le rappresentazioni sociali legate, in questo caso, alla fenomenologia del cambiamento. Il presente studio si è quindi focalizzato sugli elementi narrativi che le persone replicano sfruttando codici e simboli organizzati culturalmente, i quali, seppur rielaborati in modo soggettivo, vengono sussunti entro gli schemi più articolati delle matrici simboliche proprie della tradizione culturale di riferimento. A questo riguardo, due livelli risultano per noi importanti nel condurre le analisi dei testi (Paolicchi, 2002):

1. il piano dell'azione in corso, ovverosia l'insieme strutturato delle ragioni che la persona esprime per giustificare l'azione che ha compiuto o l'episodio che sta raccontando;
2. il piano delle significazioni implicite, socialmente organizzate, che fanno riferimento sia a regole di contesto che ad universi di discorso stereotipati assunti come guida dell'azione, pur appartenendo ad un mondo sociale che di fatto trascende l'individuo.

Il materiale testuale raccolto è stato sottoposto ad un'analisi tematica (Flick, 2006) dove lo scopo primario è quello di ridurre un corpus molto ampio di dati qualitativi in una forma più snella e di facile rappresentazione (Smith, 2000). La fase di codifica e di organizzazione dei risultati è stata condotta con l'ausilio del software AtlasTi (Muhr, 1997) che consente di attuare procedimenti reiterati di confronto e interpretazione dei dati testuali al fine di garantire una migliore sistematicità d'analisi. Nello specifico, i testi sono stati raggruppati seguendo una divisione per tematiche previste dalla teoria dell'azione diretta a scopo, isolando categorie dimensionali strettamente connesse alla strutturazione delle domande previste nel questionario somministrato. Il testo è stato dunque segmentato a seconda che il partecipante si riferisse:

- alla configurazione del problema;
- a inferenze circa un ipotetico processo di strutturazione (eziopatogenesi), o comunque a forme discorsive evocate nel tentativo di giustificare lo stato problematico così come è stato presentato;
- alla pianificazione degli obiettivi di cambiamento, inteso come cambiamento terapeutico;
- all'organizzazione delle strategie d'azione più utili a perseguire il cambiamento.

I testi delle interviste, inoltre, sono stati sottoposti alla procedura Vospec inclusa nel software Spad [*System Portable pour l'Analyse des Données*]. Prima di compiere le procedure di analisi con lo Spad il testo è stato pre-trattato al fine di permettere una maggiore comprensione delle modalità d'uso dei termini, ovvero di come le parole vengono utilizzate dai rispondenti. Questa operazione è stata effettuata sui testi con riferimento a dei criteri guida. Il criterio fondamentale indicato da

Bolasco (1999, p. 213) è di “conservare distinte nel testo le variazioni significative in termini semantici e fondere le forme che costituiscono degli invarianti semantici”. In funzione di questo, si sono distinti gli omografi ma non sinonimi mentre si sono fusi insieme i sinonimi ma non omografi. Si è deciso inoltre di operare l’eliminazione di parole irrilevanti per le analisi, considerando tre criteri principali:

- si sono eliminate le parole non pertinenti agli scopi della ricerca (ad esempio, si sono eliminate dai testi analizzati le congiunzioni e le preposizioni, come che, ma, e, con, ecc.);
- si è operato un taglio di soglia eliminando le parole con frequenza <1;
- si sono eliminate le parole non pertinenti alla specifica domanda di ricerca. Ad esempio, nella ricostruzione dei vocabolari utilizzati per rappresentare il “problema psicologico” si è tenuto conto soprattutto di sostantivi ed aggettivi, eliminando i verbi; mentre nella ricostruzione delle principali azioni terapeutiche i verbi sono stati considerati, creando però delle equivalenze tra le diverse coniugazioni temporali della stessa radice (ad esempio, spiegando, spiegava, spiegherò sono state inglobate nell’unica etichetta “spiegare”).

Attraverso la procedura Vospec è possibile ottenere delle misure di specificità che indicano quanto una parola sia caratteristica di un testo nell’ambito di uno stesso *corpus*. Una forma grafica, cioè, può essere considerata specifica di un’intervista quanto più il testo di quel’intervista è in grado di assorbire la frequenza totale della forma grafica rispetto all’intero *corpus*. Tale analisi consente di ottenere delle tabelle di frequenza con le parole caratteristiche usate da un gruppo rispetto ad un altro<sup>7</sup>.

#### 4.5 Risultati del primo studio

La nostra interpretazione dei dati comprende le varie teorie sul cambiamento espresse dai partecipanti sia rispetto alla “soluzione” del caso presentato, sia in funzione dei resoconti personali registrati durante le interviste. Nell’esposizione, verranno riportati i frammenti di testo considerati più rappresentativi per esprimere il costrutto di significato identificato. Come abbiamo detto, inoltre, l’esposizione sarà arricchita da tabelle di frequenza indicanti il lessico caratteristico in funzione del quale ciascun gruppo si è distinto dall’altro<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Il calcolo eseguito fa riferimento al *value-test* che misura lo scarto tra la frequenza percentuale di una forma grafica in una classe e la frequenza percentuale totale (il livello di significatività è fissato a  $p < 0.05$ ; in alcuni casi verranno riportate parole non ‘significative’ da un punto di vista statistico ma comunque rilevanti per il contenuto espresso in particolare nel caso di termini esclusivi di un determinato gruppo).

<sup>8</sup> Nel corso delle analisi lessicali sui testi relativi al questionario si sono eliminati alcuni termini che i partecipanti potevano aver ripreso direttamente dai contenuti della traccia.

#### 4.5.1 La rappresentazione del problema psicologico

I risultati suggeriscono la presenza di un sistema di credenze prevalente in funzione del quale le persone configurano il problema psicologico. Nello specifico, un'interpretazione che possiamo offrire per rendere intelligibili l'eterogeneità delle rappresentazioni del disagio espresse dai partecipanti, tiene conto di due principi fondamentali: la polarità esterno/interno e la dimensione temporale (o gravità) del problema (Figura 4).

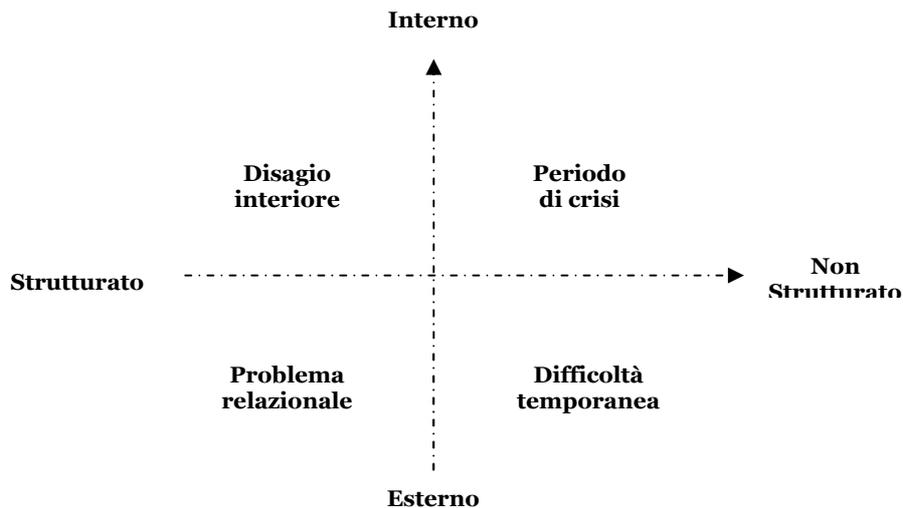


Figura 4. “La costruzione del problema psicologico: assi dimensionali”

In funzione di questi assi, il problema psicologico può essere inteso come:

- 1) una forma di “disagio interiore”;
- 2) un “problema relazionale stabile”;
- 3) un “periodo di crisi” legato ad una fase del ciclo di vita;
- 4) una “difficoltà temporanea” riferita a situazioni contingenti.

Questo schema è valido per rendere intelligibili sia le risposte degli studenti del primo che del quinto anno di università, seppure i due gruppi tendano a collocarsi con preferenze diverse all'interno dei quadranti sopra esposti.

##### 4.5.1.1 Il problema come ‘malattia’

I partecipanti al termine del percorso di studi sembrano più orientati a costruire il problema psicologico in termini strutturati. Una delle ragioni di questa differenza potrebbe essere ritrovata nel più ampio repertorio di vocaboli cui gli studenti del quinto anno fanno riferimento per connotare le problematiche entro un quadro di riferimento desunto dai manuali di psicopatologia.

Characteristic words or segments	Internal frequency	Global frequency	Test-Value	Probability
ansia	8	10	2,788	0,003
blocco	5	5	2,696	0,004
emotività	6	8	2,129	0,017
mancanza-di-fiducia	4	5	1,744	0,041
depressione	4	6	1,336	0,091
problemi-di-insicurezza	3	4	1,265	0,103
casi-di-disadattamento	3	4	1,265	0,103
senso-di-inadeguatezza	3	4	1,265	0,103
impotenza-appresa	2	2	1,253	0,105

**Tabella 6. “Vocabolario specifico (vospec) gruppo V anno: dalle narrative sulla descrizione del problema”**

Dall’elenco delle parole caratteristiche (Tabella 6) del gruppo del quinto anno (ottenute tramite procedura Vospec del programma Spad) troviamo infatti espressioni come “ansia” o “depressione” che si rifanno ad una tendenza alla categorizzazione nosografica non presente nel gruppo del primo anno. Di seguito riportiamo alcuni estratti che configurano la problematica come un “disagio interiore”, o come un “problema relazionale stabile”.

Il paziente presenta degli stati emotivi e dei modi di agire non funzionali alla sua vita. In modo sintetico descriverei la situazione come un caso di depressione.

[Int01, M, V anno, preferenza costruttivista]

Questo ragazzo per un senso di incapacità che ha sperimentato in qualche situazione è portato a relazionarsi in modo inefficace le volte successive, confermando le sue convinzioni negative.

[Int04, F, V anno, preferenza cognitivo-comportamentale]

Sindrome depressiva che comporta difficoltà nella realizzazione personale, nella creazione e nel mantenimento dei legami interpersonali.

[Int08, F, V anno, preferenza cognitivo-comportamentale]

Il soggetto presenta problemi nella sfera relazionale; ansia sociale; ansia da prestazione riferita al non superamento degli esami; si innestano quindi tratti depressivi...

[Int10, F, V anno, preferenza psicomodinamica]

#### 4.5.1.2 Il problema nello “specchio degli altri”

Gli studenti del primo anno tendono invece ad organizzare il problema psicologico collocandolo nel percorso evolutivo della persona. Questo, infatti, è visto emergere all'interno delle dinamiche familiari come forma di *ribellione* da una situazione vissuta come oppressiva, oppure come un malessere derivato dalla *paura di deludere il giudizio altrui*. Il timore di non corrispondere alle *aspettative* familiari, alle *richieste degli amici*, o ai connotati di un sé vissuto come *ideale*, rappresenta in effetti una tematica ricorrente e caratterizzante le risposte dei partecipanti più giovani.

Characteristic words or segments	Internal frequency	Global frequency	Test-Value	Probability
molto-comuni	8	8	1,721	0,043
causa	21	25	1,618	0,053
traumi-infantili	11	12	1,557	0,060
altri	14	16	1,503	0,066
inserimento	14	16	1,503	0,066
amicizie	10	11	1,389	0,082
tempo	10	11	1,389	0,082
comportamento	15	18	1,209	0,113
paura	5	5	1,081	0,140
aiuto	5	5	1,081	0,140
famiglia	30	40	0,854	0,196

**Tabella 7. “Vocabolario specifico (Vospec) I anno: dalle narrative sulla descrizione del problema”**

L'analisi delle parole caratteristiche (Tabella 7) mostra come i partecipanti del primo anno tendano a rappresentare la problematica sottolineandone gli aspetti di normalità (“molto-comuni”), identificandola spesso con fattori contingenti come la mancanza di “amicizie” o l’“inserimento” della persona in un contesto nuovo. Il riferimento costante al “comportamento” fa supporre inoltre una modalità conoscitiva degli studenti del primo anno (che, lo ricordiamo, si approssima alle conoscenze di senso comune più diffuse) tendenzialmente orientata a scorgere il dato empirico e tangibile di una problematica. Di seguito riportiamo alcuni estratti dai questionari che rappresentano il problema nei termini di una “crisi personale” o come una “difficoltà momentanea”:

Può essere descritta come un momento di disagio vissuto dallo studente... questo suo modo di sentirsi è legato in modo particolare alla mancanza di amicizie.

[Int01, F, I anno]

E' una specie di disorientamento esistenziale, come se avesse perso la bussola, quella cosa che lo può aiutare a capire quale direzione la sua vita deve

prendere alla luce di che persona sa di voler essere/diventare. Potrebbe trattarsi di una crisi esistenziale...

[Int47, M, I anno]

Sta attraversando un periodo di crisi esistenziale e soprattutto di identità, determinata dal passaggio dalla vita liceale a quella universitaria...

[Int44, F, I anno]

Potrebbe trattarsi, forse, di una difficoltà temporanea dovuta a qualche avvenimento...

[Int31, F, I anno]

## **4.5.2 La rappresentazione della stabilità del problema**

### **4.5.2.1 Relazioni e psicoanalisi popolare**

Per quanto riguarda gli studenti del primo anno l'attribuzione di cause rispetto all'origine del problema sembra polarizzarsi, per alcuni partecipanti, sul versante dell'intrapsichico e risente di rappresentazioni sociali principalmente di matrice psicodinamica (cfr. von Cranach, 1992). Questo significa che le teorie sul cambiamento di questo gruppo non sono propriamente organizzate in modo coerente al loro interno, dal momento che è possibile notare una discrepanza tra il modo di rappresentare il problema e le inferenze relative alla sua persistenza. Tra queste citiamo, come esempio, significazioni che si rifanno alla presenza di un "trauma infantile":

ricollegherei sicuramente la situazione presente a qualche trauma grave passato, magari momentaneamente rimosso...

[Int44, F, I anno]

al costrutto di "difesa" (ampiamente usato anche dal gruppo del quinto anno):

mi chiudo in me stesso, probabilmente è un meccanismo di difesa involontario...

[Int45, F, I anno]

o a quello di "repressione":

ha un'aggressività repressa da tempo...

[Int34, F, I anno]

Characteristic words or segments	Internal frequency	Global frequency	Test-Value	Probability
amicizie	15	15	2,496	0,006
stress	9	9	1,654	0,049
paura	8	8	1,485	0,069
delusione	8	8	1,485	0,069
insicurezza	8	8	1,485	0,069
isolamento	6	6	1,103	0,135
costretto	6	6	1,103	0,135
carattere	6	6	1,103	0,135
malessere	5	5	0,881	0,189
evento	5	5	0,881	0,189
giudizio	5	5	0,881	0,189
rimproveri	5	5	0,881	0,189
scontri	8	9	0,749	0,227

**Tabella 8. “Vocabolario specifico (Vospec) I anno: dalle narrative sulla descrizione delle cause”**

I vocaboli più nominati (Tabella 8) fanno comunque riferimento ad aspetti sociali e al mondo relazionale dell’individuo, come la mancanza di “amicizie” o il rischio di restare “isolati”.

Questo suo modo di sentirsi è legato in modo particolare alla mancanza di amicizie, aspetto fondamentale nella vita di ogni giovane...

[Int01, F, I anno]

Il costrutto di “paura” viene ampiamente citato anche nell’elenco di condizioni che possono facilitare o impedire il processo di cambiamento, mentre le dinamiche familiari sono continuamente rappresentate in termini di situazioni oppressive, dove si perpetuano “rimproveri” e “scontri”.

Anche i genitori potrebbero aver causato, magari involontariamente, l’insorgere di questo problema perchè chiedono troppo al figlio... Può essere che abbiano scelto per lui, invece di lasciargli intraprendere la strada che voleva e quindi lui si sente oppresso. Hanno troppe aspettative nei suoi confronti e credono che non s’impegni abbastanza...

[Int24, F, I anno]

Nel tentativo di giustificare il perdurare di una condizione problematica (nonostante la rappresentazione del problema non contemplasse, come abbiamo visto, l’ipotesi di strutturazione), questo gruppo utilizza spesso il costrutto di “carattere”, particolarmente citato nei resoconti delle interviste centrati su esperienze personali.

Mi sembra di avere un grosso disagio interiore, che non riesco ad accettare e di conseguenza ad affrontare, forse è a causa di come sono fatta, del mio carattere...

[Int29, F, I anno]

Sono timido e non riesco bene a relazionare con gli altri...

[Int39, F, I anno]

#### **4.5.2.2 Dalla ‘causa’ ai processi di mantenimento**

Per quanto riguarda il gruppo degli studenti del quinto anno, una differenza sostanziale è data dal rifiuto di rintracciare un'unica singola causa a giustificazione della problematica incontrata. Piuttosto, alla fine del percorso di formazione, gli studenti tendono a ricostruire in termini processuali i “diversi” fattori che possono contribuire a mantenere il problema. Seppur gli elementi lessicali, quindi, possano risultare sovrapponibili nei due gruppi (come il riferirsi al costrutto di “difesa” o a quello di “carattere”), le logiche di aggregazione di tali elementi sono radicalmente diverse, rimarcando in questo gruppo una maggiore complessità concettuale. Questa consente allo studente non solo di visualizzare una possibile condizione di insorgenza del problema, ma anche una dimensione contestuale in ragione della quale vengono formulate ipotesi sulle dinamiche di mantenimento del problema, o su come le conseguenze di un disagio si trasformino spesso in possibili cause e viceversa. Di seguito vengono riportati alcuni esempi:

Non saprei individuare le origini dalla situazione fornita. Al massimo posso sapere che più fattori portano alla generazione di realtà vissuta come problematica...

[Int02, F, V anno, preferenza costruttivista]

La situazione di un ragazzo che non riesce ad uscire da un circolo vizioso che parte da un sentimento di inadeguatezza (dovuto al carattere ed ai fallimenti che ha vissuto) e che causa paura di sbagliare, staticità (non fare esami) che causa la disapprovazione della famiglia e che causa ulteriore senso di inadeguatezza e sconfitta.

[Int05, F, V anno, preferenza costruttivista]

Characteristic words or segments	Internal frequency	Global frequency	Test-Value	Probability
fallimento	14	21	3,552	0,000
informazioni	6	6	3,315	0,000
vergogna	5	5	2,933	0,002
autostima	8	15	1,843	0,033
aspettative	5	9	1,432	0,076

**Tabella 9. “Vocabolario specifico (Vospec) V anno: dalle narrative sulla descrizione delle cause”**

L’attenzione ai “processi di mantenimento” è una comune peculiarità dei partecipanti di gruppo al di là delle singole prospettive teoriche, accomunando gli studenti che hanno espresso una preferenza per l’orientamento psicodinamico e quelli che hanno espresso una predilezione per l’approccio cognitivo-comportamentale. Ad esempio (Tabella 9), il costrutto di “vergogna” o quello di “aspettative negative” vengono frequentemente riportati per descrivere le dinamiche entro le quali il problema può svilupparsi e mantenersi nel tempo.

Chiaramente, la timidezza o l’evitamento difendono nei confronti dell’imbarazzo, dell’umiliazione, del rifiuto e del fallimento e difendono pertanto dal timore di non corrispondere alle alte aspettative che il soggetto stesso o le figure genitoriali interiorizzate nutrono nei confronti di se stessi. La vergogna sembra derivare da molte differenti esperienze evolutive vissute in maniera inadeguata che possono essere riattivate nel paziente se lo si espone ad un gruppo di persone o a un individuo che riveste per lui un ruolo particolarmente importante.

[Int17, F, V anno, preferenza psicodinamico]

Questo ragazzo per un senso di incapacità che ha sperimentato in qualche situazione è portato a relazionarsi in modo inefficace le volte successive, confermando le sue convinzioni negative. Probabilmente ha vissuto esperienze nella sua vita che lo hanno portato ad avere questa idea di sé... ha delle convinzioni distorte e bisognerebbe vedere quali sono gli eventi oggettivi che le confermano e quelle che le sconfermano.

[Int04, F, V anno, preferenza cognitivo-comportamentale]

Costrutti di significato dominanti che caratterizzano gli studenti del quinto anno sono legati al tema della realizzazione sulla cui base vengono generate rappresentazioni del problema nei termini di fallimenti personali. Rispetto al gruppo degli studenti del primo anno prevale una visione razionalista dell’individuo, percepito come mosso da ragioni e significati, ancor prima che in balia

di eventi scatenanti, traumi o istanze inconscie. Essi sottolineano infatti l'aspetto iatrogeno legato ad esperienze ripetute di "fallimento": a differenza dell'idea di "trauma" spesso citata nei resoconti degli studenti del primo anno, qui l'elemento strutturante non è tanto l'esperienza in sé e per sé, quanto il *perpetuarsi dell'esperienza negativa* nei diversi ambiti della propria vita. In questo modo, viene (in parte) abbandonata una logica di causalità lineare in favore di una causalità circolare e multi-fattoriale, rimarcando il fattore "tempo" come elemento importante ed imprescindibile di una teoria sul cambiamento.

L'origine di questo problema potrebbe essere un precedente fallimento che ha generato un "circolo vizioso" che porta il giovane ragazzo a sentirsi un fallimento in vari ambiti della vita personale.

[Int07, F, V anno, preferenza cognitivo/costruttivista]

### **4.5.3 La costruzione degli obiettivi e delle strategie**

#### **4.5.3.1 Spiegazioni, consigli e chiacchierate**

Gli obiettivi e le strategie di cambiamento adottate dagli studenti del primo anno, estremamente ricchi ed eterogenei, derivano necessariamente dal percorso concettuale seguito dall'individuo nel rappresentarsi il problema; essi tuttavia partono da alcune presupposizioni comuni che esprimono una visione "determinista" del comportamento umano. In altri termini, esistono delle assunzioni implicite culturalmente sostenute, che diventano prescrittive rispetto ai tentativi che la persona fa per cambiare. Tra esse, spicca l'esigenza di "ricercare delle cause" alla problematica espressa:

Con una profonda auto-riflessione cercherei di risalire alle cause e a trovare un perché a tutto ciò...

[Int49, M, I anno]

e il "bisogno di capire" la situazione:

Vorrei vedere le cose più realisticamente, di solito in questi casi si è piuttosto paranoici, si ingrandiscono le cose brutte.

[Int23, F, I anno]

Una strategia ampiamente utilizzata fa riferimento alla necessità di organizzare il piano dell'intervento su *piccoli obiettivi tentando di perseguirli uno alla volta*. Questa strategia è ancorata ad una rappresentazione del cambiamento di tipo "graduale", dove la meta è vista come

raggiungibile *grazie a piccoli passi* e non attraverso modificazioni radicali o cambiamenti catastrofici.

Poi cercherei di impegnarmi un po' di più nello studio, di pormi dei piccoli obiettivi. Costruirsi dei piccoli successi personali può aumentare la stima di sé e motivare a dare sempre di più.

[Int24, F, I anno]

Come detto prima gli consigliere di provare a piccoli passi a instaurare un rapporto con i suoi compagni di corso: un giorno una parola, il giorno dopo un'altra.

[Int39, F, I anno]

Cercherei anche di far raggiungere al ragazzo dei piccoli traguardi quotidiani per fare in modo che ogni giorno possa avere le sue soddisfazioni.

[Int41, F, I anno]

Gli consiglierei di provare a pensare meno alle conseguenze delle sue azioni concentrandosi piuttosto su piccoli obiettivi da raggiungere gradualmente, per migliorare i suoi rapporti con familiari e conoscenti...

[Int05, F, I anno]

Un'altra significazione importante emersa nell'organizzare il cambiamento è l'aspetto normativo legato al problema: su questo asse le modalità di cambiamento possono differenziarsi come procedure volte a "minimizzare" la gravità del problema e quindi a mantenere la persona all'interno di un contesto relazionale:

Vorrei poterlo convincere che si tratta di una situazione normale e che non deve necessariamente essere lui ad avere qualcosa di sbagliato...

[Int25, F, I anno]

oppure strategie che accentuano le incompatibilità tra le difficoltà presentate dalla persona e il contesto di riferimento; in questo caso la soluzione sembra orientare l'azione individuale a ricercare "nuove esperienze" di vita in generale:

Potrebbe essere molto d'aiuto inserirsi in nuovi contesti nei quali si possono conoscere persone nuove e creare nuovi rapporti.

[Int23, F, I anno]

Inoltre, mentre le teorie di senso comune si avvalgono prevalentemente di costrutti di matrice psicodinamica nella definizione/interpretazione del problema (repressione, proiezione, meccanismi di difesa, trauma), le strategie di cambiamento impiegano più spesso inferenze di tipo logico-razionale, il che le accomuna ad alcune procedure terapeutiche utilizzate nei modelli cognitivisti, come “critiche semantiche e razionali” e “operazioni di confronto” (Beck, 1997):

Gli consiglieri di guardare la realtà con occhi più positivi e cercherei di portarlo con il ragionamento a capire...

[Int35, F, I anno]

Characteristic words or segments	Internal frequency	Global frequency	Test-Value	Probability
conoscere	13	14	1,959	0,025
parlare	24	29	1,754	0,040
fare	95	130	1,619	0,053
fiducia	7	7	1,593	0,056
aiutare	30	38	1,530	0,063
superare	13	15	1,450	0,074
ricevere	6	6	1,379	0,084
guardare	6	6	1,379	0,084
vedere	18	22	1,354	0,088
sfogare	9	10	1,291	0,098

**Tabella 10. “Vocabolario specifico (Vospec) I anno: dalle narrative sulla costruzione dell’azione terapeutica”**

Dall’analisi delle parole caratteristiche (Tabella 10) emerge come gli studenti del primo anno indichino, tra le strategie di cambiamento, la necessità di “conoscere” la *vera natura* del problema. Questo elemento è strettamente associato alla formulazione di obiettivi che per lo più sono orientati ad *incrementare la consapevolezza personale e a ricercare un contatto maggiore con la parte di sé più vera ed autentica*.

Credo che una psicoterapia possa essere utile a qualsiasi essere umano come semplice mezzo per la conoscenza di se stessi.

[Int49, M, I anno]

Oltre a questo, una strategia elettiva viene rintracciata nelle possibilità di dialogo tra individui, conferendo al fatto di “parlare” proprietà magiche che possono risultare di per sé risolutive delle problematiche personali. In effetti, la concezione del cambiamento di questo gruppo è in parte ancorata all’idea della “catarsi” da cui è possibile cogliere l’accezione del verbo “parlare” come opportunità di reciproco “sfogo”.

#### 4.5.3.1 Informazioni e diagnosi

Il gruppo di studenti del quinto anno di psicologia tende ad organizzare strategie di cambiamento prevalentemente orientate a costruire un'accurata "valutazione" clinica del caso. Per compiere questo è necessario "raccolgere" tutte le "informazioni" necessarie in modo tale da ricomporre la "storia" del paziente con particolare attenzione alla sua "anamnesi". Dall'analisi delle parole caratteristiche (Tabella 11) appare chiara un'enfasi valutativo/descrittiva che qui è ben rappresentata dall'abbondanza d'uso di verbi come "raccolgere", "indagare", "valutare" e "comprendere".

Characteristic words or segments	Internal frequency	Global frequency	Test-Value	Probability
risorse	6	6	2,973	0,001
indagare	9	12	2,635	0,004
anamnesi	5	5	2,622	0,004
pensieri	4	4	2,227	0,013
valutare	4	4	2,227	0,013
modificare	3	3	1,768	0,039
raccolgere	3	3	1,768	0,039
storia	3	3	1,768	0,039
strategie	3	3	1,768	0,039
rinforzare	3	3	1,768	0,039
frequentare	3	3	1,768	0,039
comunicare	7	11	1,736	0,041
comprendere	7	11	1,736	0,041
attribuire-significati	4	5	1,670	0,047
abilità	4	5	1,670	0,047
emozioni	5	7	1,667	0,048
informazioni	12	23	1,622	0,052

**Tabella 11. "Vocabolario specifico (Vospec) V anno: dalle narrative sulla costruzione dell'azione terapeutica"**

Nello specifico, le preferenze degli studenti verso particolari prospettive teoriche ancora il processo diagnostico a determinati costrutti oscillando dall'*esplorazione dei pensieri disfunzionali* (cognitivo-comportamentali), alla *scoperta di bisogni ed emozioni* (psicodinamici), fino a forme di *comprensione dell'altro* più genericamente intese.

Se fossi io il protagonista cercherei di capire quali siano i pensieri che mi innescano uno stato emotivo disfunzionale e cercherei di modificarli prima a livello conscio e, se poi non funzionasse, a livello inconscio (mediante particolari training o auto-induzione ipnotica).

[Int14, M, V anno, preferenza cognitivo-comportamentale]

Ritengo indispensabile comprendere i bisogni della persona perché la soddisfazione dei bisogni è sicuramente una motivazione.

[Int23, F, V anno, preferenza psicodinamica]

Organizzerei l'intervento cercando di comprendere innanzitutto le ragioni profonde legate alla preoccupazione di fallire che lo studente mostra. Potrei domandargli da quanto tempo sente il peso di tale preoccupazione e da cosa egli crede che derivi, ossia se ritiene che ci sia stato un episodio scatenante. Potrei, inoltre, domandargli che comportamenti mette in atto nelle circostanze in cui tale preoccupazione lo paralizza e a cosa portano concretamente questi comportamenti.

[Int26, F, V anno, preferenza cognitivo/costruttivista]

Le strategie di normalizzazione così abbondanti nel gruppo di studenti del primo anno vengono qui sostituite da due prassi di intervento che, allineate al medesimo scopo di destrutturare il problema, consentono di raggiungerlo in maniera decisamente più efficace ed efficiente. La prima strategia consiste nell'intraprendere un processo diagnostico orientato alla scoperta di risorse piuttosto che all'individuazione di patologie. La seconda strategia consiste nel contestualizzare le problematiche descritte ad un determinato ambito, evitando di produrre generalizzazioni improprie e di sovrapporre, quindi, l'identità della persona al problema effettivamente presentato.

Cercherei di far emergere le qualità e i punti di forza della persona, cercando di contestualizzare i fallimenti. Stimolerei la persona a pensare a tutte le volte in cui è stato facile e si è sentita realizzata per comprendere quali sono gli elementi sui quali concentrarsi per delineare un intervento.

[Int08, F, V anno, preferenza cognitivo-comportamentale]

Gli consiglieri di giocare un ruolo più attivo nella sua vita, di essere quindi propositivo e non critico; inoltre gli consiglieri di comunicare maggiormente con i genitori per spiegare loro il proprio punto di vista e i propri sentimenti.

[Int11, F, V anno, preferenza sistemico]

Cercherei di motivarlo, di farlo riflettere e rinforzerei le sue risorse...

[Int33, F, V anno, preferenza psicodinamico]

Penso che una psicoterapia possa giovare non solo a lui, ma indirettamente anche ai genitori. Potrebbe essere utile per alleggerire il senso di colpa, aiutarlo a

trovare le sue risorse, avere una maggiore consapevolezza del suo ruolo positivo all'interno della famiglia.

[Int35, F, V anno, preferenza psicodinamico/sistemico]

Infine segnaliamo uno spostamento d'asse particolarmente evidente nella definizione di obiettivi, in cui il gruppo del quinto anno individua come necessario il *cambiamento del punto di vista* della persona. Con questo vogliamo sottolineare un possibile allentamento nell'atteggiamento conoscitivo degli studenti che non è più orientato a cogliere i soli "dati grezzi" di realtà (come accadeva per gli studenti del primo anno attenti soprattutto agli aspetti comportamentali). Gli studenti del quinto anno sembrano infatti esprimere, con più enfasi, che la realtà clinica non possa essere organizzata indipendentemente dalle specificità della prospettiva del cliente.

Direi al giovane di autodescriversi e raccoglierei informazioni su quanto egli si confronti con gli altri e con le "norme sociali" che caratterizzano la vita di un giovane universitario. Cercherei di capire... Una volta selezionato il "qui ed ora" cercherei di generare in lui il cambiamento, mutando il suo modo di descriversi.

[Int07, F, V anno, preferenza cognitivo/costruttivista]

Il cambiamento è essere in grado di assumere un nuovo punto di vista rispetto alle situazioni della propria vita...

[Int22, F, V anno, preferenza costruttivista]

Il confronto con gli altri può aiutarmi a vedere la mia situazione da altri punti di vista e a scorgere le stesse difficoltà vissute da altri e superate, questo potrebbe aiutarmi a prospettare possibili soluzioni o comunque a pensare di poter io stessa agire per modificare...

[Int23, F, V anno, preferenza psicodinamica]

#### **4.5.4 Le condizioni del cambiamento: motivazione e volontà come principi esplicativi**

Sottolineando le condizioni generali che possono facilitare o inibire il processo di cambiamento, emerge infine un costrutto dominante per entrambi i gruppi, quello di "motivazione/volontà", citato sia per giustificare il buon esito di un cambiamento ricercato, sia per circoscrivere in esso la causa di un suo eventuale fallimento:

La cosa fondamentale è la volontà della persona nel voler davvero cambiare [oppure] se questo non dovesse accadere vuol dire che non mi sono impegnato a fondo...

[Int30, F, I anno]

Credo che un elemento fondamentale sia la motivazione al cambiamento: più la persona è motivata più è possibile il cambiamento.

[Int08, F, V anno, preferenza cognitivo-comportamentale]

Oltre a questo aspetto, i temi del “coraggio” e della “fiducia” risultano altrettanto pervasivi nel definire le condizioni ottimali per conseguire un cambiamento in psicoterapia.

Certo è che tutto questo richiede indubbiamente molto coraggio. Si tratta di scavare molto dentro se stessi, e questo può fare molta paura, non sai cosa puoi trovare, quanti “scheletri nell’armadio!”...

[Int31, F, I anno]

Il cambiamento richiede una dose di riflessione ed una di “coraggio” , di fiducia nelle proprie capacità.

[Int14, M, V anno, preferenza cognitivo-comportamentale]

Il ragazzo dovrebbe poter sperimentare una fiducia nel terapeuta prima e, conseguentemente, anche in se stesso. Inoltre dovrebbe percepire la sua situazione come transitoria e non come definitiva.

[Int15, M, V anno, preferenza cognitivo/costruttivista]

Riacquistare la fiducia in se stessi sarebbe un grande passo dopo tutto il resto verrebbe spontaneo.

[Int39, F, I anno]

Per quanto riguarda gli studenti del primo anno segnaliamo inoltre una dimensione di significato ricorrente che fa riferimento ad una generica “forza”, rimarcando rappresentazioni metaforiche dominanti di questo gruppo imperniate sia sull’idea di “sforzo” e “impegno” (inteso come “sforzo di volontà”), sia sul “sistema idraulico” mutuato dall’apparato concettuale della psicoanalisi freudiana. Il costrutto dominante di “forza” organizza sia le narrazioni di un cambiamento di successo, sia le proprietà generalmente intese che servono come requisiti necessari a perseguire gli obiettivi di un percorso di cambiamento personale. In funzione di questa tematica, il problema assume spesso le caratteristiche di una “mancanza”, di una “perdita” o di una “carezza”, intesa come deviazione da una “costituzione normale” alla quale non tutti gli individui possono aderire. Lo scostamento da questa norma, infatti, si configura come “debolezza”, un’argomentazione questa

che viene replicata frequentemente anche nella domanda in cui viene richiesto di esplicitare le ragioni per un ipotetico mancato cambiamento.

Gli direi di cercare di tirar fuori la grinta e la forza per riuscire a combattere il senso d'inferiorità e di aumentare invece l'autostima.

[Int24, F, I anno]

E' come se egli avesse davanti a sé un muro e non avesse la forza di abbatterlo.

[Int51, M, I anno]

Serve tanta energia che devo imparare ad incanalare nelle mie espressioni...

[Int14, F, I anno]

Infine un dato interessante lo si ritrova quando, a giustificazione di un ipotetico fallimento, viene nominato l'errore clinico come elemento discriminante il successo dal non successo in psicoterapia. Mentre gli studenti del primo anno parlano preferibilmente di un errore nella *strategia* dello psicologo, gli studenti del quinto anno (forse maggiormente identificati con la figura professionale) rimarcano un'*incapacità* dello psicologo e una sua inadeguatezza più generale nel condurre il processo psicoterapeutico.

Perciò l'errore è stato nell'analisi del problema da parte dello psicologo e nell'approccio sbagliato...

[Int42, M, I anno]

[Il fallimento clinico] potrebbe dipendere da una "relazione terapeutica" non ideale o dall'incapacità dello psicologo di capire e di agire in vista di tale cambiamento.

[Int26, F, V anno, preferenza costruttivista]

#### **4.6 Discussioni sul primo studio**

A fronte delle interconnessioni che si possono rintracciare tra i dettagli delle teorie sul cambiamento sopra esposte possiamo ora definire alcune rappresentazioni più generali del *fenomeno* del cambiamento, per come questo viene presupposto all'interno dei resoconti dei due gruppi di partecipanti. Per questa operazione di sintesi sarà dunque necessario stabilire delle ipotetiche relazioni (semantiche) tra i livelli analizzati, intrecciando – in una logica che risulti intelligibile – le modalità di configurazione del problema con quelle di pianificazione dell'intervento clinico. Ad esse, dovremo inoltre aggiungere gli assetti metaforici replicati nei testi delle interviste che,

attraverso analogie e sedimentazioni figurative, consentono di organizzare coerentemente le teorie sul cambiamento entro quadri iconici e concettuali di più facile rappresentazione.

I partecipanti del primo anno propongono un'immagine del cambiamento ancorata all'idea della "catarsi", dello "scavo archeologico", della "ribellione" e dell'"atto di volontà". Il cambiamento è un processo di *scoperta* ma che non avviene in modo naturale. Esso viene di solito motivato da un *malcontento* sperimentato dalla persona, molte volte, all'interno del suo *nucleo familiare*. E' quindi un'*esigenza* che si avverte e che richiede una posizione decisa per *separarsi*. Si cambia con *fatica* e, a fronte di questo, diventa necessaria la costanza, la *decisione*, la *forza di volontà*. Cambiare significa anche *sfogarsi, liberarsi, lasciare uscire ciò che abbiamo dentro*, alla ricerca di un sé reale e di un'*identità più vera*.

I partecipanti del quinto anno propongono un'immagine del cambiamento sulla quale è possibile tracciare comunanze e differenze rispetto al gruppo precedente. Infatti, mentre permangono (in parte) metafore legate alla "scoperta di sé" e allo "sforzo personale", vengono anche ridimensionate significazioni che vedono il cambiamento veicolato da uno "sfogo" o come un ripristino di una condizione di "forza", intesa come dotazione di normalità. Comincia a costruirsi invece una visione del cambiamento meno definita e più frammentata a seconda dei percorsi formativi intrapresi dai partecipanti. Il cambiamento, infatti, è visto da alcuni come più *naturale e sempre possibile*. Esso è anche visto come la *ripresa della propria vita dopo un blocco*. Ma allo stesso tempo, altri lo leggono come un'opera per *risanare*, traducendo l'idea di cambiamento entro un lessico medico che lo accomuna ad un processo di *guarigione*. Il vocabolario si fa più tecnico, più specialistico, sebbene rimanga integrato, a diversi livelli, con dimensioni di significato molto più diffuse quali l'idea di *paura, coraggio, motivazione, fiducia e riflessione*. Oltre ai termini mutuati dalla medicina, sembra che i processi di ancoraggio siano attivi nel creare continuamente delle interconnessioni tra concetti generici e costrutti teorici specifici, assimilati durante il percorso di studi. Ad esempio, le dimensioni dentro/fuori vengono sostituite dalla topica freudiana che distingue tra *conscio/inconscio*, mentre il lessico comportamentale sostituisce con i costrutti di *apprendimento e rinforzo* il concetto più generico di "causa".

Più in generale, possiamo dire che i due gruppi mantengono una costruzione del fenomeno del cambiamento all'interno di un'ottica razionalista, convalidando le intuizioni di Slife e Williams (1995, p. 59) quando affermano che "uno studioso di scienze sociali che non si confronta con le assunzioni implicite del suo modo di organizzare le conoscenze, tenderà a replicare quelle deterministiche". Come vedremo negli studi successivi, i quadri concettuali che emergono da questi gruppi di partecipanti sono simili alle rappresentazioni del cambiamento dei terapeuti di orientamento psicodinamico, cognitivo-comportamentale e, almeno per la dimensione iconica,

anche sistemico. Inoltre, buona parte delle significazioni più comuni che nei resoconti sono state prodotte per illustrare la dinamica del cambiamento (paura di cambiare, impegno per cambiare, decisione di cambiare...) è possibile ritrovarle all'interno delle teorie espresse dalla maggioranza degli psicoterapeuti. Le principali antinomie che fondano il discorso degli studenti vengono infatti riproposte dai gruppi di specialisti nel punteggiare le caratteristiche del processo di cambiamento, rendendolo – attraverso questa operazione conoscitiva – un vero e proprio fenomeno da studiare. Queste antinomie semantiche sono esplicitate, nei resoconti dei partecipanti qui analizzati, principalmente nella polarità indicata nella colonna di sinistra (Tabella 12).

Difficile	Continuo
Graduale	Inaspettato
Individuale	Relazionale
Interno	Esterno
Consapevole	Inconsapevole
Profondo	Superficiale
Ragionato	Improvviso
Consolidato	Temporaneo

:

**Tabella 12. “La fenomenologia del cambiamento (studenti I-V anno)”**

In definitiva, le argomentazioni degli studenti del quinto anno, seppur più articolate e arricchite da qualche sporadico tecnicismo, non si discostano significativamente dalle produzioni di testo dei loro colleghi più inesperti. Questo è un dato che può aprire a diverse considerazioni circa il tipo di professionalità che viene costruita all'interno della Facoltà di Psicologia. Ad esempio, un'interpretazione possibile è quella di ammettere che le competenze psicologiche non abbiano la necessità di discostarsi in modo rilevante dalle teorie di senso comune più diffuse nel contesto culturale di appartenenza. In questo senso, possiamo dire che esiste una dimensione dialettica che fa delle teorie psicologiche un genere particolare di teorie: il loro costituirsi come paradigmi di riferimento scientifico è cioè dipendente dalle legittimazioni che costantemente ricevono dalla psicologia del senso comune proprio perché, di fatto, le teorie psicologiche creano nella realtà del vivere quotidiano quegli stessi fenomeni che intendono (o possono) spiegare.

#### **4.7 Verso un cambiamento individualista**

Una matrice culturale rende accessibili strutture limitate di significato per un certo evento o fenomeno, delimitando i confini di conoscibilità e di azione che si possono intraprendere in relazione ad esso. Il presente studio si è proposto quindi di esplicitare alcune dimensioni di significato entro cui le configurazioni del disagio psicologico e della sua risoluzione prendono forma. Con questo, il lavoro svolto intende promuovere una maggiore riflessione sulla reciprocità tra teorie scientifiche e teorie ingenuie sul cambiamento, inserendosi in quel filone di studi (Duncan & Moynihan, 1994) che considera l'efficacia della psicoterapia anche in funzione del rispetto della posizione del cliente (Fisch *et al.*, 1982) e della similarità tra le teorie di questo ultimo e quelle del clinico (Worthington & Atkinson, 1996). Questi primi dati suggeriscono la plausibilità nel ritenere che i discorsi di senso comune siano effettivamente ancorati ad alcuni miti fondativi che sottintendono e definiscono particolari qualità del fenomeno. Quanto affiora da questi resoconti, è infatti un'immagine del cambiamento che si sposta, con l'avanzare della formazione in psicologia, da un'ottica parzialmente relazionale ad una più marcatamente individualista: quasi un percorso che si decide di seguire da soli, grazie al proprio intelletto, alla propria consapevolezza, alla propria forza di volontà e convinzione. Come vedremo negli studi successivi, questa è una costruzione sociale che, almeno in parte, viene legittimata dai professionisti della psicoterapia.

# V Capitolo

## SECONDO STUDIO

### I NUCLEI FIGURATIVI DEL SAPERE TERAPEUTICO: OGGETTIVAZIONI DEL “PROBLEMA PSICOLOGICO” E DEL “CAMBIAMENTO” IN PSICOTERAPIA

#### 5.1 Quali “oggetti” per la psicoterapia?

Nella pratica clinica, lo psicoterapeuta incontra “oggetti” ed “eventi” problematici che sono spesso riorganizzati dalle attività conoscitive del suo cliente (l’osservato), ma anche dalle teorie esplicite ed implicite che egli adotta in qualità di osservatore (Bem & De Jong, 1997; Heiman, 1995; Slife & Williams, 1995). Lo psicoterapeuta, cioè, non può prescindere dalle teorie e dalle concezioni che guidano il suo sguardo da scienziato. Difatti, mentre il medico può evitare di interrogarsi sul “paradigma” che gli conferisce la convinzione di lavorare sui “mattoni della natura” (ovvero sui dati di una realtà indipendente dai suoi asserti teorici), lo psicoterapeuta non può mettere tra parentesi questo genere di riflessioni, in quanto le strategie conoscitive che mette in campo si intersecano con gli eventi osservati, contribuendo a costruire quel particolare tipo di realtà negoziata che si genera nell’incontro terapeutico (Hall, *et.al.*, 1998; Woolfolk, 1998; Salvini, 1988).

Le informazioni relative agli “oggetti” della psicoterapia, infatti, sono sempre interpretate a partire da campi di conoscenza preesistenti, che servono come quadro di riferimento (Slife *et.al.*, 2001). A queste considerazioni dobbiamo aggiungere, come suggerisce Heider (1958), che tutte le teorie psicologiche conservano concetti di senso comune che non analizzano e non esplicitano chiaramente. Il senso comune è l’esatto contrario di una conoscenza consapevole ed ordinata e i suoi asserti vengono percepiti come dati dell’esperienza immediata e fondata su “come il mondo è” piuttosto che su “come il mondo sembra essere” (Wagner & Hayens, 2004). E’ dunque legittimo ritenere che l’agire terapeutico evolva nelle situazioni cliniche con tutto un insieme di a-priori (Bergin, 1991), di sistemi di pensiero predefiniti, di schemi interpretativi che consentono di organizzare le azioni in una realtà rappresentata, strutturata e trasformata.

A fronte di quanto detto, possiamo riscontrare come il linguaggio psicologico sia permeato da diverse configurazioni metaforiche, alcune irriconoscibili perché letteralizzate e assunte per vere descrizioni di fenomeni, altre più riconoscibili in quanto prese a prestito da diversi ambiti e generi discorsivi (Lakoff & Johnson, 1980; Kuhn, 1979; Ortony, 1979). Gli scenari clinici della psicologia, con le rispettive teorie e pratiche psicoterapeutiche, vivono di questi prestiti (Faccio & Salvini, 2007; Gergen, 1990; Leary, 1990): allusioni, analogie, paragoni, metafore, ecc. Forme che servono

a rappresentare ciò che è difficile da nominare, da rappresentare e, in definitiva, da comunicare in modo comprensibile a sé stessi o ad un interlocutore (Moscovici, 1984). Il sapere psicoterapeutico ha cioè bisogno di metafore perché gli “eventi” di cui si occupa, non essendo oggetti, appartengono sempre e necessariamente al campo del discorso e dell’ipotetico (Curd & Cover, 1998; Lakatos & Musgrave, 1970; Mahrer, 2000; Polkinghorne, 1983; Rychlak, 2000). Di conseguenza, le forme retoriche che vengono utilizzate dai terapeuti, le metafore, così come le immagini del “problema psicologico” o del “cambiamento”, pur non costituendosi sempre come degli aspetti formalizzati dai vari orientamenti di scuola, fondano un sistema di orientamento parallelo capace di sostenere e dirigere significativamente l’attività clinica (Gergen, 2006). Queste rappresentazioni si sedimentano a livello implicito (Cassirer, 1957), costituendosi per lo psicoterapeuta come dato evidente del mondo per il fatto stesso di essere parte della conversazione della tradizione interpretativa a cui aderisce (Doise, *et al*, 1992; Fish, 1980). I quadri iconici condivisi da un gruppo, quindi, sono in grado di organizzare le azioni di quel gruppo, diventando parte integrante della realtà a cui essi si rivolgono (Moscovici, 1981).

Il presente contributo si propone quindi di “smascherare” questi assetti di fondo per rendere esplicite le dimensioni di significato latenti vissute come fatti naturali della vita (Reichert, 2004), avanzando un’esplorazione delle strutture di conoscenza e dei sistemi rappresentazionali (Flick, 2006; Moscovici, 1976) che terapeuti di diversa affiliazione teorica utilizzano per configurare il caso clinico e il processo di cambiamento.

## **5.2 Approfondimenti teorici**

### **5.2.1 Realtà mediate: i processi di oggettivazione**

Il lavoro si muove entro un impianto concettuale di tipo socio-costruttivista (Contarello & Mazzara, 2000), intrecciando, come si è detto nel capitolo precedente, la teoria delle rappresentazioni sociali (Farr, Moscovici, 1984) con la teoria dell’azione diretta a scopo (von Cranach *et. al.*, 1992). Per rappresentazioni sociali intendiamo qui la provvista di conoscenze ordinate, rese astratte e standardizzate di una società o di una sua sub-unità (gruppo sociale) che si organizza come un sistema simbolico sovra-individuale capace di strutturare valori, norme, atteggiamenti e conoscenze condivise da un gruppo di persone. In funzione di queste, la prassi clinica viene a configurarsi nei termini di un’attività strutturata in azioni finalizzate attraverso cognizioni parzialmente coscienti e di origine sociale (von Cranach, 1992). Questo studio muove cioè dal presupposto che l’agire terapeutico sia regolato dall’attività intenzionale dei clinici e venga orientato, in modo più o meno consapevole, attraverso uno schema mezzi-fini (von Cranach & Harré, 1982). Strategie ed obiettivi del terapeuta vengono inoltre selezionati a partire dal sistema simbolico che viene mutuato dal

gruppo di riferimento, quindi in funzione della matrice di significati attraverso la quale viene solitamente configurata la realtà problematica del cliente e vengono prodotte anticipazioni per un suo (eventuale) cambiamento.

I diversi modelli della psicoterapia costruiscono, attraverso le relative rappresentazioni oggettivate, la realtà di cui si occupano, ospitando in anticipo quanto la domanda ha precedentemente ritagliato e consegnato come problema (Faccio & Salvini, 2007). Attraverso il processo dell'oggettivazione (o reificazione), che porterebbe a trattare i prodotti dell'attività umana come se fossero originati da qualcosa d'altro, il terapeuta seleziona, legittima e costruisce "oggetti", contribuendo a dare forma sia alle espressioni del disagio, che alle tappe necessarie per una sua risoluzione. A tale proposito, lo specifico dello studio qui presentato si focalizza sui processi di oggettivazione che Moscovici (1976) ritiene essere alla base del processo di costruzione delle rappresentazioni sociali. L'oggettivazione, come si è ricordato, è quella modalità conoscitiva che consente di riassorbire un eccesso di significati materializzandoli, ovvero sia di trattare concetti astratti come se fossero cose concrete. Oggettivare significa quindi tramutare i concetti in immagini, scoprendo o rendendo salienti le qualità iconiche di un'idea. Nel processo di materializzazione di un'astrazione, ogni rappresentazione realizza un differente livello di realtà, trasformando concetti, analogie e metafore nella vera e propria essenza del reale percepito (Moscovici, 1984). Questi livelli di realtà di secondo ordine sono creati entro le tradizioni linguistiche e interpretative di una collettività e svaniscono con essa, non avendo di fatto alcuna realtà propria. Perciò i sostantivi e gli aggettivi che utilizziamo per dare forma a fenomeni complessi finiscono col diventare, attraverso la familiarità d'uso, il fenomeno in sé e per sé. L'immagine del concetto cessa di essere un segno e diventa la "realtà", facendo perdere alla nozione dalla quale è derivata il suo carattere concettuale, astratto e generalmente arbitrario. Quando l'immagine è totalmente assimilata, allora il concepito viene sostituito dal percepito, lasciando che il carattere oggettivo della realtà sociale (e psicologica) si imponga in funzione degli atti interpretativi socialmente organizzati (Silverman, 2001).

### **5.2.2 Obiettivi del secondo studio**

Le questioni principali che hanno guidato la prassi di ricerca ruotano attorno ai seguenti punti:

- la possibilità di isolare dei nuclei figurativi di una o più rappresentazioni sociali del cambiamento;
- la possibilità di differenziare le teorie soggettive sul cambiamento in gruppi di psicoterapeuti con diverso orientamento;
- la possibilità di esplicitare il ruolo giocato dalle metafore nella formazione alla psicoterapia e nella sua pratica.

Il presente studio, inoltre, intende mostrare come le assunzioni teoriche formali vengano spesso riconfigurate all'interno di trame di significato più estese che si pongono come sostegno all'azione (Hoshmand & Polkinghorne, 1992; Slife *et al.*, 2001). A tale riguardo, l'attenzione è stata rivolta principalmente alle teorie personali sul cambiamento, ovvero a quelle dimensioni di significato attraverso cui i terapeuti si orientano nello stabilire come un problema di ordine psicologico possa strutturarsi e risolversi (Duncan & Miller, 2000).

### **5.3 Metodologia**

#### **5.3.1 Partecipanti**

Il disegno di ricerca è di tipo comparativo e si basa essenzialmente su una metodologia qualitativa di analisi (Flick, 2006). I dati sono stati raccolti utilizzando dei protocolli di intervista (Flick, 2000; Hollway & Jefferson, 2000) condotte con un gruppo non probabilistico di quaranta psicoterapeuti svolte presso studi privati o enti pubblici. Sono stati presi in considerazione quattro modelli operativi (cognitivo-comportamentale, costruttivista, psicodinamico<sup>9</sup>, sistemico-relazionale), costituendo quattro gruppi, ciascuno composto da otto donne e due uomini. I modelli sono stati selezionati sulla base della loro diffusione nel territorio di implementazione della ricerca (Veneto e Lombardia) e dall'appartenenza a tradizioni terapeutiche consolidate; nessun vincolo concettuale impedisce tuttavia l'applicazione potenziale delle stesse procedure di analisi ad altri orientamenti.

I terapeuti sono stati reclutati dapprima attraverso un annuncio di collaborazione pubblicato sul sito dell'Ordine degli Psicologi del Veneto e, in seguito, grazie ad un passaparola tra colleghi interessati al tema della ricerca. Ad ogni modo, i requisiti formali richiesti per divenire parte del campione comprendono:

- un numero minimo di anni di attività clinica svolta (prima impostato a tre e poi aumentato a cinque) al fine di studiare i sistemi di conoscenza sviluppati entro i contesti di svolgimento della pratica professionale;
- la dichiarazione di essere rappresentanti di un determinato modello di psicoterapia e non di seguire (almeno esplicitamente) un approccio eclettico o integrazionista.

Dei terapeuti intervistati, infatti, soltanto uno (Int12) ha espresso poi una chiara “preferenza” per l'uso dell'eclettismo in psicoterapia, mentre tutti gli altri si sono dichiarati esponenti del modello teorico di rispettiva affiliazione. I partecipanti sono stati suddivisi sulla base dell'orientamento della

---

<sup>9</sup> Mentre gli altri tre modelli sono più facilmente connotabili, riferirsi ad un generico “modello psicodinamico” può risultare fuorviante: questo perché sono diverse le scuole di pensiero che possono riconoscersi sotto questa etichetta. La decisione di mantenere questa categoria (senza specificarla ulteriormente) dipende comunque dal sollecito degli stessi intervistati. Questi infatti hanno preferito presentarsi come esponenti di una tradizione complessa ma fondata su alcune presupposizioni comuni, piuttosto che in funzione delle specificità delle sue divisioni interne.

scuola di provenienza e di altre variabili ritenute importanti al fine di ricostruire i processi socio-genetici delle strutture di conoscenza implicate nella pianificazione dell'agire terapeutico (si veda soprattutto cap. VIII). Tra queste le principali sono:

- 1) l'età anagrafica (questa variava dai 31 ai 66 anni con una media di 42 anni di età)
- 2) il tipo di formazione: "ortodossa" da un lato e "pluralista" dall'altro (dove, oltre alla scuola di specializzazione, il/la terapeuta ha intrapreso anche corsi di perfezionamento di diversa matrice teorica);
- 3) eventuali percorsi di terapia personale: terapie seguite con terapeuti o supervisori dello stesso orientamento o di orientamento diverso da quello della scuola di appartenenza;
- 4) il contesto di lavoro: esclusivamente privato da un lato o pubblico/privato dall'altro;
- 5) la condivisione di spazi negoziali di discussione di casi clinici o la partecipazione ad equipe operative con colleghi psicologi-psicoterapeuti di orientamento diverso;
- 6) l'esperienza maturata, conteggiata nei termini di anni di attività clinica svolta come professionista presso enti pubblici o studi privati (questa variava dai 3 ai 27 anni con una media di 12 anni di esperienza clinica).

Nell'esposizione dei risultati che seguiranno per ciascuno studio, verranno riportate tra parentesi quadra le variabili illustrative relative al rispondente a cui l'estratto di intervista si riferisce; tra queste ci si è limitati a segnalare le informazioni significative per le peculiarità del tema di volta in volta trattato.

### **5.3.2 L'intervista episodica (1): immagini e conoscenza**

Per la raccolta dati si sono utilizzati protocolli di intervista episodica<sup>10</sup> (Flick, 2000) che deriva i suoi presupposti dalla psicologia narrativa (Riessman, 1993; Bruner, 1987; Riemann & Schutze, 1987; Sarbin, 1986; Ricoer, 1984) e dagli studi sulla memoria episodica e semantica (Tulving, 1972). Si parte cioè dall'idea che l'esperienza soggettiva sia ricordata in forme di conoscenza episodico-narrativa e di conoscenza semantica (Flick, 1997).

La struttura delle domande è volta a far emergere la conoscenza episodica e dichiarativa del terapeuta su specifici punti, con particolare riferimento all'orientamento teorico seguito (Flick, 2006). Il resoconto del terapeuta si articola su differenti piani di astrazione, comprendendo una definizione complessa delle conoscenze specialistiche relative al cambiamento. Nel corso della conversazione con l'intervistato, infatti, vengono enucleate le argomentazioni di scuola, insieme a quelle professionali e personali, con la consegna di declinarle entro scenari concreti di esperienze vissute, nella pratica clinica, direttamente dal terapeuta. Il protocollo è stato dunque costruito con

---

<sup>10</sup> Per i dettagli sul protocollo di intervista episodica relativo ai quattro studi con i terapeuti, si veda Appendice IV.

l'obiettivo di indagare il riferimento a metafore, analogie e immagini evocate nella rappresentazione del problema psicologico e del processo di cambiamento terapeutico.

In una prima fase, è stato quindi chiesto esplicitamente al partecipante di raccontare degli episodi personali in riferimento all'ambito di esperienza clinica, come nell'esempio che segue:

- Mi può raccontare se e come un suo cliente cambia in psicoterapia e come lei organizza la sua azione terapeutica? Mi può descrivere un caso tipico nella sua esperienza che possa rendermi chiara questa evoluzione?

Con queste formule si desidera evocare situazioni concrete nelle quali il terapeuta ha avuto un ruolo attivo, mettendo in luce il contesto specifico della sua esperienza clinica e i significati che sono stati generati. In una seconda fase, invece, sono state esplorate forme di conoscenza semantica maturate dai partecipanti rispetto alla natura attribuita al cambiamento e alle modalità di gestione conseguenti, chiedendo, ad esempio:

- di fornire definizioni su temi specifici:
  - Cosa associa alla parola cambiamento e che significato ha per lei? Ha qualche, immagine, metafora o frase evocativa, che potrebbe rendere bene l'idea che lei ha del cambiamento?
- di produrre, o ipotizzare, spiegazioni di eventi importanti:
  - Come si spiega la persistenza del problema (disagio) del suo cliente?
- di formulare relazioni astratte tra gli episodi citati:
  - A fronte dell'esperienza clinica maturata, quali sono gli elementi che facilitano il processo di cambiamento?

Sebbene con l'intervista episodica si ricorra spesso all'uso di domande più direttive da parte dell'intervistatore, queste sono sempre formulate in un modo sufficientemente aperto da consentire ai partecipanti di selezionare gli episodi da raccontare e il tipo di presentazione che preferiscono (Flick, 2000). Inoltre, i resoconti centrati sui casi clinici trattati, o sugli "episodi" di psicoterapia più in generale, sono produzioni testuali il cui grado di pertinenza con le domande del protocollo di intervista è lasciato stabilire esclusivamente dal rispondente. A questo proposito, l'eterogeneità dei resoconti nella trattazione delle problematiche, così come le disparità delle prassi di intervento che si evincono nelle operazioni di confronto intra e inter-gruppi, si configurano, metodologicamente, come l'occasione per focalizzare l'attenzione su quelle dimensioni di significato sovraordinate, che trascendono, cioè, le specificità argomentative legate al contenuto delle singole categorizzazioni nosografiche.

L'intervista ha permesso quindi di ricostruire un "testo negoziato" (Fontana & Frey, 2000) che consente di accedere ad un materiale simbolico interpretato alla luce di specifiche tradizioni

culturali che ne stabiliscono, in definitiva, le possibilità di espressione (Bruner, 1987). Il testo raccolto durante le interviste è inoltre rilevante per più ragioni:

1. esso consente di ricostruire i principi normativi, espressi discorsivamente attraverso regole implicite alla costruzione del testo (Harré & Gillett, 1994), che il terapeuta utilizza per definire a se stesso e all'interlocutore come dovrebbe essere la psicoterapia e il processo di cambiamento;
2. alcune dimensioni di significato espresse sono sufficientemente astratte da sedimentare una conoscenza operativa che funziona per tipizzazioni, diventando quindi applicabile a più situazioni riconosciute come simili tra di loro per una qualche caratteristica sovraordinata;
3. consente di far emergere le reti di significato (rappresentazioni sociali) dominanti che guidano l'attività terapeutica ad un livello sovraordinato, punteggiando la sequenza delle azioni, degli obiettivi e delle valutazioni che il terapeuta intraprende in funzione di uno schema più generale che vi conferisce ordine e senso.

A tutti i partecipanti, inoltre, è stata proposta la tecnica di associazioni libere, riferita alla parola stimolo "cambiamento" (Wagner, 1997). Le associazioni libere si prestano a tecniche di analisi lessicale anche se, nel presente contesto, si è tenuto conto dell'alone semantico di ciascuna parola ricostruito con domande di specificazione per ciascuna risposta fornita in associazione allo stimolo.

### **5.3.3 Criteri di analisi**

Il materiale testuale raccolto è stato sottoposto ad un'analisi tematica e del contenuto (Flick, 2006). Le unità semantiche considerate sono state identificate da porzioni di testo delimitate secondo i criteri suggeriti dalle teorie di Gee (1986; 1991) e poi riprese da Riessman (1993) sulla strutturazione poetica del linguaggio, particolarmente adatte a segmentare narrative prodotte da resoconti orali e sensibili all'uso di metafore come contesto dell'argomentazione. La fase di codifica condotta con l'ausilio del software Nud.Ist [*Non-numerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing*] (Richards & Richards, 1994) sarà approfondita meglio nella sezione metodologica del capitolo VI.

Le analisi condotte hanno preso in considerazione sia il dettaglio dei testi, attraverso un'analisi del contenuto classica (Smith, 2000), sia una forma più generale e sintetica dei resoconti (spesso costituita da una metafora) che configura la cornice del discorso prodotto e mette in luce dimensioni implicite della conoscenza espressa. Questa prassi analitica è simile al "circolo ermeneutico" proposto da Heidegger (1927), il quale prescrive, come modalità di interpretazione del testo, uno spostamento continuo dell'attenzione dal tutto ai particolari e, dai particolari, nuovamente al tutto.

## 5.4 Risultati del secondo studio

Al fine di stabilire adeguatamente l'assegnazione di un elemento discorsivo alla rappresentazione "sociale" di un gruppo si sono utilizzati sia criteri quantitativi che qualitativi:

- 1) la dimensione di significato identificata doveva essere rintracciabile nella maggior parte dei resoconti dei partecipanti appartenenti allo stesso gruppo di riferimento;
- 2) la dimensione di significato non doveva essere confutata da nessun partecipante appartenente allo stesso gruppo per il quale, detta dimensione, costituiva parte del repertorio della rappresentazione sociale;
- 3) la dimensione di significato è stata validata da almeno due componenti dello stesso gruppo, condividendo e commentando i risultati di una prima analisi riportata con l'ausilio di una presentazione schematica (*structure laying technique*) (Flick, 2006).

Tutti gli elementi che nel corso di questo studio (e di quelli successivi) saranno presentati come parte della rappresentazione sociale di un gruppo sono quindi codici nominati da almeno i 2/3 dei partecipanti di quel gruppo e non contraddetti da nessuno di loro.

I testi qui analizzati hanno mostrato un'organizzazione specifica sia rispetto ai loro dettagli costituenti, sia rispetto a forme più generali contenute nel discorso, spesso connesse alla presenza di un nucleo figurativo che funge da cornice all'intera argomentazione sul cambiamento. In riferimento ad una prima analisi volta a sondare alcune dimensioni di significato sovra-ordinate, sembra che le rappresentazioni sociali del cambiamento nei gruppi di psicoterapeuti si possano sommariamente differenziare in funzione di un ampio repertorio di metafore ed immagini evocate nelle interviste dai clinici stessi. Queste sono state ricomposte ed interpretate in quadri iconici complessivi al fine di meglio evidenziare alcune presupposizioni dei diversi modelli difficilmente isolabili nei termini del linguaggio letterale. Di seguito, vengono riportate le sintesi dei modelli di cambiamento ricostruite a partire dalle produzioni testuali dei terapeuti intervistati; nell'esposizione, verranno trascritti i frammenti di testo più rappresentativi estratti delle interviste per esprimere i costrutti di significato identificati.

### 5.4.1 I terapeuti cognitivo-comportamentali e la metafora dell'enciclopedia

Per questi partecipanti il cambiamento è visto nei termini di *una lenta e cumulativa acquisizione di strumenti* con cui gestire le difficoltà quotidiane. Questo è spesso visto in termini di un processo individuale, come sostiene un terapeuta:

Il cambiamento è sempre personale...

[Int26 5, M, 55 anni, 27 attività clinica]

pertanto risultano fondanti i costrutti di *motivazione* e di *volontà* per garantire la buona riuscita alla *decisione di cambiare*.

Si cambia dopo uno sforzo consistente e consapevole, nella direzione di un nuovo equilibrio, in cui si acquisiscono maggiore sicurezza, consapevolezza e capacità di vedere le cose come stanno.

[Int29 28, F, 35 anni, 6 attività clinica].

La metafora visiva è dominante, sia per le rappresentazioni del problema psicologico in cui *si vede distorto e rovinato*, sia per sancire gli obiettivi della terapia:

Vedere più chiaramente la realtà per quella che è... [e] avere una visione più realistica di se stessi.

[Int27 109, F, 44 anni, 9 attività clinica]

Per ottenere questo è necessario avere accesso ad una corretta raccolta delle informazioni e appellarsi a capacità personali come *l'intelligenza* e la *buona volontà*. Le metafore implicite inoltre configurano spesso il problema anche nei termini di una *chiusura*, quindi ad una incapacità di recepire le informazioni dall'esterno, a cui deve conseguire un processo terapeutico volto alla *graduale apertura*. Il cambiamento è dunque qualcosa di progressivo:

è una cosa molto pensata... [in cui] E' necessario vagliare i vantaggi e gli svantaggi del loro modo di comportarsi e quindi delle informazioni che anche raccolgono dall'esterno...

[Int02 330, F, 33 anni, 5 attività clinica]

Le immagini principali evocano orizzonti di apertura e di chiarimento come *un veliero che va sul mare* o *una cortina di nebbia che si solleva*, ma anche di assunzione di competenze e controllo che consentano di *sviluppare appieno le potenzialità* e di *rompere le catene*.

Il ruolo che il terapeuta ritaglia per sé, seppure spesso rimane implicito, è quello di colui che fornisce spiegazioni:

la cosa che mi viene da fare è spiegargli come stanno le cose, questo credo che sia la cosa più frequente che mi capita di fare.

[Int28 12, M, 51 anni, 14 attività clinica]

L'obiettivo terapeutico è allora quello di indicare *le asperità della realtà quotidiana* rispetto alle *distorsioni e rappresentazioni ideali* che ne fanno i clienti:

Spesso le persone pensano, io mi faccio questa metafora, è come se l'ideale fosse una bella tovaglia e il tavolo fosse la realtà, allora tu pensi che ti fai una bella tovaglia, te la calzi su, e pensi che la realtà stia bella lì liscia come quando hai preparato la tua tavola a casa. Invece non è così! Questa superficie non è liscia, ha delle asperità che sono quelle che nella realtà sperimenti... Allora bisogna ricordarsi sempre che dell'aspetto ideale dobbiamo tenerne conto, ma non c'è questo passaggio perfetto, una sovrapposizione perfetta tra ciò che è l'idealità delle cose e ciò che è la realtà. E quindi una cognizione realistica è importante.

[Int28 92-94, M, 51 anni, 14 attività clinica]

#### **5.4.2 I terapeuti costruttivisti e la metafora del movimento**

Il cambiamento si configura per questo gruppo come continuo e connaturato alla persona.

La persona è un processo, in continua evoluzione, in continuo movimento, in continuo cambiamento, in interazione, e l'espressione di sé si genera proprio nello spazio di interazione, di esperienza.

[Int18 135, F, 43 anni, 15 attività clinica]

Come sostiene un terapeuta infatti:

La persona è in movimento, quindi in continuo cambiamento, ed è soggetto a problematiche quando si ferma il movimento, e quindi quando c'è l'impossibilità del cambiamento.

[Int04 18, M, 33 anni, 4 attività clinica]

Il disagio psicologico è rappresentato come un arresto del movimento, un *blocco* e, di conseguenza, come l'impossibilità di *recepire il nuovo dall'esperienza*. Questa metafora risulta pervasiva rispetto ai modi del terapeuta di parlare della situazione di disagio del suo cliente, vista spesso come una *situazione inchiodata*, un *intoppo*, un *vicolo cieco* o come *un ciclo ripetitivo in cui uno può cadere, come in un loop*.

Il cambiamento diviene pertanto sinonimo di *flessibilità* e della *possibilità di avere delle alternative disponibili, alternative di pensiero*; per questo si cambia grazie alla sperimentazione di molteplici punti di vista sulla situazione problematica. Un'altra metafora dominante è infatti quella della psicoterapia come *laboratorio* e dell'individuo come *ricercatore*, un repertorio di immagini queste

che viene ampiamente sostenuto anche nei contributi della letteratura specialistica (cfr. Bannister & Fransella, 1986).

Immagina che sia proprio un esperimento di laboratorio: l'anticipazione è la tua ipotesi, l'investimento è quando prepari il tuo laboratorio "che cosa mi serve per verificare la mia ipotesi?". Quindi tutto ciò che costruisci per... L'incontro è fare l'esperimento. La validazione è ok, sulla base della mia anticipazione, quindi della mia ipotesi, è andato tutto bene? Tipo spss, accetto l'ipotesi 0, o accetto l'ipotesi 1? Se valido il mio sistema, allora va tutto bene, la mia ipotesi era corretta, se la invalido, quindi prendo l'altra ipotesi, dico che c'è qualcosa che non è andato, e fino a qui ci siamo.  
[Int19, 105-107, F, 32 anni, 5 attività clinica]

Immagini ricorrenti si riferiscono all'idea del fluire, del muoversi avanti e indietro lungo una strada, o del labirinto:

Vedrei un labirinto con una persona che per uscire, usa sempre la solita strada che porta sempre al solito vicolo cieco, e ad un certo punto trova un'altra strada...Come nella vita, ci sono diverse strade possibili...Io vedo il cambiamento come un evento che porta una persona a cambiare, rispetto ad una cosa, che lo porta a prendere una strada diversa rispetto a quella che non lo portava da nessuna parte.  
[Int16 3-4, F, 35 anni, 7 attività clinica]

In questo scenario il ruolo dello psicoterapeuta:

Non si occupa di meccanismi inceppati, che tu puoi sistemare come un meccanico, ne si tratta di sostituire dei pezzi...[invece] lo psicoterapeuta agisce sulle possibilità che la persona si concede... [offrendo delle] possibilità che magari non sono state previste dalla persona... Se non le prevede neanche il terapeuta nella sua immaginazione queste non sono delle possibilità realizzabili.  
[Int04 167/187, M, 33 anni, 4 attività clinica]

### **5.4.3 I terapeuti psicomodinamici e la metafora dell'albero**

Il cambiamento implica una rigenerazione delle proprie radici per poter *tornare a crescere*. C'è quindi un vincolo di sequenzialità al processo e un ordine prestabilito che equipara il cambiamento ad una maturazione per stadi. Come sostiene una terapeuta:

E' un passaggio dal cucciolo all'adulto... un po' come vedere crescere le piante, crescono in una certa maniera poi cambiano a seconda degli aspetti della luce.

[Int17 18/20, F, 54 anni, 26 attività clinica]

Questo riferimento ai processi naturali configura spesso il problema psicologico nei termini di una *ferita*, una *crepa*, un *difetto*, una *fragilità*, mentre l'attività del terapeuta richiama immagini come il *nutrire il paziente*, oppure relazioni di ruolo dalla forte tendenza assistenziale:

Mi metto sempre nell'ottica di dover adottare per un certo periodo una specie di bambina rimasta orfana e trovatella.

[Int17 93, F, 54 anni, 26 attività clinica]

L'analogia con i processi di sviluppo endogeni porta poi i terapeuti a privilegiare nell'ottica del cambiamento i processi di *separazione* o quelli di *individuazione*, recepiti come tappe fondamentali per la *maturazione* psichica (Mahler, 1971).

Altre metafore dominanti sono quelle di tipo spaziale, che organizzano una separazione tra interno ed esterno, oppure tra sopra e sotto. Una terapeuta sostiene che:

C'è un teatro fuori e un teatro dentro... che non vuol dire che sia speculare, cioè, quello dentro è un mondo interiore che ha, un suo movimento, ma che è anche legato ad un mondo fuori... quindi i due teatri sono in comunicazione e non posso pensare di trattarne uno singolo...

[Int11 171-172, F, 44 anni, 12 attività clinica]

La psicoterapia serve allora per:

sincronizzare l'interno con l'esterno... per guardarsi dentro, devi andare a strati, come una cipolla, dagli strati più esterni verso il nocciolo.

[Int12 137, 56 anni, 22 attività clinica]

In questo modo si creano le condizione concettuali per poter parlare di *cambiamenti superficiali*, sporadici e cambiamenti fondativi, più *profondi* e duraturi. Si cambia quindi dopo una lenta discesa nel *profondo*, *scavando nel terreno*, *affrontando la propria natura e restituendo vigore ed autonomia al proprio potenziale*. Il cambiamento è lento, perché:

Soltanto i piccoli passi danno buoni frutti... soltanto quando si mettono delle buone fondamenta si può vedere la casa venir su bene.

[Int13 84/86, F, 66 anni, 20 attività clinica]

Le metafore topografiche si accompagnano infatti anche a metafore relative al *contenimento*, ad un qualcosa che va tenuto sotto controllo per evitare che *scoppi all'esterno*. Un'immagine spesso evocata è quella di *condurre abbastanza saldamente il proprio autoveicolo* e di *dominare i propri impulsi*.

Il cambiamento infatti non è visto come obiettivo, né come conseguenza ovvia del percorso terapeutico. Come dice una terapeuta:

Io in terapia non pretendo il cambiamento dei miei clienti. La premessa che gli viene fatta è che il mio scopo, quello che mi prefiggo di fare è di produrre una chiarezza in loro, che non ci sia più tanta confusione.

[Int13 27, F, 66 anni, 20 attività clinica]

Istanze come la *consapevolezza* o la *capacità di tollerare la sofferenza* diventano pertanto prioritarie nella gestione della pratica clinica, vista appunto come *accettazione* o come modalità per incrementare

la consapevolezza che questa caratteristica rimarrà e magari proprio il lavoro viene fatto perché possano convivere con una determinata cosa.

[Int11 73, F, 44 anni, 12 attività clinica]

#### **5.4.4 I terapeuti sistemici e la metafora della rete**

I terapeuti sistemici configurano il cambiamento come giocato entro un insieme di connessioni e quindi può nascere in modo spontaneo da un sistema di relazioni. Come chiarisce una psicoterapeuta:

Il cambiamento può avvenire in tutti i modi, può avvenire perché uno vede un film, può avvenire perché gli capita una situazione, credo che ci siano un sacco di fattori che provocano il cambiamento.

[Int32 14, F, 52 anni, 25 attività clinica]

La caratteristica della rete infatti è che un punto rimanda all'altro in un processo circolare e ricorsivo, rendendo il cambiamento praticabile da più punti. Questo genera infinite possibilità di cambiamento in funzione delle relazioni in gioco:

Mi viene in mente il precipitare degli elementi in chimica, cioè si raggiunge, come per i colori del caleidoscopio, ad un certo punto cambia la configurazione degli elementi coinvolti.

[Int32 11, F, 52 anni, 25 attività clinica]

La visione sistemica implica metafore del problema di tipo oppressivo, costruite come *situazioni incastrate*, oppure eccessivamente *rigide*, disagi che *strangolano* oppure che *imprigionano l'individuo*.

Il processo di cambiamento è pertanto equiparato ad una sorta di *liberazione*, di *rivoluzione*, è un *tentativo di sbrogliare la matassa* e una *richiesta di libertà* conseguita attraverso *obiettivi di svincolo*.

Man mano che andiamo avanti con la nostra conversazione, io penso sempre di più che il cambiamento sia una richiesta di un maggior grado di libertà, da parte sia dei clienti, sia del terapeuta...

[Int30 101, F, 60 anni, 20 attività clinica]

Il terapeuta è quindi visto come un *perturbatore* del sistema, che indaga le dinamiche relazionali presenti nella famiglia o nel contesto più allargato allo scopo di sovvertire le regole implicite che permettono al sintomo di perpetuarsi attraverso processi di *omeostasi*. Viene inoltre sottolineato il carattere attivo dell'individuo nell'interagire con il sistema di riferimento:

In genere si riesce a cambiare, è un paradosso però è vero... quando accetti dove sei... quando capisci le caratteristiche della situazione, le accetti, vedi delle possibilità di valorizzazione anche in quella situazione, allora generalmente, questo è quello che ho notato, sei libero di fare anche altro. Finché ci si sente costretti da una situazione... non si muove niente. Hai la possibilità di cambiare nel modo di stare in una situazione, quindi la accetti e a quel punto si cambia.

[Int33 79-81, M, 35 anni, 6 attività clinica]

#### **5.4.5 Sistemi generici e specifici: le metafore condivise**

Nell'isolare i repertori rappresentazionali compatibili con ciascuno dei modelli di affiliazione teorica qui considerati, ci siamo accorti che persistevano alcune forme metaforiche utilizzate dai clinici che trascinavano la singola distinzione per gruppi. Alcune rappresentazioni infatti sono state evocate da tutti i partecipanti, indistintamente, lasciando presumere che esistessero modalità di narrazione più pervasive e generali per l'attività psicoterapeutica e per come questa è solita essere

configurata negli alvei della cultura occidentale. Nello specifico, sembra che la ricostruzione di forme metaforiche trans-teoriche abbia permesso di differenziare due tipologie di sistemi rappresentazionali interconnessi a quelli evidenziati più sopra.

Il primo è un sistema generico le cui comunanze sono mutuate (ancor prima che dall'oggettivazione dei modelli formali) o da istanze di senso comune, più generali e quindi condivise, o da formule che, corroborate dal tempo e dall'esperienza, risultano più adeguate a rappresentare il contesto specifico dell'attività psicoterapeutica. Ad esempio, registriamo come il riferimento alla metafora visiva (seppur prevalente nei modelli cognitivisti e costruttivisti) sia costante nelle diverse prospettive sul cambiamento incontrate, il che può suggerire – tra altre notazioni – uno spostamento d'asse nell'epistemologia dei clinici da una matrice prettamente naturalistica ad una di realismo critico (Slife, 2004), concettuale (Salvini, 1998) o mediato (Gergen, 1994; Cole, 1995). Nonostante i diversi posizionamenti teorici e metodologici, sembra infatti che i terapeuti siano più o meno concordi nel ritenere il processo di cambiamento prevalentemente orientato a modificare una realtà di secondo ordine (Schutz, 1962), ovverosia una realtà problematica strettamente dipendente dai sistemi rappresentazionali che il cliente utilizza per darvi forma e sostanza. Ecco allora che troviamo una certa trasversalità nel definire bersagli e modalità di gestione del processo di cambiamento in psicoterapia:

Il cambiamento spesso è il modo diverso di vedere le cose...

[Int26 6, M, 55 anni, 27 attività clinica, cognitivista]

il cambiamento avviene nella persona, da un qualcosa che, un qualche fattore, un qualcosa che è successo, non saprei indicartelo bene, ma che permette, e anche qui tornano le interpretazioni, di vedere le cose in un modo diverso... Cioè dico che quello che più cambia forse è l'interpretazione che la persona, gli occhiali che la persona si mette.

[Int02 142/317, F, 33 anni, 3 attività clinica, cognitivista]

E' aprire le possibilità della persona, quindi costruire delle strade, altre visioni, è aiutarla in questo processo...

[Int09 48, F, 45 anni, 19 attività clinica, costruttivista]

in quel momento la persona, per una serie di aspetti, i più vari di questo mondo, arriva ad una visione delle situazioni che gli permette di cambiare... cambiare occhiali.

[Int39 19, M, 44 anni, 14 attività clinica, costruttivista]

La persona ti porta un racconto, un determinato modo di vedere le cose, e il modo sistematico di lavorare è quello di far vedere come dentro quello stesso

racconto ci sono anche altri elementi che potrebbero essere legati tra di loro e potrebbero dare un altro tipo di visione...

[Int11 18, F, 44 anni, 12 attività clinica, psicodinamica]

io spero di aiutare le persone ad avere altri occhiali nella vita, a mettersi degli altri occhiali... quindi direi che il mio scopo è quello di dare altri occhiali, da sole, da montagna...

[Int14 152/152, F, 49 anni, 20 attività clinica, psicodinamica]

Fondamentalmente il mio compito è quello di allargare l'ottica, però è necessario tenere sempre presente che è il suo punto di vista quello che lei [la paziente] porta, e lì bisogna stare attenti... lavoro un po' per cambiare la prospettiva, l'ottica, faccio delle domande circolari.

[Int23 102/105, F, 34 anni, 5 attività clinica, sistemica]

Strettamente connesse a queste considerazioni, emergono altre proprietà comuni che vengono attribuite al processo di cambiamento e che sono imbricate con le assunzioni implicite riferite all'“ente” della psicoterapia, cioè il cliente e, *mutatis mutandis*, all'essere umano più in generale (Slife & Williams, 1995). A detta di tutti, infatti, il cambiamento non è, e non potrebbe essere, un processo agito dal terapeuta o indotto in funzione di qualche tecnica che consenta di “fare qualcosa a qualcuno”. Piuttosto, il cambiamento in terapia implica la collaborazione e, soprattutto, l'intenzionalità dell'altro (il cliente) insieme al quale, semmai, vengono co-create le condizioni affinché possa auto-modificarsi in senso terapeutico. Come chiaramente espresso dalle frasi sotto riportate:

Però il cambiamento poi lo fa la persona...

[Int02 319, F, 33 anni, 3 attività clinica, cognitivista]

Sì tu sei l'esperto, ma poi il cambiamento è il paziente che lo fa, dopo aver capito cosa fare.

[Int27 131, F, 44 anni, 9 attività clinica, cognitivista]

Il concetto è sempre quello, perché detta così sembra che ci sia qualcuno che modifica qualcosa su qualcun altro... in realtà è un lavoro che si fa in due, tu puoi immaginare, avere degli obiettivi, una direzione, poi però la persona sceglierà i cambiamenti più congeniali a lei...

[Int16 77, F, 35 anni, 7 attività clinica, costruttivista]

La psicoterapia non agisce sugli aspetti, dal mio punto di vista, ma agisce sulle possibilità che la persona si concede, quindi sarà poi lui o lei che cambieranno gli aspetti.

[Int04 168, M, 33 anni, 4 attività clinica, costruttivista]

Non vi sono cioè terapie obbligate, la persona deve decidere se cambiare se cosa cambiare...

[Int07 250, F, 35 anni, 7 attività clinica, psicodinamica]

dopo di che [il paziente] farà una scelta, un discernimento su quale cosa deve cambiare oppure no per superare il suo problema specifico...

[Int13 42, F, 66 anni, 20 attività clinica, psicodinamica]

Se una persona non ci sta a fare un cambiamento...perché tu non puoi costringere una persona a cambiare... i cambiamenti è la persona che li fa.

[Int23 37/40, F, 34 anni, 5 attività clinica, sistemica]

Infine, un ulteriore punto di contatto viene offerto dalle proprietà che i terapeuti conferiscono al processo psicoterapeutico, non riducibile soltanto alle istanze normative derivanti dai diversi mandati sociali a cui il terapeuta può essere vincolato, né ad un semplicistico intervento centrato sulla *risoluzione dei problemi*. Sebbene alcuni orientamenti (in particolare quello cognitivo-comportamentale) assumano come obiettivo prioritario quello della *riduzione del sintomo*, tutti gli intervistati sono concordi nel ritenere la psicoterapia anche come un *percorso* esperienziale, un *viaggio* in cui gli obiettivi volti al perseguimento del benessere non possono essere scissi da altri di carattere conoscitivo e da orizzonti che, in definitiva, promuovono un maggior grado di emancipazione dell'individuo (seppur questo costrutto venga declinato diversamente dai vari orientamenti).

Il secondo sistema, che rende conto dell'uso di metafore simili da parte di gruppi differenti, mutua immagini e analogie pertinenti alla tipologia del problema psicologico presentato. Sembra infatti che ciascuna configurazione del problema veicoli con sé determinate immagini e qualità tacitamente assunte come elementi costitutivi del fenomeno analizzato, indipendentemente dai saperi specialistici e differenziati apportati, nel caso specifico, dal singolo terapeuta. Notiamo, a questo proposito, come le tassonomie nosografiche proprie del DSM IV, soprattutto quelle riferite a sindromi psicopatologiche largamente diffuse e penetrate nel dominio delle conoscenze di senso comune, siano rendicontate spesso attraverso un sistema di riferimento a sé stante, dove i processi di oggettivazione contribuiscono, sulla base di una verosimiglianza tra il sistema analogico evocato e l'esperienza vissuta (dal cliente), a conferire sostanza e materialità alle forme del disagio psicologico.

Ecco allora che, a fronte di problematiche ansiose, si esprimono maggiormente costruzioni metaforiche centrate sull'aspetto di *copertura*, quasi a condividere che le manifestazioni d'ansia

siano essenzialmente la spia di un problema altro, un *nodo che rimanda ad altri nodi* più rilevanti ed importanti sul piano dell'indagine clinica.

Quindi l'ansia che la persona ti porta è solo l'apice di tutto quello che ci sta dietro... Magari uno viene per una fobia specifica e poi sotto c'è tantissimo altro.

[Int10 87, F, 33 anni, 7 attività clinica, cognitivista]

Certo se c'è la componente ansiosa il cambiamento è più lento, perché probabilmente ci sono altri nodi sotto, un po' più forti, che hanno bisogno di un tempo psicologico un po' più lungo, una lavorazione più lunga, e necessaria, io trovo, in certi momenti...

[Int24 82, F, 49 anni, 10 attività clinica, sistemica]

Problemi come la depressione, o altri disturbi dell'umore, fanno spesso riferimento all'idea di un *blocco* soprattutto di natura emotiva, riprendendo l'immagine di una staticità imposta dalle circostanze e l'esigenza, a fronte di questa, di restaurare un corso più armonico degli eventi.

Sto male, vivo male per un qualcosa che mi sta bloccando la mia vita, e mi crea difficoltà, problemi personali, lavorativi, familiari ecc..

[Int10 262, F, 33 anni, 7 attività clinica, cognitivista]

E il senso dell'impasse, cioè che lì non puoi restare, per quello dicevo anche necessità, perché a volte appunto la paura di cambiare ti destabilizza, ti fa rimanere in una situazione difficile, distruttiva.

[Int17 05, F, 54 anni, 26 attività clinica, psicodinamica]

Quindi, aiutare il cliente a rivedere se stesso, a fare capire che ha vissuto questo dolore e che tale dolore lo blocca ancora oggi, e quindi non ti fa affrontare una situazione simile, di un abbandono, di un rifiuto, ecc.

[Int24 130, F, 49 anni, 10 attività clinica, sistemica]

Problemi relazionali, invece, si intrecciano maggiormente ad immagini come quelle del *groviglio*, dell'*incastro*, della *rigidità* vissuta come condizione di chi si trova inserito in un contesto relazionale non soddisfacente, contribuendo peraltro a legittimare, attraverso questa traduzione metaforica, una visione individualista che non ammette l'esistenza del problema nei processi di interazione, ma sostanzialmente negli "errori a senso unico" che l'altro commette nel relazionarsi con noi.

Ma chiaramente il problema era in termini personali, si sentiva incastrata in una relazione... che viveva in termini di potere, in qualche misura, nel senso che sentiva di poterci star dentro solo se accettava degli schemi di potere tipo up & down che l'altro esigeva.

[Int36 20, F, 34 anni, 7 attività clinica, costruttivista]

Quindi il paziente, direi che è in una situazione in cui c'è una rigidità da parte dell'altro, una impossibilità soprattutto di sperimentare anche per piccoli brevi momenti un'interazione diversa, cioè le cose sono talmente incastrate...

[Int32 41, F, 52 anni, 25 attività clinica]

## **5.5 Discussioni sul secondo studio**

Le analisi svolte hanno posto in evidenza come i processi di oggettivazione siano costantemente attivi nell'atto di declinare una conoscenza in termini operativi, saturando con immagini, analogie e metafore i diversi livelli di organizzazione dell'azione terapeutica: dalla definizione degli obiettivi e delle mete intermedie, alla pianificazione delle strategie, dalla valutazione del processo terapeutico, alla costruzione delle proprietà intrinseche al fenomeno del cambiamento più in generale. Ciascuna oggettivazione costituisce pertanto il vincolo e la possibilità, non solo dei modi in cui i complicati processi che avvengono nella psicoterapia possono essere espressi, ma anche delle morfologie che contribuiscono a fondarli e a replicarli nel tempo. Come sostiene Bateson (1973, p. 345), infatti, "nella storia naturale dell'essere umano l'ontologia e l'epistemologia non possono essere separate; le sue convinzioni (di solito non consapevoli) sul mondo che lo circonda determineranno il suo modo di vederlo e di agirvi, e questo suo modo di sentire e di agire determinerà le sue convinzioni sulla natura del mondo. L'uomo vivente è quindi imprigionato in una trama di premesse epistemologiche e ontologiche che, a prescindere dalla loro verità e falsità ultima assumono per lui carattere di parziale autoconvalida".

Oltre a questo, è da registrare anche come non tutti i concetti pertinenti ai modelli psicoterapeutici qui considerati siano fatti corrispondere ad immagini precise. Quelle che in virtù della loro facilità di rappresentazione sono state selezionate, come abbiamo visto, vengono integrate in un modello di nucleo figurativo, ovvero un complesso di immagini ed evocazioni che corrisponde, o trascina con sé, un sistema organico di idee (Moscovici, 1984). In definitiva, dai dati raccolti dalle interviste sembra che sussistano tre nuclei figurativi principali del cambiamento che si organizzano in modo non totalmente sovrapponibile ai modelli teorici qui considerati:

1. Cambiamento come “guarigione” in cui l’obiettivo è quello di ripristinare una condizione precedente, considerata sana, normale.
2. Cambiamento come “passaggio” o “miglioramento”, dove l’obiettivo è quello di modificare uno stato A disfunzionale con uno stato B potenzialmente migliore e più adatto alla realtà di vita.
3. Cambiamento come “movimento” in cui l’obiettivo è quello di ristabilire un maggior grado di flessibilità personale che permetta un adattamento costante alle condizioni mutevoli della vita quotidiana.

Un elemento ulteriore di discussione ci viene offerto dallo scorgere come i processi di oggettivazione, in alcuni casi, possano costituire un limite – e non una risorsa – alla facoltà di cogliere l’esatta implicazione di un concetto teorico o di un sistema articolato di idee (come appunto sono i modelli psicoterapeutici). La semplificazione che viene operata nell’acquisizione attiva e creativa di un sapere, le modalità di traduzione e di rilettura familiare di processi complessi (e spesso volte contro-intuitivi) finiscono, in alcuni casi, con lo svilire l’essenza di tali concetti preservandone, rispetto alla matrice originaria, soltanto alcuni elementi di superficie. Quanto si viene a generare è dunque una corrispondenza approssimata tra la versione formale del concetto all’interno della teoria e la sua replica ricostruita entro il sistema di conoscenze personali che la ospita.

A questo proposito, possiamo dire che i processi di oggettivazione agiscono effettivamente a diversi livelli nella formazione delle strutture di conoscenza, ma – nel caso specifico della psicoterapia – possono dare adito all’uso indiscriminato di costrutti teorici separati dalla teoria (reificando, ad esempio, termini come inconscio, difesa o autostima...), o rendere problematica l’acquisizione di quelle *formae mentis* che in modo più rilevante si oppongono alle logiche di intervento lineari, individualiste e realiste tipiche del senso comune, come la “causalità circolare” dell’approccio sistemico (Bateson, 1973) o la posizione filosofica dell’ “alternativismo costruttivo” del costruttivismo kelliano (Kelly, 1955). Per dare un esempio di ciò, in alcune citazioni dei terapeuti sistemici sopra riportate, la rappresentazione del problema come un *qualcosa che opprime* e che richiede una *liberazione dell’individuo*, si mantiene di fatto entro una logica individualista, impedendo di cogliere la natura costitutivamente relazionale dell’essere umano e banalizzando, nella retorica “libertà-oppressione”, l’aspetto interattivo dei processi implicati, come in questo caso, nella generazione del disagio psicologico (cfr. Jackson, 1965; Watzlawick, 1985; Cox & Paley, 1997).

## **5.6 La cristallizzazione dei significati**

Noi troviamo incorporati in modo anonimo, nel nostro linguaggio, nei nostri sensi e nel nostro contesto, elementi che sono preservati come materiale quotidiano, familiare, ordinario, le cui origini appaiono ormai come oscure e dimenticate. Di fatto ogni immagine, analogia o tassonomia, ogni caratteristica o enunciazione di qualità, rappresenta un insieme cristallizzato di significati e di nomi tacitamente riconosciuti; ed è proprio questo loro essere impliciti, non detti, dati per scontato, che assicura la loro funzione rappresentativa in quanto viene espressa prima l'immagine e poi il concetto come realtà. A tale riguardo, il presente lavoro intende promuovere riflessioni che possano allinearsi ai solleciti di McGuire (1983 p. 22), il quale scrive che “la comprensione adeguata di un fenomeno o di una teoria richiede che si faccia ricerca su di essi attraverso un programma costituito in modo da rivelare l'ampia gamma di circostanze che incidono sul fenomeno, e la ricca serie di assunti impliciti che limitano la teoria”. Ogni sistema di idee, infatti, deriva da un nucleo ideologico che le pervade e che si replica tramite esse: tali assunzioni implicite, quando occupano una dimensione istituzionalizzata o semplicemente condivisa, vengono legittimate come dati di natura. Il presente studio si è dunque proposto di comprendere come i processi di oggettivazione che soggiacciono alla costruzione della conoscenza (psicoterapeutica), possano trascinare gli individui all'interno di un realismo mediato o concettuale, per il quale la realtà viene costantemente generata (e reificata) in funzione delle significazioni prodotte dall'osservatore.

# VI Capitolo

## TERZO STUDIO

### LA DIMENSIONE CONCETTUALE DELLE RAPPRESENTAZIONI SOCIALI: TEORIE SUL CAMBIAMENTO E PERCORSI DI SEGMENTAZIONE DELL'AGIRE TERAPEUTICO

#### 6.1 Costruzione e de-costruzione di difficoltà psicologiche

In tempi recenti, le psicoterapie sono state accomunate a procedure volte ad indurre, a diversi livelli, dei processi di cambiamento (Gergen, 2006; Ceruti & Lo Verso, 1998). Su questa linea, il lavoro vuole mettere in luce i saperi impliciti e le peculiarità polifoniche attraverso cui gli psicoterapeuti si rappresentano e discutono il fenomeno di cambiamento stesso.

Le teorie sul cambiamento indicano l'insieme di anticipazioni che possono guidare l'individuo nei tentativi di superare una situazione avvertita, sempre sulla scorta di una rappresentazione personale, come problematica (Duncan & Miller, 2000). Definire una teoria sul cambiamento in questi termini appare come un atto arbitrario e di per sé non esaurisce le possibili configurazioni che il fenomeno del cambiamento potrebbe assumere. Sarebbe tuttavia un errore considerare questa scelta come un'operazionalizzazione del costruito, fatta cioè nel tentativo di conferire sostanza e materialità ad un qualcosa di astratto, evanescente e, in definitiva, poco pratico per le metodologie tradizionali della ricerca. La scelta di definire, per sommi capi, l'articolazione che può avere una teoria sul cambiamento (come costruzione e de-costruzione di un problema psicologico) dipende invece dall'esigenza di ancorare il fenomeno del cambiamento al contesto specifico di esplorazione, cioè quello della psicoterapia, dove sono gli attori coinvolti a tracciare i limiti di conoscibilità del fenomeno in questi termini. In ambito clinico, infatti, il processo di cambiamento tende spesso a configurarsi nel modo sopra esposto: nelle varianti qui considerate, ad esempio, si è reso visibile un sistema di credenze che, in modo esplicito o implicito, contempla la possibilità di accogliere e giustificare una costruzione problematica, stabilendo passi idonei alla sua risoluzione. Persino nelle sue espressioni più radicalmente anti-deterministe (come in alcune psicoterapie fenomenologiche o umanistiche), la prassi clinica tende ad essere orientata al cambiamento, inteso per l'appunto come il passaggio da una configurazione di disagio ad una avvertita come più armonica e funzionale. Torneremo su questo punto nella sezione dedicata alle riflessioni conclusive.

## 6.2 Approfondimenti teorici

### 6.2.1 Sistemi di relazione e azioni dirette al cambiamento

Una teoria sul cambiamento si esplora chiedendo come e perché il cambiamento desiderato dovrebbe avvenire, procedendo attraverso un elenco di giustificazioni che, ad ogni passo, consentono di articolare delle ipotesi circa la relazione tra uno stato precedente ed uno futuro. In questo senso, la rappresentazione del cambiamento delimita le scelte conoscitive ed operative del terapeuta (Gergen, 2008). Infatti, come verrà mostrato, i terapeuti hanno modalità ridondanti per punteggiare le sequenze di cambiamento, le quali, sono necessariamente correlate sia al tipo di cambiamento che si genera durante la seduta clinica, sia ad eventuali destabilizzazioni che il terapeuta avverte qualora il cliente esprima un cambiamento differente da quello atteso (Ceruti & Lo Verso, 1998). Ecco perché, da un certo punto di vista, possiamo dire che il terapeuta conferma interattivamente i processi di cambiamento del suo cliente.

Una ‘teoria’ sul cambiamento si definisce in questo modo proprio perché include, oltre ad un aspetto rappresentazionale, anche un sistema di relazioni che consente di stabilire i legami logici tra una rappresentazione e l’altra<sup>11</sup>. Ad esempio, attribuendo al problema determinate caratteristiche, il terapeuta sarà indotto a selezionare specifici obiettivi e tenterà di perseguirli attraverso strategie selezionate in funzione della rappresentazione del problema. Possiamo quindi immaginare una teoria sul cambiamento come un meta-livello di conoscenza che articola differenti rappresentazioni entro una struttura di plausibilità più generale (Gergen, 1999a). Per l’indagine delle forme assunte da questa articolazione, la teoria dell’azione diretta a scopo (von Cranach *et al.*, 1992) costituisce il riferimento teorico più adeguato<sup>12</sup>. Come sostengono von Cranach e Ochsenein (1994, p. 92-93), infatti, “[l’azione] è articolata ai suoi diversi livelli in segmenti reciprocamente collegati (interconnessi); le fasi precedenti influenzano le successive, in funzione delle quali vengono a loro volta effettuate... Il comportamento... viene organizzato e controllato su livelli qualitativamente diversi, tra loro collegati, che possono essere articolati in ulteriori strutture gerarchiche. I livelli organizzativi più elevati vengono organizzati attraverso la scelta di mete e mete subordinate, piani e strategie, e sono controllati e guidati (*cognitive steering*) nella più ampia misura in termini cognitivi coscienti e volontari”.

---

<sup>11</sup> Come verrà chiarito in seguito, le teorie sul cambiamento esplorate presentano un’articolazione interna che non sempre rispetta l’interconnessione ‘logica’ delle teorie formalizzate (cfr. cap. I). La loro organizzazione sembra piuttosto seguire una “logica narrativa” determinata da una struttura di plausibilità socialmente mediata (cfr. cap. VIII): i dettagli di una teoria sul cambiamento (problema→obiettivi→strategie) stanno insieme sulla base della ragionevolezza che la teoria assume per un determinato gruppo sociale (si veda anche Appendice VI).

<sup>12</sup> Per i dettagli della GDA si veda il § 3.3.

Come vedremo nella sezione relativa ai risultati, la ricostruzione dell'agire terapeutico che presenteremo è organizzata in funzione della dimensione cognitiva dell'azione (il secondo lato del triangolo in Fig. 3). Questa fa riferimento a diversi indicatori, quali:

- *obiettivi*: costituiscono il collegamento tra presente, passato e futuro e sono organizzati gerarchicamente in funzione di qualche meta sovraordinata;
- *mete di processo*: sono le tappe intermedie necessarie per il conseguimento di un obiettivo principale;
- *piani d'azione e strategie*: si tratta dell'insieme delle procedure seguite per raggiungere una meta;
- *controllo*: monitoraggio e valutazione del processo e degli esiti dell'azione.

### **6.2.2 Obiettivi del terzo studio**

La psicologia sta attraversando una fase di frammentazione, consentendo la sopravvivenza di teorie psicologiche decisamente eterogenee e non ordinabili all'interno delle regole di composizione di paradigmi considerati dominanti (Kuhn, 1962). Si rende dunque necessario uno studio circa le modalità di organizzazione, sedimentazione ed interpretazione di questi universi reificati plurimi, allo scopo di definire, entro riflessioni di carattere teorico ed epistemologico, i processi integrativi che consentono, al futuro professionista, di generare una conoscenza specialistica come quella necessaria all'attività clinica (Moscovici, 1981b). Con questo vogliamo segnalare, insieme con Heider (1958, p. 11), che “ogni progresso scientifico esige un'analisi teorica e una chiarificazione concettuale del problema che si ha di fronte... Per giungere ad una chiarificazione teorica si può muovere da due basi o punti di partenza: utilizzare le conoscenze non formulate o quasi-formulate... così come sono espresse nella nostra esperienza e nel nostro linguaggio quotidiano... e, in secondo luogo, attingere alle conoscenze e alle osservazioni della teoria e dell'indagine scientifica per rendere possibile una sistematizzazione concettuale dei fenomeni in esame. Tale sistematizzazione è un aspetto importante di qualsiasi scienza e rivela i rapporti esistenti fra i più svariati eventi”.

A questo proposito segnaliamo anche come la ricerca in psicoterapia sia spesso portata avanti all'interno di tradizioni di pensiero che, per prassi metodologica, semplificano l'ambito conoscitivo di cui si occupano (Lambert, 2004). Al contrario, il presente studio vuole limitare quelle argomentazioni che si offrono come riduttore di complessità, con l'obiettivo di sottolineare la necessità di una riflessione teorica sull'attività psicoterapeutica (cfr. cap. I). Nonostante il lavoro abbia come scopo quello di ricomporre i quadri di riferimento preminenti che differenziano i gruppi sociali tra loro, un'opera di sintesi in questa direzione può risultare limitata per diverse ragioni. Ad

esempio, la dimensione concettuale delle rappresentazioni sociali può assumere spesso – e di fatto assume nel presente studio – le caratteristiche di un “sapere in briciole”, fatto di “frammenti senza ordine” (Schiele & Boucher, 1992, p. 51). Come sostiene Jodelet (1992, p. 179), infatti, “le rappresentazioni sono essenzialmente conoscenze, saperi (e non opinioni) il cui grado di disordine può essere anche elevato, in funzione della mancanza di omogeneità della rappresentazione stessa e delle caratteristiche lacunose della sua organizzazione”. Detto altrimenti, il cambiamento in psicoterapia ci sembra un oggetto idoneo per essere studiato con il paradigma delle rappresentazioni sociali proprio in ragione dell’informazione dispersa, eterogenea e frammentata che circola su di esso. Ma, allo stesso tempo, proprio in virtù di queste caratteristiche, i tentativi di modellizzazione che si possono intraprendere corrono sempre il rischio di trascurare aspetti importanti del fenomeno. Le rappresentazioni sociali connesse alle diverse scuole psicoterapeutiche costituiscono solo una versione veicolata dalla tradizione che non può essere esaustiva (Slife & Williams, 1995). In questo studio, quindi, non vogliamo limitarci a rintracciare e confermare le teorie formali (che facilmente potrebbero essere tratte dalla letteratura), quanto registrare come le assunzioni teoriche vengano riconfigurate dai partecipanti all’interno di trame di significato più estese che si pongono come sostegno all’azione.

L’obiettivo del presente studio è quindi quello di articolare le tipicità dell’azione terapeutica che caratterizza la maggior parte dei partecipanti di un gruppo. Queste verranno dettagliate in funzione degli elementi che compongono una teoria sul cambiamento (rappresentazione del problema, attribuzioni causali) e l’azione diretta a scopo (obiettivi, strategie, valutazioni).

## **6.3 Metodologia**

### **6.3.1 L’intervista episodica (2): articolazioni del sapere**

Il protocollo di intervista – più precisamente la sezione oggetto di analisi nel presente capitolo – è stato preparato cercando di incrementare il potenziale euristico connesso a ciascuna domanda, in relazione alla possibilità che questa offriva di rispondere alle questioni principali sollevate dalla ricerca (Flick, 2000). Oltre a questo, si è tentato di raggiungere il massimo grado di interdipendenza tra la formulazione esplicita delle domande e le assunzioni teoriche a cui queste rimandavano, in modo tale da selezionare porzioni di testo ad alto contenuto informativo e di coadiuvare un processo di analisi testuale che viene sempre svolto in modo teoricamente orientato. Una volta preparato il protocollo di intervista, questo è stato condiviso con alcuni ricercatori e psicoterapeuti al fine di ottenere un feedback utile a ridefinire e perfezionare la stesura definitiva delle domande<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Il protocollo finale dell’intervista è stato messo a punto testando differenti bozze durante una serie di pre-interviste. Queste si sono svolte presso il laboratorio di Psicologia Sociale del Dipartimento di Psicologia di Padova grazie alla

L'intervista prevedeva come *incipit* l'introduzione del principio base sul quale essa si fonda: in modo chiaro, viene espressa l'esigenza di chiedere ripetutamente il resoconto di situazioni in cui il partecipante ha vissuto esperienze connesse al tema del cambiamento:

- Nella seguente intervista le chiederò di raccontarmi alcune situazioni da lei vissute legate al tema del “cambiamento”, sia per come questo può essere rilevante per la sua esperienza personale che per la sua attività clinica.

E' importante soffermarsi su questa fase introduttiva proprio perché il problema principale di conduzione dell'intervista episodica è rappresentato dalla tendenza dei rispondenti a limitarsi a menzionare episodi anziché descriverli in dettaglio. Considerando questa cautela, è stato infatti necessario, in alcuni casi, riprendere le evocazioni dell'interlocutore per rilanciarle e sollecitare l'approfondimento di aspetti solamente accennati nel resoconto.

Nella seconda fase veniva chiesto, in modo esplicito, di esprimersi sul tema cardine della ricerca, presentandolo nel modo più generale possibile:

- Cosa associa alla parola cambiamento e che significato ha per lei?

Attraverso questa domanda si è voluto perseguire quanto Moscovici (1988) riteneva prioritario per le scienze sociali, ovvero un'investigazione che dettagliasse il modo in cui gli individui descrivono i fenomeni e contribuiscono a generarli nella vita quotidiana. Detto altrimenti, la ricerca non si occupa del processo di cambiamento in psicoterapia, quanto dei processi di significazione che terapeuti di diversa affiliazione teorica agiscono al fine di configurare il cambiamento, lasciando ad essi, quindi, la possibilità di esprimere cosa effettivamente intendono quando di fatto utilizzano questo termine.

Altre domande incluse sono state costruite in funzione della segmentazione dei processi d'azione proposta dalla teoria dell'azione diretta a scopo la quale prevede, oltre a una descrizione puntuale delle strategie adottate dall'individuo nel compiere l'azione (ad esempio “rassicurare il paziente”), anche una definizione più o meno esplicita delle mete intermedie, dei fini perseguiti durante l'azione, dei sistemi di valutazione delle conseguenze e delle condizioni facilitanti. Ecco alcuni esempi di domande:

---

collaborazione di due colleghi ricercatori e di due psicoterapeuti non inclusi nel campione considerato per le analisi. L'obiettivo era quello di ottenere:

- un commento rispetto alla pertinenza delle domande formulate con il tema di indagine;
- stabilire il grado di efficacia delle domande nel sollecitare narrazioni informative e, quindi, selezionare quelle più produttive;
- definire un ordine sommario delle domande sulla base della loro complessità;
- calibrare la durata dell'intervista, anche con l'inserimento di pause;
- raffinare un canovaccio di tematiche che, indipendentemente dalla strutturazione prevista dal protocollo di intervista, potesse garantire un buon grado di flessibilità nella conduzione dei colloqui: come verrà chiarito nel cap. VIII, alcune domande venivano organizzate e ricostruite solo durante la conversazione, in funzione di spunti e affermazioni che il partecipante offriva.

- Mi può raccontare se e come un suo cliente cambia in psicoterapia e come lei organizza la sua azione terapeutica? Mi può descrivere un caso tipico nella sua esperienza che possa rendermi chiara questa evoluzione?
  - Di cosa si trattava?
  - Da cosa dipendeva la difficoltà?
  - Cosa ha tentato di fare il suo paziente per risolverla?
  - Lei come ha organizzato l'azione terapeutica (obiettivi, piani e strategie, mete intermedie)?
  - Da cosa si è reso conto che il cambiamento è avvenuto?
- In generale, quali scopi tenta di perseguire durante il suo lavoro in psicoterapia? Può darmi qualche esempio?

Le domande dell'intervista fungono da contesto interpretativo per le affermazioni raccolte. Ad esempio, alcuni costrutti di ambigua assegnazione sono stati declinati come manifestazione di obiettivi, piuttosto che di strategie, in riferimento al tipo di domanda generativa alla quale il partecipante stava dando risposta.

Nella fase seguente le domande circoscrivono aspetti centrali del fenomeno in una progressione che tenta di mettere a fuoco i “nodi dilemmatici” che una discussione sull'oggetto di studio potrebbe fare emergere. Questi “nodi” sono stati per lo più anticipati da una riflessione teorica e da una documentazione sulla letteratura disponibile e riguardano principalmente temi controversi di una teoria sul cambiamento quali i mutamenti repentini (Campbell, 2004; Chandler, Lalonde & Sokol 2000), la persistenza del problema (Worrell, 1997; Hanna, 1996; Fransella, 1993; Bernstein & Landaiche, 1992), la valutazione del cambiamento (Levitt & Angus, 1999; Howard, Moras, Martinovich & Lutz, 1996; Jacobson & Truax, 1991) e il suo continuo generarsi al di fuori della seduta clinica (Watzlawick, Bavelas & Jackson, 1996). Per quanto riguarda le teorie sul cambiamento in psicoterapia ci sono dettagli su cui il parere della comunità scientifica non è omogeneo ma sfaccettato a seconda degli orientamenti e dei presupposti di partenza. Altri nodi problematici, infatti, riguardano questioni insolute da un punto di vista teorico-concettuale, come l'efficacia delle psicoterapie, la rilevanza dei fattori a-specifici, la possibilità di applicare il modello medico.

Per la loro specificità, la struttura dei quesiti appare simile a quella proposta nei protocolli di intervista strutturata, tuttavia, la rievocazione personale che queste esortano è più affine ai testi prodotti durante sessioni di interviste narrative (Flick, 2006). Come negli esempi sopraccitati, l'intervista episodica consente infatti di produrre domande che evocano narrative su esperienze vissute ma collegandole a tematiche molto circoscritte. In questo senso, il metodo unisce i pregi

dell'intervista semi-strutturata a quelli dell'intervista narrativa, favorendo una focalizzazione sui temi accompagnata da un approfondimento soggettivo dei significati che si legano a questi temi. La possibilità di ottenere materiale testuale comparabile tra interviste diverse ne risulta quindi vistosamente aumentata, rendendo pertinente l'utilizzo di questo metodo a fronte di progetti di ricerca di tipo comparativo dove (come nel caso delle rappresentazioni sociali) si pone attenzione al modo in cui un medesimo *issue* viene costruito diversamente da gruppi che assumono posizioni dissimili nei suoi confronti.

Ulteriori quesiti sono stati formulati con l'intenzione di sondare le conoscenze generali sul tema, evocando il reticolo di conoscenze che, esprimendosi in forma argomentativa, consente di ricostruire il dominio principale dei concetti a cui il terapeuta è solito riferirsi. Nel fare questo, l'accento non è più posto sull'esperienza personale vissuta, quanto su un sapere più generale e necessariamente connesso all'approccio teorico seguito.

- Secondo il modello teorico da lei seguito, come vengono concepiti i seguenti termini: problema, cause, risoluzione (oppure malattia, cause, guarigione)?
- Qual è la “concezione di individuo” che è sottesa al suo modello di psicoterapia?

L'articolazione dei resoconti in forma episodica o dichiarativa, la richiesta di produrre narrative di esperienze svolte in contesti differenti, così come l'esplicita richiesta di connettere il piano teorico allo svolgimento dei casi clinici incontrati, consente di ricostruire sistemi di credenze estremamente complessi, che possono organizzarsi in funzione di conoscenze decisamente contrastanti tra di loro. Con queste opzioni, il presente lavoro si propone anche come una “sperimentazione” dell'intervista episodica all'interno di un contesto valutativo della formazione psicoterapica (Elliot & Zucconi, 2006): le eventuali contraddizioni che emergono tra conoscenza episodica e conoscenza dichiarativa possono infatti essere lette come indice di coerenza metodologica e di consapevolezza epistemologica (Bishop & Trout, 2005; Miller, 1999; Moody, Will & Blanton, 1998), nella misura in cui le prescrizioni implicite all'assunzione di una certa teoria psicologica (cosa si fa) non corrispondono alla presentazione narrativa della loro pratica clinica (cosa ho fatto)<sup>14</sup>.

A conclusione dell'intervista si è previsto un breve spazio di commento nel quale si sono richiesti dei feedback generali o si è dato modo di completare eventuali tematiche rimaste in sospeso durante la conversazione.

- C'è qualche aspetto che l'intervista ha tralasciato che potrebbe essere necessario per esprimere al meglio il suo punto di vista? Altri suggerimenti?

Le interviste, della durata media di un'ora e mezzo, si sono svolte per la maggior parte presso gli studi privati dei terapeuti o nel laboratorio di psicologia sociale del Dipartimento di Psicologia

---

<sup>14</sup> Su questo tema, si rimanda al capitolo VIII (sulle strutture di conoscenza eclettiche) e alla sezione dedicata alle riflessioni conclusive.

dell'Università degli Studi di Padova. Il materiale testuale raccolto comprende circa settantacinque ore di registrazione audio poi trascritte puntualmente in documenti di Word. I dati relativi al rispondente e alla situazione di intervista sono stati documentati compilando una scheda di informazioni contestuali nella quale vengono richiesti, oltre ai dati identificativi, altre voci considerate significative per il processo di ricerca (si veda Appendice V).

Un ulteriore vantaggio intrinseco all'uso dell'intervista episodica è che questa si configura già come una procedura di triangolazione (Nencini *et al.*, 2008; Flick, 1992), cioè come una strategia adatta per accedere ad un fenomeno attraverso diverse opzioni di metodo in modo tale da garantire una comprensione esauriente e più ricca di dati informativi. L'intervista episodica, mettendo in relazione il piano delle conoscenze semantiche con quello delle conoscenze episodico-contestuali (e sfruttando sequenze di domande strutturalmente differenti tra loro) permette infatti di impiegare ciò che Denzin (1978) consigliava come processo di "triangolazione metodologica".

### **6.3.2 Procedure di analisi**

#### **6.3.2.1 I software Nud.Ist e Spad**

Le procedure di analisi sono state condotte con l'ausilio di sistemi informatizzati per l'analisi testuale, in particolare, selezionando quei software che garantivano di accostarsi al testo in modo compatibile con le assunzioni teoriche ed epistemologiche della ricerca, oltre ad incrementare la possibilità di rispondere esaurientemente agli interessi e ai quesiti posti a monte dell'indagine. Dal nostro punto di vista, i *software* possono essere considerati al pari di qualunque altro supporto tecnologico utile a coadiuvare i processi conoscitivi del ricercatore, senza in nessun caso potersi sostituire ad esso (Fielding & Lee, 1998). La gestione economica di ingenti quantità di dati, così come l'imposizione di procedure rigorose al processo analitico garantita dall'uso dei software, può cioè configurarsi come l'occasione per generare condizioni favorevoli agli atti interpretativi mossi dal ricercatore. In questo senso, l'uso dei software consente di accostarsi al testo secondo una pluralità di modi, decostruendo e ricostruendo frammenti, proponendo sintesi e interpretazioni che, in definitiva, acquistano significato soltanto all'interno di uno schema di plausibilità costruito dal ricercatore o, al limite, negoziato tra il ricercatore e i fruitori del suo prodotto di ricerca.

Nel presente studio, i software utilizzati sono Nud.Ist e Spad che consentono di focalizzarsi su elementi linguistici differenti e complementari del testo. Nello specifico, mentre il Nud.Ist supporta un'analisi del contenuto volta a rintracciare delle categorie tematiche all'interno del corpus testuale, lo Spad è meglio impiegato per approfondire le componenti linguistiche e la loro articolazione strutturale in termini di costruzione di reti di significato (Bolasco, 1999). Nella presente ricerca, i due strumenti sono stati integrati attraverso due procedure differenti, seriale o in parallelo, che

hanno reso possibile piani di interpretazione distinti in funzione del percorso di analisi seguito (Nencini *et al.*, 2008; Bourbon, 2002). Nell'articolazione in parallelo, le analisi con i software si sono svolte indipendentemente le une dalle altre, non intersecando né le configurazioni empiriche pertinenti a ciascun software, né i risultati ottenuti dalle procedure analitiche di questi. L'integrazione è semmai riportata in fase di discussione, laddove le conclusioni dei due processi vengono confrontate o prese in considerazione per avvalorare un'interpretazione dei dati di livello logico superiore che consenta di avanzare risposte ai quesiti posti all'inizio e durante lo svolgersi del processo di ricerca. Nello specifico, l'analisi del contenuto condotta con Nud.Ist è stata integrata in fase di commento con le procedure Vospec dello Spad grazie alle quali è possibile identificare un vocabolario specifico per ciascun gruppo considerato (cfr. § 4.3.4). L'integrazione seriale, invece, consente di adottare i risultati ottenuti da una procedura come dati grezzi da inserire in un'altra procedura, molte volte con l'obiettivo di ridurre la complessità dei testi entro matrici esplicative di più facile rappresentazione. Sebbene le analisi di secondo ordine non debbano essere considerate come degli approfondimenti empirici delle prime analisi, in termini di accuratezza o di incremento della precisione, l'integrazione seriale consente di rispondere a nuove e diverse domande utili a raggiungere una semplificazione dell'insieme considerato e a formulare interpretazioni di carattere più sintetico ed essenziale. Qui l'albero di codifica costruito tramite Nud.Ist è stato in seguito sottoposto ad analisi delle corrispondenze lessicali, un metodo di analisi fattoriale incluso in Spad che consente di estrarre dimensioni latenti che hanno la proprietà di riassumere in modo ordinato l'informazione rilevante contenuta nei testi sulla base delle co-occorrenze (Bolasco, 2002; Benzécri *et al.*, 1973). In particolare, si è svolta una ACL in riferimento ad alcuni<sup>15</sup> *parent nodes* tentando di ricostruire delle strutture di distribuzione dei *child nodes* in funzione delle variabili considerate teoricamente più rilevanti. L'analisi del contenuto ha cioè permesso di rappresentare il testo attraverso (relativamente) pochi codici sovraordinati, i quali sono stati ulteriormente analizzati al fine di ottenere degli assi fattoriali successivamente interpretati dal ricercatore a partire dai codici che li organizzano e dalle relazioni tra di essi.

### 6.3.2.2 L'analisi del contenuto con Nud.Ist

Durante l'analisi del contenuto condotta tramite Nud.Ist il corpus è stato suddiviso in documenti, facendo corrispondere a ciascuno di essi il testo intero di un'intervista. L'unità d'analisi è stata definita con il periodo di senso compiuto, tuttavia, il carattere orale della comunicazione ha richiesto ulteriori precisazioni al fine di poter essere segmentato in modo adeguato. Gee (1986) e Riessman (1993) hanno proposto alcune modalità di definizione delle unità di analisi specifiche per

---

<sup>15</sup> L'analisi delle corrispondenze lessicali è stata applicata ai codici relativi alle *proprietà* attribuite al cambiamento, la cui organizzazione matriciale meglio si prestava a questo tipo di procedura.

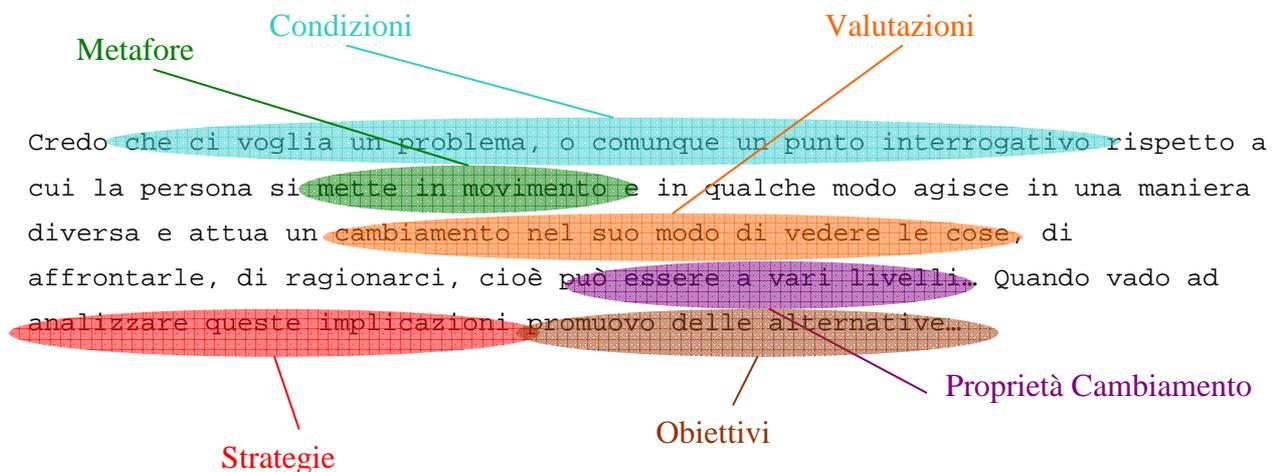
forme testuali ricavate da conversazioni orali quali interviste o frammenti di discorso registrati (cfr. § 5.3.3). Attraverso l'analisi *poetica* da essi sostenuta, alcune inflessioni o intercalari ricorrenti come "l'ehm...", "allora", ecc. usate dall'interlocutore all'inizio di una frase, possono essere assunti come indicatori per suddividere in modo omogeneo le unità semantiche. Secondo gli autori, infatti, esiste una certa corrispondenza tra l'articolazione di un determinato contenuto e la presenza di questi elementi fonetici, i quali sembrano segnalare il passaggio da un contenuto semantico ad un altro. La proposta originaria di questo metodo proviene dalla linguistica strutturalista e non è totalmente bilanciata con le assunzioni meta-teoriche della presente ricerca, in quanto prevede l'esistenza di uno schema ricorrente di segmentazione intrinseco ai processi di enunciazione che non viene mediato dall'interazione conversazionale o dalle regole contestuali relative alla comunicazione tra persone. Lo stesso Gee (1991), tuttavia, sembra aver rivisto diverse formulazioni approssimandosi, negli studi più recenti, ad una versione interazionista della sua teoria. Per quanto riguarda il nostro studio, è stato sufficiente prendere in considerazione i suggerimenti dell'analisi poetica come indicatori di massima, non seguiti puntualmente, ma adoperati in circostanze ambigue, dove la segmentazione della frase poteva risultare concettualmente difficile, rischiando di definirsi in modo quasi totalmente arbitrario. Anche in questo caso, il criterio assunto per proseguire nel processo di ricerca non è né vero né valido in assoluto, ma si configura come artefatto contestualmente utile, avvalorato – più che nella sua essenza – dalla possibilità di essere condiviso. La scelta del software Nud.Ist è giustificata dal fatto di prediligere un approccio al testo che consenta un dialogo tra le categorie semantiche locate nel testo stesso e i costrutti teorici apportati, in modo imprescindibile, dal ricercatore. Il metodo di codifica selezionato per analizzare i testi, infatti, ha seguito dapprima un'analisi *top-down* in funzione della quale si è impostato un albero di categorie congruenti con i criteri di segmentazione dei processi d'azione suggeriti dalla teoria dell'azione diretta a scopo e con la definizione della "teoria sul cambiamento" avanzata da Duncan e Miller (2000). Questa è postulata come un sistema simbolico che organizza la conoscenza (terapeutica) in modo da:

1. definire la natura di un ipotetico problema;
2. supporre le possibili cause (in termini di ragioni della sua persistenza);
3. suggerire le linee strategiche (in termini di mezzi-fini) e le condizioni adeguate per ottenere la sua modificazione.

Di seguito riportiamo gli alberi di codifica contenenti i *parent nodes* impostati a partire dai costrutti teorici sopra discussi:

NUD.IST 4.0, Project: change  
 Teoria sul Cambiamento  
 Problema  
     Configurazione  
     Cause  
 Soluzioni  
     Obiettivi  
     Strategie  
     Valutazioni (cosa cambia)  
 Condizioni di cambiamento  
     Interne  
     Esterne  
     Relazione

Attraverso la procedura di codifica vengono enucleati tutti i “costrutti psicologici” utilizzati dal terapeuta al fine di ricostruire il sistema di credenze a cui si riferisce per conferire senso alla sua esperienza clinica. L’albero di codifica sopra riportato, predisposto in funzione della teoria della GDA, consente inoltre di specificare, per ciascuna categoria semantica, il gioco linguistico all’interno del quale il terapeuta ne fa uso. Nella seguente proposizione viene esemplificata la specificazione delle diverse categorie (obiettivi, strategie, valutazioni, condizioni, proprietà) in funzione del modo d'uso degli elementi semantici rinvenibili nella frase stessa.



Attraverso l’assegnazione di ciascuna proposizione a uno dei costrutti teorici sopra elencati, è stato possibile discernere dimensioni di significato differenti, anche nel caso queste siano rappresentate da una comune etichetta linguistica. Ad esempio, il costrutto di “responsabilità” è stato declinato in universi di discorso differenti, a seconda che questo venisse indicato come “obiettivo” a cui tendere (*deve riconoscere quale è il suo ruolo ed il ruolo degli altri, per prendersi la responsabilità della parte che ha fatto lui*), come “causa” di un disagio (*e il lavoro è stato fatto soprattutto su questi suoi sensi di colpa, su questa sua responsabilità nella fine di questo rapporto di amicizia*), o ancora come meta intermedia, e quindi come “strategia”, nel corso dell’attività psicoterapeutica (*fai*

*riconoscere che le cose che magari non ha fatto bene non sono una colpa ma sono una responsabilità, una distinzione secondo me fondamentale, perché la colpa si accoppia alla punizione e al perdono, la responsabilità invece va d'accordo con la riparazione).*

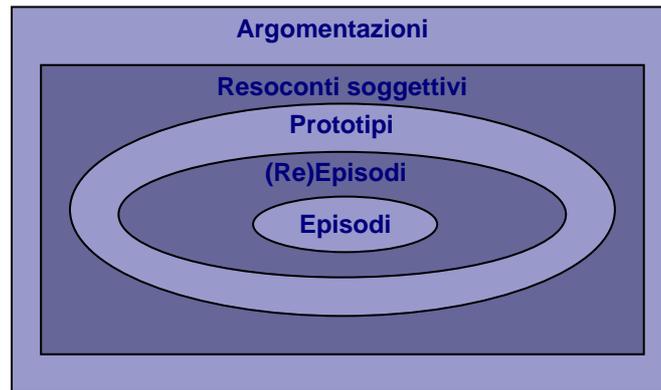
In funzione della commistione della teoria dell'azione diretta a scopo con la teoria delle rappresentazioni sociali, nella formulazione di von Cranach (1992), si sono inoltre costruiti codici utili a rappresentare le dimensioni socio-genetiche delle conoscenze espresse dal terapeuta. Presentiamo di seguito l'albero che contempla la distinzione, nel sistema di credenze, tra rappresentazioni sociali e rappresentazioni sociali individuali, anche se le analisi relative a questa parte saranno meglio trattate in una sezione successiva.

```
NUD.IST 4.0, Project: change
Struttura Conoscenza
  RSI "di scuola"
    cognitivo-proprietà
    psicodinamico-proprietà
    sistemica-proprietà
    costruttivista-proprietà
  RSI convenzionali
    psicodinamica
    sistemica
    cognitivista
    costruttivista
  RSI privatizzate
    cognitivo-limiti
    cognitivo-integrazioni
    psicodinamica-limiti
    psicodinamica-integrazioni
    sistemica-limiti
    sistemica-integrazioni
    costruttivista-limiti
    costruttivista-integrazioni
    terapia-quotidiano
    integrazione generale
    giudizi di valore
```

Oltre a questo, sono state adottate delle categorie sovraordinate suggerite da Flick (2000) per l'analisi delle interviste episodiche utili a specificare i contenuti rilevati più direttamente nel corpus testuale. In particolare, è stata proposta una categoria, qui chiamata "forma narrativa", che consente di suddividere il testo in due parti costitutive (Figura 5):

- una contenente le "argomentazioni", cioè quelle forme espressive che è possibile far corrispondere ad una conoscenza di tipo generale ed astratto;
- una contenente i resoconti soggettivi, articolati in citazione di episodi, di "re-episodi" (situazioni citate ripetutamente) e di "prototipi" (situazioni rendicontate sulla base di definizioni stereotipiche o in funzione di processi di attribuzione di significato fortemente tipizzati).

Ad esempio, nella proposizione “*generalmente il trattamento che viene più usato è quello dell’esposizione, quindi di portare gradualmente le persone alle situazioni che teme*”, l’avverbio “generalmente” configura un contesto per la frase che segue dove tutto ciò che viene elencato acquista il valore di un sapere astratto e trans-situazionale, cioè non ancorato a un episodio in particolare ma evocato come parte di un repertorio di conoscenze applicabile a più situazioni (riconosciute come simili tra loro per una qualche caratteristica sovraordinata).



**Figura 5. “Schema di analisi della forma narrativa”**

```

NUD.IST 4.0, Project: change
Forma Narrativa
  Argomentazione (personale)
  Resoconto Soggettivo
    episodi
    re-episodi
    prototipi

```

L’ultimo segmento di albero impostato attraverso una procedura di analisi *top-down* si riferisce a codici che specificano l’appartenenza teorica del partecipante, il tipo di formazione avuta e il contesto di applicazione della teoria sul cambiamento stabilito in funzione del “soggetto” a cui l’episodio citato è riferito.

```

NUD.IST 4.0, Project: change
  Gruppi
    cognitivista
    costruttivista
    psicodinamico
    sistemico
  Formazione
    ortodossa
    pluralista
  Soggetti
    terapeuta
    cliente
    conoscente
    tutti

```

Lo sviluppo dell'albero ha quindi seguito un'analisi *bottom-up* che ha consentito di costruire codici specifici per ciascun *parent node* attraverso un processo iterativo funzionale al raggiungimento di un grado sufficiente di saturazione teorica (Strauss & Corbin, 1998). In totale sono stati costruiti circa settecento codici (compresi i *parent nodes*) la cui alta numerosità può essere indicativa sia dell'elevata eterogeneità dei contenuti presenti nei resoconti, sia dall'aver preferito un'opzione di codifica fortemente aderente alle particolarità dei testi. Questi codici sono stati poi accorpati in una fase di codifica assiale che prevede l'individuazione di categorie sovraordinate ai singoli codici. Come chiariremo, per questa operazione ci siamo serviti anche di procedure statistiche dello Spad utili ad organizzare strutture di significato sulla base delle co-occorrenze tra codici. E' da notare, inoltre, come nella presente ricerca le tradizionali fasi della codifica aperta, assiale e selettiva non siano state seguite in modo sequenziale ma circolare, spostando la definizione dei codici da una procedura ingenuamente induttiva, ad una più teoricamente sostenuta e che contempla in modo sistematico l'instaurarsi di un dialogo tra i mondi di significato dei partecipanti coinvolti nel processo di ricerca e quello del ricercatore (Figura 6).



**Figura 6. "Il processo circolare della ricerca (qualitativa)"**

Riassumendo, possiamo dire che:

1. Una prima codifica è stata svolta seguendo le impostazioni della teoria scelta, allo scopo di individuare le parti rilevanti del testo (e quindi di pilotare l'attenzione del ricercatore) e di specificare le modalità d'uso di contenuti specifici nei termini di uno schema mezzi-fini previsto nella costruzione di azioni orientate al cambiamento.

2. Una fase di codifica aperta è stata intrapresa con l'obiettivo di forgiare codici volti a dettagliare (in termini di contenuto) le categorie pre-impostate dalla teoria.
3. Una fase di codifica assiale e selettiva ha permesso di sintetizzare i contenuti specifici dei testi, accorpendo la moltitudine dei codici identificati in categorie sovraordinate, rilevate sulla base di una comunanza di significato in sede di discussione dei risultati.

La procedura di codifica sopra descritta, inoltre, ha potuto definirsi seguendo tre momenti consequenziali:

1. In genere, le codifiche risultano spesso limitate dal seguire le scelte circostanziate di chi le compie in ragione di sfumature ermeneutiche attuabili soltanto da chi ha familiarizzato più a lungo con i testi. Nel presente lavoro, tuttavia, si è tentato di giungere alla definizione di criteri condivisi circa le modalità di codifica da adottare: difatti, la prima intervista per ciascun gruppo è stata analizzata congiuntamente con altri due ricercatori, con i quali si sono negoziate le strategie principali per disambiguare gli enunciati ed esplicitare il più possibile le regole interpretative seguite<sup>16</sup>.
2. Ciascuna intervista è stata analizzata e codificata costruendo un elenco di sotto-nodi, sufficientemente sintetico e allo stesso tempo rappresentativo, che corrispondesse alle categorie sovraordinate sopra riportate. Una volta individuate ed etichettate le tematiche principali all'interno dei testi, si è costruita una tassonomia di categorie di volta in volta aggiornata rispetto all'inclusione/esclusione di casi.
3. Ogni intervista codificata è stata sintetizzata in un piccolo schema contenente i costrutti di significato principali isolati e le relazioni ipotizzate tra questi. La "rappresentazione grafica dei concetti" consiste nell'apporre alle locuzioni più rappresentative dell'intervista delle etichette consegnate, in un secondo tempo, all'intervistato. Il partecipante si trova quindi a manipolare una serie di etichette con sopra alcune delle sue affermazioni più incisive, sintetizzate talvolta sotto forma di concetti più astratti. L'invito è quello di organizzare queste etichette secondo una struttura gerarchica di inclusione ed esclusione, segnalando – o convalidando (nel caso sia stato preparato un primo abbozzo di schema dal ricercatore) – il tipo di relazione supposta che interviene tra essi (si veda Appendice VI).

La relazione individuata non si configura mai in termini di nessi causali, o di relazioni essenziali dal punto di vista della determinazione tra un costrutto e l'altro; qui la relazione emergente è da intendersi piuttosto nei termini di implicazione logica (se non addirittura retorica) tra i costrutti, in quanto contribuisce a generare la coerenza argomentativa che sostiene una specifica teoria personale (sul cambiamento). Questo tipo di operazione è stata

---

<sup>16</sup> Per una riflessione critica sulla possibilità di negoziare dei criteri interpretativi per la ricerca qualitativa si rimanda a Nencini, Sarrica, Romaioli & Contarello (2008).

possibile con circa 1/3 dei partecipanti per ogni gruppo, mentre con altri non si è potuto per motivi legati alla ristrettezza dei tempi e alla difficile reperibilità. In nessun caso, tuttavia, detta procedura è da intendersi come una convalida empirica volta a conferire maggiore obbiettività ai criteri interpretativi del ricercatore. Essa è piuttosto una strategia che incrementa un processo di negoziazione di significati giocato su più livelli, configurandosi come condizione di dialogo entro cui i temi emersi durante l'intervista possono essere decostruiti e riassemblati – sfidati o moltiplicati – nella direzione di un più ampio ventaglio di chiavi interpretative.

Di seguito viene presentato un esempio di codifica applicato su un frammento di testo relativo alla prima intervista analizzata. Come si vede, per le categorie “strategie”, “obiettivi”, “cause”, “valutazioni” e “proprietà del cambiamento” si sono dettagliati i codici in funzione delle peculiarità del contenuto locato nel testo.

I: Mi può raccontare una breve esperienza clinica che, a suo giudizio, è rappresentativa del suo modo di lavorare in psicoterapia? Come si è generato in quel caso il processo di cambiamento?

T: Un'esperienza clinica? Quindi un caso. Generalmente (01) ... faccio sperimentare sulla loro pelle, in modo da fargli capire, fargli vedere, vivere sulla pelle il risultato delle loro sperimentazioni (02). Nel caso, per esempio della signora di prima (03) come è avvenuto il cambiamento? ... Allora, nella depressa il cambiamento è avvenuto a livello non tanto pratico quanto mentale (04) ... ossia diceva cose tipiche dei depressi (05) come "ah non ho voglia di uscire" "non ho voglia di fare ecc. ecc.", da parte mia c'era una tendenza a ... a spronarla ... a cercare di indirizzarla (06) su quelle che erano le cose che in realtà non voleva fare, perché non voleva (07), aprire un libro perché "beh è complicatissimo aprire il libro perché è pesante aprire la copertina" o tutte queste stupidaggini (08) qui, e lei, un po' per volta ... cercava di ... è arrivata a dirmi "ah beh il libro, sono riuscita ad aprire il libro perché in effetti non era così difficile farlo" e poi "sì ho letto il titolo perché in effetti non era poi così difficile farlo" (09). In questo senso, il cambiamento; in questo caso appunto è stato però una cosa più mentale che non di, diciamo, sperimentazione vera e propria pratica per cui doveva uscire per vedere gente, parlare, e così via (10).

- (01) Argomentazione
- (02) Obiettivi - sperimentare
- (03) Episodi
- (04) Proprietà del cambiamento - mentale/pratico
- (05) Prototipi
- (06) Strategie - essere direttivi
- (07) Cause - motivazione/volontà
- (08) RSI - giudizi di valore
- (09) Valutazioni - superare difficoltà
- (10) Proprietà del cambiamento - mentale/pratico

#### **6.4 Risultati e discussioni del terzo studio**

I risultati presentati di seguito si riferiscono alla dimensione concettuale delle rappresentazioni sociali preminenti per ciascun gruppo (cfr. Galli, 2006; Jodelet, 1989). A questo proposito,

ricordiamo che le significazioni considerate come parte della rappresentazione “sociale” devono essere nominate dalla maggioranza dei partecipanti che compongono il gruppo per il quale, detta rappresentazione, risulta rilevante<sup>17</sup>.

Nelle sezioni di approfondimento dell’analisi del contenuto interna a ciascun gruppo, i valori si riferiscono alle percentuali di frequenza dei codici, ovvero al numero di volte in cui è stata applicata quella particolare codifica nell’analisi dei documenti di quel gruppo rispetto agli altri. Ogni elemento della rappresentazione risulta, per questo motivo, filtrato da almeno due criteri:

- l’elemento attribuito ad un gruppo è stato citato dai 2/3 dei partecipanti che lo compongono;
- l’elemento attribuito ad un gruppo si presenta con una frequenza superiore al 25% tra i partecipanti che lo compongono. Detto altrimenti, l’elemento riconosciuto come parte della rappresentazione non deve necessariamente essere esclusivo per quel gruppo ma presentarsi al suo interno con una frequenza maggiore rispetto agli altri<sup>18</sup>.

Di seguito verranno mostrati gli aspetti concettuali che consentono ai diversi gruppi di partecipanti di differenziarsi tra loro. I risultati sono organizzati in sezioni che corrispondono alle articolazioni, viste precedentemente, di una teoria sul cambiamento e alla segmentazione dei processi di azione suggeriti dalla teoria dell’azione diretta a scopo (rappresentazione del problema, inferenza di cause, obiettivi, pianificazione delle strategie, valutazioni, condizioni di cambiamento e sue proprietà). Quando i risultati lo consentono, verranno proposte delle sottosezioni con l’obiettivo di mettere in luce gli elementi comuni ai diversi gruppi.

#### **6.4.1 Le rappresentazioni del problema psicologico**

Le rappresentazioni del problema (che emergono dalle interviste) possono essere interpretate come uno scontro tra nuclei normativi (De Leo *et al.*, 2004; Salvini & Galieni, 2002; Salvini, 1980), cioè come un modo che i terapeuti hanno di configurare la devianza a fronte di una normalità supposta come essenziale o potenzialmente raggiungibile. Ciascuna connotazione del problema è cioè l’esito di un atto conoscitivo che tende a registrare e a sintetizzare in un quadro più generale:

- le affermazioni espresse dal cliente, in termini di descrizioni offerte del suo disagio;

---

<sup>17</sup> Per i criteri qualitativi e quantitativi seguiti al fine di ricostruire la dimensione della rappresentazione sociale dei gruppi si rimanda al cap. V.

<sup>18</sup> Da un punto di vista metodologico, l’applicazione di questo solo criterio, senza l’altro, potrebbe modificare sostanzialmente i risultati delle analisi. Infatti, tenendo conto solamente della frequenza di codifica (e non del numero di documenti che presentano quella codifica), si rischia di sovrastimare l’attribuzione di un determinato codice ad un certo gruppo “sociale”; ad esempio, quando un codice viene espresso da uno solo dei partecipanti di un gruppo, ma in modo ripetuto ed enfatizzato.

Queste eventualità mostrano senz’altro un aspetto di criticità delle metodologie qualitative quando, nel tentativo di porsi dei criteri per stabilire il grado di generalizzabilità di un dato, falliscono se adottano criteri puramente quantitativi. Questi, infatti, dovrebbero sempre essere intersecati e, da un certo punto di vista, anche subordinati, ad altre considerazioni di carattere teorico e contestuale. Per una riformulazione dei criteri di generalizzabilità si veda Flick, 2006.

- i discorsi promossi dal modello teorico, nella definizione di una dimensione psicopatologica;
- le deviazioni percepite, rilevabili come scostamenti occasionali o sistematici da una manifestazione di normalità, la quale è spesso costruita in riferimento ad una dimensione tacita di valori e di ideologie condivise.

Tenendo in considerazione questi elementi, ciascuna rappresentazione perde il carattere oggettivo e puramente descrittivo dell'indagine empirica, per fungere da indicatore di una teoria che, a diversi livelli di consapevolezza, organizza la conoscenza del terapeuta e, di conseguenza, le azioni che sarà chiamato a produrre in qualità di clinico.

Da un punto di vista metodologico, attraverso la procedura Matrix del Nud.Ist si è costruita una matrice di intersezione tra la variabile "gruppi" (che specifica i quattro orientamenti terapeutici considerati) e la variabile "configurazione\_problema" ristretta alle sole codifiche relative all'applicazione della teoria sul cambiamento al cliente. In questo modo si sono organizzati i codici e le *quotations* al fine di rendere salienti le differenze tra gli orientamenti teorici nel rappresentare il "problema psicologico". Oltre a questa procedura, utilizzando la modalità Vector, si sono intersecati tutti i nodi relativi alla rappresentazione del problema con una variabile di identificazione del terapeuta (ad esempio, l'orientamento teorico, il tipo di formazione, ecc.) in modo tale da ottenere una griglia che specificasse le peculiarità, nei termini di significazioni prodotte, caratteristiche per il gruppo considerato.

#### **6.4.1.1 Il problema come 'cosa' che ho**

I partecipanti di orientamento cognitivo-comportamentale sono quelli che, in modo preferenziale, descrivono la problematica del cliente utilizzando un vocabolario tecnico, per lo più riferendosi ad etichette diagnostiche contenute nel DSM IV. Tra i più nominati ricordiamo, il disturbo di "attacchi di panico" (64,6%), quello di "depressione" (54,5%) e problematiche legate all'"ansia" (39,1%). Ecco alcune affermazioni ricorrenti:

Una paziente che soffriva di attacchi di panico. Aveva avuto dei primi attacchi un paio d'anni prima...

[Int01, 30-31, F, 36 anni, 3 attività clinica, cognitivista]

Poi ci sono alcune persone che hanno forti momenti di ansia quando perdono il contatto con il procedere della propria storia, per motivi d'ansia o di depressione.

[Int26, 136, M, 55 anni, 27 attività clinica]

Di fatto poi facendo il colloquio clinico si è visto che aveva anche delle tonalità depressive e tutta una serie di problemi correlati...

[Int29, 63, F, 35 anni, 6 attività clinica]

Il problema è sempre rappresentato come un *sintomo*, come un qualcosa che la persona *ha, porta, presenta o manifesta*. Di conseguenza, la configurazione del problema segue spesso un procedimento analitico volto a dettagliare le espressioni del disturbo sia in termini di “indicatori comportamentali” (83,3%) che di “indicatori fisiologici” (78,6%).

Perché anche dai colloqui si notava che questo ragazzo aveva uno sguardo basso, non mi guardava, aveva riportato alcune discussioni che aveva avuto, comunque alcuni momenti in cui si era sentito avere un atteggiamento più passivo...

[Int02, 174-177, F, 33 anni, 3 attività clinica]

Per primo quello prettamente fisico, che lo portava all'inizio ad una grande accelerazione cardiaca, poi in realtà, ancora prima che ci vedessimo era già passato più sul piano di giramenti di testa, quindi paura di svenire, paura di cadere, paura di perdere l'equilibrio.

[Int03, 33-35, F, 29 anni, 5 attività clinica]

Oltre alle definizioni mutuare essenzialmente dall'applicazione del modello medico agli schemi della psicoterapia, i cognitivisti tendono ad organizzare il disagio in termini di “incompetenze” (75%), cioè come mancanze più o meno durature delle abilità necessarie a svolgere determinati compiti o ad affrontare particolari situazioni di vita. Questa rappresentazione, come vedremo, risulta perfettamente in linea sia con le strategie principali di intervento adottate dai terapeuti cognitivisti, sia con la costruzione che essi forniscono del cambiamento, inteso come “apprendimento” costante di capacità ritenute essenziali. Il riferimento a questo codice, infatti, sembra prevalente nelle risposte in cui il terapeuta offre un quadro concettuale rispetto alle modalità di configurare il disagio da parte della scuola teorica seguita. Spostandosi dall'uso di narrative centrate su episodi personali ad argomentazioni di carattere più teorico e astratto, ecco che emergono considerazioni simili a quella sotto riportata:

Un problema psicologico in termini cognitivo-comportamentali è un qualcosa che porta la persona ad avere difficoltà nell'affrontare la situazione X. Questo è un problema, cioè un qualcosa che nella normalità, nell'abitudine o nello stile di una persona fa sì che non riesca ad affrontare, non so, può essere una fobia, una situazione familiare, o lavorativa.

[Int10, 259-260, F, 33 anni, 7 attività clinica]

Segnaliamo inoltre come quattro terapeuti su dieci abbiano fornito una rappresentazione del problema seguendo inferenze prossime alle logiche dei terapeuti psicodinamici, in particolare, riferendosi ad esso come a un “problema nascosto” o di “copertura”. Queste forme particolari di eclettismo e di ibridazione della conoscenza terapeutica saranno discusse in dettaglio nel capitolo VIII. Complessivamente, l’organizzazione della dimensione problematica del cliente, per quanto riguarda il gruppo dei cognitivisti, lascia intravedere una cosmologia di valori legata alla scientificità, all’oggettività, all’individualismo, all’efficienza, alla produttività. A fronte di questo, i terapeuti cognitivisti (cfr. dettagli Int10), assumendo la realtà come dato di fatto, si precludono la possibilità di intervenire verso quei problemi considerati ragionevoli e la cui rappresentazione identifica difficoltà oggettive (ad esempio, il rischio di essere contagiati, o *la probabilità comunque presente che un aereo cada*).

#### **6.4.1.2 Il problema come ‘cosa’ che invento**

Il gruppo dei terapeuti costruttivisti è quello che, in linea con le nostre aspettative, utilizza meno le etichette diagnostiche nella descrizione del problema citato nei casi raccontati. Essi sostengono di occuparsi piuttosto di *problematiche non facilmente catalogabili*, intese come forme di disagio psicologico emergenti da contesti specifici o dalla forte connotazione interpersonale (44%). In questi casi, il linguaggio utilizzato per descrivere il problema è più simile a quello adottato dal cliente stesso che potrebbe approssimarsi all’uso di categorie proprie della psicologia di senso comune.

Lei diceva anche che da quel momento, ha cominciato ad essere infelice, hanno iniziato a litigare, insomma è scoppiato tutto il casino, rovinando tutta la felicità che avevano raggiunto mentre vivevano con la nonna...

[Int04, 40, M, 33 anni, 4 attività clinica]

Anche per i costruttivisti, il problema psicologico sembra potersi rappresentare, in alcuni casi, attraverso una dimensione di “mancanza”, che fa presumere l’esistenza di uno schema normativo rispetto al quale, la persona che esprime il disagio, inevitabilmente si distanzia. Nei resoconti, in particolare, l’accento umanistico in parte contenuto nel sistema teorico della psicologia dei costrutti personali di Kelly (1955) sembra circoscrivere il disagio ad una “mancanza di senso” (100%), avvertita come perdita del significato personale legato alle esperienze vissute, o come “confusione”, cioè come impossibilità di intraprendere il processo di attribuzione stessa di questo significato.

Magari la persona in sé che può essere confusa nel dare significato ma dal punto di vista più razionale, a quelle che sono le esperienze che le capitano...

[Int22, 83, F, 40 anni, 11 attività clinica]

Strettamente connesso a questo aspetto della rappresentazione del problema legato alla mancanza di un senso e all'impossibilità di perseguirne uno per la propria vita, ritroviamo l'assumere come nucleo problematico le "difficoltà di realizzazione" (100%). Queste vengono intese come ostacoli in un percorso di *emancipazione personale* entro il quale i significati personali possono essere svelati e armonizzati, più generalmente, con gli eventi di vita.

Lei anticipava che il suo futuro non avrebbe potuto essere completo, nel momento in cui lei non poteva generare, quindi produrre vita...

[Int19, 45, F, 32 anni, 5 attività clinica]

#### **6.4.1.3 Il problema come 'cosa' che sono**

Anche i terapeuti di matrice psicodinamica tendono ad usare, nel resoconto di casi clinici, le categorizzazioni sindromiche del DSM IV. Psicopatologie citate sono il costrutto di "ansia" (28,4%), quello di "psicosomatica" (88,8%) e il "disturbo di personalità" (27,3%) che, come vedremo, è strettamente ancorato ad altri aspetti del sistema di credenze dei terapeuti.

Sto pensando alla mia paziente, la "psicosomatica" che soffre da sempre di emicrania.

[Int15, 83, F, 49 anni, 12 attività clinica]

D'altro canto lei è una persona con alcuni tratti dipendenti, quindi mi sono detta "da un punto di vista della diagnosi, lei ha queste caratteristiche, dunque questo è il miglior livello di qualità della vita che questa persona può raggiungere"...

[Int07, 81, F, 35 anni, 7 attività clinica]

Per esempio questo ragazzo che secondo me era abbastanza "border", aveva avuto problemi di tossicodipendenza, problemi alimentari...

[Int15, 52, F, 49 anni, 12 attività clinica]

La rappresentazione del problema, in confronto ad esempio con il gruppo dei terapeuti cognitivisti che tende ad usare le stesse categorie diagnostiche, sembra spostarsi da una dimensione sintomatica ad una più strutturale, rileggendo il disagio o come espressione delle caratteristiche della personalità

del cliente, o come dato simbolico conseguente ad un'altra problematica, considerata più profonda e radicata nella persona. Questo è spiegato prevalentemente dall'ampio uso della dicotomia esterno/interno da parte di questo gruppo, sia nel costruire argomentazioni volte a specificare la natura del problema (percepito quindi come manifestazione "esterna" di un disagio "interno") sia nell'elencare le proprietà stesse del processo di cambiamento<sup>19</sup>. Ecco allora che il cliente viene, in alcuni casi, identificato con il problema, da cui l'abbondanza di espressioni come *il cliente è... i pazienti sono...* seguite da attribuzioni tipizzate come *borderline, psicosomatici, angosciati, ecc..*

Oltre a questo, i partecipanti del gruppo dei terapeuti psicodinamici rappresentano il problema enfatizzando l'aspetto della "sofferenza" (31,8%) che, come chiariremo in seguito, tende a costituirsi come una tappa obbligata del processo di cambiamento in psicoterapia (cfr. Ellenberger, 1970).

E si crea a quel punto un disagio, si crea una situazione di necessità, e a quel punto vai alla ricerca di un aiuto...

[Int21, 176, F, 37 anni, 7 attività clinica]

Il problema è una situazione interna che da sofferenza...

[In25 162 F, 44 anni, 16 attività clinica]

A queste significazioni si lega anche la costruzione del problema in termini di "crisi" (33,3%), cioè come elemento di frattura che si interpone ad uno stato di *sanità* e che assume rilievo essenzialmente per le condizioni di *vissuto drammatico* che può generare. In questo caso, la rappresentazione del problema assume i connotati di un qualcosa che è *fuori controllo*, che è *ingestibile* e che richiede, coerentemente alla costruzione dell'azione terapeutica, interventi clinici di carattere lenitivo e contenitivo.

C'era una signora che è stata da me per quattro anni, era venuta con un comportamento iperattivo e ipomaniacale che cercava di tamponare delle forti crisi di angoscia.

[Int17, 73, F, 54 anni, 26 attività clinica]

---

<sup>19</sup> Da notare come, nonostante questo gruppo abbia la tendenza a rappresentarsi il problema sfruttando la logica del "problema nascosto" (che identifica l'espressione del disagio come elemento di copertura o come manifestazione di difesa di conflitti psichici di altro genere) questa venga giocata più spesso sul piano implicito, cioè utilizzando nell'eloquio metafore che richiedono – per essere espresse – una concezione del sistema psichico che distingue tra un interno/esterno o tra una dimensione profonda/superficiale. Sul piano argomentativo, invece, sono soprattutto i terapeuti di altro orientamento ma che si sono accostati successivamente alle teorie psicodinamiche, a consolidare – nell'uso retorico che ne viene fatto – l'idea di un problema a *cipolla*, dove gli strati più esterni non fanno altro che celare l'essenza di quanto è contenuto sotto la superficie: di solito un problema più grave e clinicamente più importante di quello riportato in seduta dal paziente.

#### **6.4.1.4 Il problema come ‘cosa’ che subisco**

La rappresentazione del problema da parte dei terapeuti sistemico-relazionali è prevalentemente orientata a cogliere gli aspetti di contesto che generano e mantengono il disagio del cliente. In modo congruente con la teoria sistemica e l’epistemologia della seconda cibernetica (Watzlawick *et al.*, 1967), il clinico, pur riferendosi a categorie diagnostiche come quelle di “disturbi alimentari” (43,3%) o di “dipendenza da sostanze” (75%) (che circoscrivono implicitamente l’essenza del disagio nelle caratteristiche personali) preferisce poi optare per una definizione del problema in termini “relazionali” in modo tale da poter considerare tutte le variabili che, seguendo una causalità circolare, contribuiscono di fatto alla sua insorgenza.

Quindi il formato di coppia, in termini sistemici, poteva aiutarlo a sbloccarsi all’interno del setting di coppia, proprio perché individualmente, dalla esperienza che mi ha raccontato, fatica molto nell’affrontare questa cosa relazionale...

[Int35, 18-19, F, 38 anni, 10 attività clinica]

Problemi di “coppia”, problemi di “relazione” sono solo alcune formule che ricorrono nei resoconti dei terapeuti sistemici e che indicano una sensibilità specifica nel considerare non solo l’entità del problema ma l’intero gioco delle parti che lo organizza all’interno delle relazioni. Ecco allora che il problema non viene più definito come dato a sé stante, racchiuso nella monade dell’individuo, ma viene rappresentato come una “situazione difficile” (40%), le cui conseguenze, sul piano della relazione, possono risultare disfunzionali per chi ne è direttamente coinvolto.

Mi vengono in mente sia casi a livello individuale, sia di coppia. A livello individuale ho una ragazza che viene per un problema legato ad una situazione di difficoltà...

[Int35, 36, F, 38 anni, 10 attività clinica]

L’attenzione posta ai processi di relazione porta inoltre a preferire, nella scelta dei casi da commentare, la citazione di forme di disagio emergenti dai rapporti familiari come, ad esempio, le complicazioni nell’adempiere al “ruolo genitoriale” (66,6%).

Il problema era il solito, lei si sentiva trattata male da questa figlia, poi è emerso che questo comportamento era la conseguenza del fatto che la madre era troppo appiccicata a questa figlia, aveva il desiderio di trattarla come un’amica, cosa che gli adolescenti giustamente rifiutano...

E' inoltre da segnalare come ben nove terapeuti su dieci considerati per il gruppo sistemico relazionale fossero di formazione pluralista, o per aver seguito corsi di perfezionamento (di tipo psicodinamico) o per aver intrapreso percorsi di terapia personale (spesso di matrice psicoanalitica). Molti di questi rispondenti, come verrà mostrato in seguito, esprimono rappresentazioni che oscillano da una polarità sistemica ad una più marcatamente psicodinamica, motivo per cui l'analisi del contenuto qui riportata segnala, per questo gruppo, un numero alto di significazioni nominate dai terapeuti di orientamento psicodinamico.

#### **6.4.2 Giustificare la permanenza: la costruzione delle “cause”**

Durante la fase di codifica del materiale testuale si è tenuto conto di quei processi di attribuzione e di inferenza di cause che i terapeuti esprimono in relazione alla problematica descritta. Questi possono essere intesi come dei repertori di giustificazione del problema che conferiscono coerenza alla storia del paziente, legittimando – in parte – la permanenza della sua condizione di disagio (cfr. Bruner, 1990). Tuttavia, il riferimento a frammenti di resoconto circoscrivibili alla tematica delle “cause” del problema non implica, in questo contesto, l'attribuzione di una retorica eziopatogenetica o causalista al discorso fatto dal terapeuta. Ci si è limitati a registrare le inferenze che, sul piano argomentativo, consentivano al terapeuta di giustificare (e di attribuire un senso a) la strutturazione del problema discusso. Questi frammenti di testo sono stati individuati riferendosi principalmente a locuzioni introdotte:

- dall'uso del “perché”, del “quindi”, ecc.;
- dall'uso di costrutti teorici con propositi chiaramente esplicativi.

Da segnalare che i resoconti riferiti alla strutturazione del problema esprimono delle “cause” che, nella riorganizzazione più generale della teoria sul cambiamento, possono essere distribuite gerarchicamente o connesse discorsivamente l'una all'altra in modo consequenziale. Ad esempio, “le relazioni con i familiari” possono rappresentare la condizione per generare dei “traumi passati” che si sedimentano nell' “inconscio”; a sua volta, questo, si esplicita con “affetti ed emozioni” di base con i quali l'individuo deve fare i conti. Questo tipo di rappresentazioni gerarchiche ci consente di fare alcune considerazioni circa le diverse strutture di relazione che, a parità di elementi di contenuto, possono instaurarsi tra i diversi gruppi o tra componenti diversi dello stesso gruppo (von Cranach & Ochesenbein, 1994). Nelle analisi che seguiranno, quindi, sarà opportuno tenere in considerazione non solo l'etichetta linguistica che sintetizza un certo contenuto discorsivo, ma anche l'insieme complessivo di relazioni all'interno del quale detta etichetta viene collocata. Queste evidenze, infatti, portano necessariamente a problematizzare alcune forme di riduzionismo che si

applicano in psicoterapia (Slife *et al.*, 2001), sia perché queste possono far registrare delle comunanze tra sistemi teorici laddove queste sono solo formali, sia perché, a parità di costrutto, diverse possono essere le logiche che lo sostengono e che, di fatto, ne specificano le modalità d'uso. Le argomentazioni qui raccolte sotto il codice "causa" rappresentano quanto Bateson (1973) indicava nei suoi *metaloghi* come "principi esplicativi", ovvero delle costruzioni sovraordinate che, in un certo senso, impediscono al processo della conoscenza di continuare oltre. I principi esplicativi sono cioè degli accordi, presi all'interno di comunità scientifiche, che garantiscono a chi li usa una conoscenza pronta, di facile uso e immediatamente disponibile per poter spiegare gli eventi che si stanno osservando. Di più, il principio esplicativo, proprio in virtù dell'alto grado di condivisione che ha all'interno di un certo gruppo, non richiede a sua volta di essere spiegato impedendo al processo di conoscenza di dilatarsi *ad infinito*<sup>20</sup>.

#### 6.4.2.1 *Cogito ex machina*

Il costrutto maggiormente citato dal gruppo dei terapeuti cognitivo-comportamentali per fornire una spiegazione al problema è l'espressione, da parte del cliente, di "pensieri irrazionali" (93,1%). Questi, in linea con le prescrizioni teoriche della teoria cognitivista, si configurano come pensieri distorti, auto-riferiti, idee irrazionali non fondate sull'evidenza dei fatti ma riprodotte come *bias* cognitivi, quindi come schemi automatici di gestione dell'informazione sul mondo (Beck, 1997). In molte interviste, tuttavia, il pensiero irrazionale assume anche la forma di un *pensiero emotivo*, che si riferisce alle interferenze prodotte dalle emozioni sul sistema cognitivo stesso. Ecco alcuni esempi:

La persona che esce di casa per comprare una cosa e pensa "adesso mi viene sicuramente un attacco di panico", questo è un pensiero irrazionale perché non è scritto da nessuna parte che gli verrà un attacco di panico.

[Int03, 213, F, 29 anni, 5 attività clinica]

Per esempio, ci possono essere pensieri iper-generalizzanti, o pensieri catastrofizzanti, o pensieri doverizzanti, molti pazienti ce li hanno "io devo fare", "dovrei aver fatto"... bruttissimi, fra l'altro.

[Int05, 166, F, 37 anni, 6 attività clinica]

---

<sup>20</sup> Questo discorso può introdurci ad una nuova prospettiva sulle "alterità teoriche" e sul pluralismo che, nel dominio della psicologia, sembra ancora prevalere. Quello a cui assistiamo, o a cui potremmo potenzialmente assistere, infatti, è un reciproco arricchimento dei sistemi teorici, laddove i principi esplicativi dell'uno, assunti come costrutti definitivi (oltre i quali la ragione non può sporgersi), possono diventare costrutti confutabili nell'altro sistema, il quale può invece premurarsi di specificarne le condizioni di generazione o, addirittura, di problematizzarne le necessità d'impiego.

Credo veramente che ci siano dei pensieri interni più su un versante di tipo emotivo per cui tu ti crei delle idee alle quali credi veramente e che ti bloccano dal punto di vista emotivo...<sup>21</sup>

[Int10, 274, F, 33 anni, 7 attività clinica]

Strettamente connessa alla dimensione sopra considerata, è il costrutto di “abitudine” (83,3%) che configura il problema nei termini di un “apprendimento disfunzionale” che rende automatica, e cioè priva di un controllo cosciente, la sua espressione comportamentale. Questa costruzione viene nominata soprattutto nelle risposte volte ad esplicitare il punto di vista teorico sulla questione. In questo caso, i terapeuti si riferiscono principalmente alle teorie di matrice comportamentale.

Quindi noi abbiamo imparato a, per diversi modi, vuoi per esperienza diretta, vuoi per osservazione a rispondere in un certo modo a certe situazioni.

[Int01, 238, F, 36 anni, 3 attività clinica]

Perché bisognerebbe andare un po' contro a quello che ti verrebbe in automatico, in base al tuo passato, e questi automatismi credo non possano essere cambiati, perché si riattivano... Poi dipende, perché molte volte questi vissuti sono legati ad avvenimenti dell'infanzia, e lì è dura, al di fuori delle terapie o delle tecniche... Le prime esperienze di vita lasciano dei segni sulla propria persona che non possono essere cambiati...<sup>22</sup>

[Int06, 73/173/176/177/185-186, F, 31 anni, 4 attività clinica]

---

<sup>21</sup> In questo esempio (citato da una terapeuta con un sistema di credenze eclettico) comincia a delinearsi una costruzione ibrida che associa al costrutto di “pensiero irrazionale” una definizione simile a quella di “conflitto interno” (22,7%), propria del gruppo dei terapeuti psicodinamici. Come discuteremo in seguito, possiamo presumere che, in certe condizioni, la conoscenza individuale possa emergere come sintesi attiva e creativa di rappresentazioni sociali diverse, soprattutto laddove queste si presentano:

- come intercambiabili: le rappresentazioni devono riferirsi ad un comune oggetto di conoscenza;
- come plausibili: pur forgiandosi entro sistemi di pensiero incommensurabili, queste rappresentazioni devono apparire entrambe come ragionevoli e condivisibili, almeno a partire da un certo punto di vista;
- come assimilabili: le contraddizioni tra le due rappresentazioni devono rimanere celate al nuovo sistema conoscitivo che le organizza. Questo implica l'uso di un sistema di integrazione che seleziona solo alcune porzioni delle rappresentazioni, ovvero quelle parti che non risultano in contrasto con una determinata dimensione normativa che il terapeuta – esplicitamente o implicitamente – condivide.

<sup>22</sup> Anche qui, il costrutto di automatismo e di apprendimento viene ancorato, dai terapeuti con un sistema di credenze eclettico, a una logica che privilegia la ricerca di cause nel “passato”. Nello specifico, sembra che soprattutto i terapeuti che collaborano con colleghi di orientamento psicodinamico tendano ad utilizzare significazioni proprie di una psicoanalisi ingenua (cfr. cap. IV) che individua nel “trauma subito” la causa del problema psicologico. Sebbene l'idea di esperienza negativa sia alla base anche dei processi di condizionamento aversivo e quindi, in parte, coerente con il modello cognitivo-comportamentale, qui il terapeuta si riferisce piuttosto a traumi emotivi, perlopiù vissuti durante l'infanzia, che richiedono un approccio interpretativo molto simile a quello adottato dai terapeuti di matrice psicodinamica.

Infine, come anticipato dalle particolari configurazioni del problema espresse da questo gruppo, registriamo come predominante la dimensione della “mancanza” (71,4%), declinata come :

- “mancanza di strumenti”: l’assenza di competenze che, sostanzialmente, consentirebbero alla persona di funzionare in modo migliore;
- “mancanza di volontà”: una compromissione, non meglio esplicitata, delle caratteristiche di perseveranza necessarie per attuare comportamenti di cambiamento.

Mentre il secondo costrutto viene citato per giustificare terapie che non hanno avuto buon esito, il primo costrutto viene nominato, generalmente, riferendosi all’essere umano più in generale, quasi a sottolineare una proprietà maggiormente svincolata dal tessuto clinico e più aderente ai contesti di vita quotidiani e a circostanze non necessariamente definibili come psicopatologiche.

Magari non so... per la mancanza di volontà o di impegno...

[Int03, 271, F, 29 anni, 5 attività clinica]

Allora è una questione differente, una persona che sta male psicologicamente è una persona a cui mancano al momento delle strategie, degli strumenti...

[Int29, 148, F, 35 anni, 6 attività clinica]

#### **6.4.2.2 L’errore ermeneutico**

La significazione principale prodotta dai terapeuti costruttivisti riguarda l’idea che il problema sia strettamente dipendente dalle modalità secondo le quali il cliente tende a costruirlo. Questo *code* indica quindi come elemento generativo del problema l’interpretazione (75%) che il cliente offre della sua situazione, non essendo né la situazione in sé, né l’individuo di per suo conto a costituire la natura essenziale del problema. Ciò implica un visione attiva della persona e un costante monitoraggio del suo sistema di significati che, per come è organizzato, può essere generatore di determinati vissuti di disagio.

Sebbene la priorità dell’interpretazione sui fatti sia ormai da considerarsi una conquista comune tra i modelli psicologici, da quelli cognitivisti, a quelli sistemici, a quelli psicodinamici di ultima generazione, l’enfasi posta dal gruppo costruttivista su questo concetto è decisamente più radicale, sia per ragioni di fondazione epistemologica del costruttivismo stesso (von Glasersfeld, 1995), sia per l’organizzazione di un modello di intervento operativo come quello basato sulla teoria dei costrutti personali (Bannister & Fransella, 1986). E’ infatti da segnalare come, nonostante il primato conferito alle cognizioni, altri gruppi, come quello dei terapeuti cognitivo-comportamentali, si muovano piuttosto saldamente entro un’ottica empiricista e centrata su una realtà oggettiva che traduce il “punto di vista” in un “pensiero disfunzionale”, cioè una forma di elucubrazione non

ancorata a dati forti percepibili nella realtà dei fatti. Allo stesso modo, il gruppo dei terapeuti psicodinamici, pur riferendosi in alcuni casi alle interpretazioni dei clienti come dato clinico rilevante, tende poi a ricondurle al tipo di struttura del carattere che in qualche modo assorbe e, di fatto, rende conto della tipologia delle interpretazioni prodotte dal cliente stesso. Questo per dire che i terapeuti costruttivisti sono gli unici ad aver espresso il principio dell'interpretazione quale assioma esplicativo (cfr. Laudan, 1977), cioè come elemento non ulteriormente scomponibile che precede, e in un certo senso giustifica, tutte le forme di espressione del cliente, siano esse considerate problematiche o funzionali.

Quindi ha un'anticipazione su questo evento, ci investe, nel senso che si impegna e cerca di farlo, poi i genitori si arrabbiano per un altro motivo e non lo lasciano più uscire, questa è l'invalidazione di un'anticipazione dell'evento, e spesso ci troviamo in terapia con delle esperienze invalidanti che creano uno stato di sofferenza che è poi il motivo per cui la persona si trova di fronte a noi.

[Int04, 31, M, 33 anni, 4 attività clinica]

Perché certe scelte sembrano obbligate in una direzione, ma perché delle implicazioni a priori ti fanno prendere per scontato che alcune scelte siano obbligate...

[Int16, 49, F, 35 anni, 7 attività clinica]

### **6.4.2.3 L'interiorità in rivolta**

La costruzione di cause da parte del gruppo dei terapeuti psicodinamici fa chiaramente riferimento a determinanti di tipo inconscio, siano queste descritte in termini di "difese" (66,6%) agite dal cliente, o di "conflittualità interna" (45,5%).

Poi succede che ad un certo punto i tuoi meccanismi di difesa non funzionano più, e quando cominciano a non funzionare più o funzionano troppo, stai male.

[Int21, 175, F, 37 anni, 7 attività clinica]

E' il suo super-io, in particolare di questa persona, perché era molto rigido, per cui pretendeva sempre il massimo da se stesso.

[Int25, 97, F, 44 anni, 16 attività clinica]

Se ad un certo punto non mi si muove la situazione, perché allora vuol dire che c'è qualcosa, un rimosso che non mi viene fuori... di problemi edipici ne aveva di enormi...

[Int12, 139/149, F, 56 anni, 22 attività clinica]

Alla costruzione del processo di causazione come elemento inconscio, interno, costitutivo in un certo senso della personalità del paziente, corrispondono corollari di opzioni, tra loro coerenti, che gli psicodinamici antepongono al problema. Ad esempio, l'origine del problema può essere configurata secondo la logica delle frustrazioni ricevute, ovvero di episodi mancanti che rappresentano delle condizioni devianti da una norma in cui il problema è sorto nei termini di una "difficoltà evolutiva" (40%) o, più specificatamente, di una "mancanza strutturale" (50%). Questo consente di circoscrivere la "causa" o nella struttura di personalità stessa, senza ulteriori specifiche, o negli episodi di "lutto e separazione" (72,7%) che la determinano e che, come abbiamo visto, costituiscono per questo gruppo una narrazione portante anche per la codifica delle fasi e delle metafore portanti del processo di cambiamento.

Si può dire che a volte delle mancanze strutturali di personalità possono essere colmate da un ruolo di malato, che può prendere il posto di carenze affettive o di mancanze strutturali.

[Int08, 100, M, 41 anni, 7 attività clinica]

La maggior parte delle volte sono quelli legati a uno svincolo, ad un passaggio che in ogni caso dentro al ciclo di vita sarebbe arrivato.

[Int11, 86, F, 44 anni, 12 attività clinica]

A queste narrative, giocate più sulla metafora con i processi naturali e sui possibili ostacoli che questi possono incontrare nel districarsi, se ne aggiungono altre che, come abbiamo detto, si potrebbero organizzare in funzione dei principi di interno/esterno e di reale/immaginato. Nonostante i terapeuti psicodinamici citino, nel giustificare il problema, episodi legati alle esperienze infantili e familiari dei clienti, infatti, sono soprattutto le conseguenze a lungo termine che queste portano con sé a configurarsi come cause dei disagi psicologici. Mentre, ad esempio, i terapeuti sistemici nominano le relazioni familiari come tessuto costitutivo della genesi e, specialmente, del mantenimento dei problemi nel qui ed ora, qui la relazione genitori-figli è importante solo nella misura in cui viene interiorizzata e contribuisce a consolidare una particolare struttura di personalità che può essere considerata più o meno matura in termini evolutivi. Detto altrimenti, è la sedimentazione dei vissuti negativi personali che attraverso il processo dell'"interiorizzazione" (68,1%) può produrre quelle manifestazioni sintomatiche che i pazienti avvertono come problematiche nel corso della loro vita.

Quindi da difficoltà relazionali radicate, che non sono frutto del qui ed ora, del problema che nasce oggi, ma che sono frutto di anni e di ataviche relazioni che si sono trasmesse con alcune modalità.

[Int07, 14, F, 35 anni, 7 attività clinica]

Secondo le teorie psicodinamiche la personalità dell'individuo si crea entro i due anni di anni, quindi pare che se la giochi tutta lì, non è proprio così, però chiaramente nella relazione che un individuo ha con i suoi famigliari, con i suoi genitori in primis, ci sono delle dinamiche che si creano che possono essere "patologiche", ma questo in senso generale un po' per tutti, cioè siamo tutti sufficientemente nevrotici.

[Int21, 170, F, 37 anni, 7 attività clinica]

#### **6.4.2.4 La 'morsa' degli altri**

Coerentemente con gli assunti della teoria sistemica, i terapeuti di questo gruppo indicano come modalità principale di strutturazione dei problemi l'elemento di "sistema" (66,6%), ovvero si offrono una lettura circolare dei processi relazionali che contribuiscono a *mantenere in vita il sintomo* proprio perché funzionali alla sopravvivenza di un determinato assetto familiare. Oltre alla logica sistemica che, come vedremo, è in parte articolata anche dagli altri orientamenti (seppur in forme diverse), l'attenzione di questi terapeuti è posta soprattutto sulle "premesse" che ciascun membro ha nei confronti degli altri componenti del gruppo. Questo apre a due possibilità argomentative, più volte nominate come elementi causali del problema: o i genitori mantengono premesse egemoniche nei confronti dei figli, obbligandoli a corrispondere ad aspettative irrealistiche, o il problema emerge in termini di disaccordo sulle premesse che ciascun partecipante del sistema esprime nei confronti degli altri. Nel definire la problematica in termini sistemico-relazionali, segnaliamo anche il modo in cui i terapeuti parlano del sistema stesso, molte volte configurandolo come *vincolo da cui liberarsi* e traducendo come espediente causale la "costrizione" medesima che il sistema produce sull'individuo.

Arrivano le famiglie con il paziente designato, con il problema, ed alla fine della prima seduta capisci che il problema non è quello, il paziente designato si è fatto carico di un qualche cosa, ma in realtà il problema sta molto sotto...

[Int23, 161, F, 34 anni, 5 attività clinica]

Considerando questa dinamica, la coppia è ok, ma i figli, soprattutto questo maschio primogenito... deve incarnare le aspettative materne, e attraverso le aspettative materne, soprattutto le aspettative del nonno materno, che è uno che è stato molto esigente con le figlie, ma anche vuole lasciare ancora la sua

traccia di richiesta, perché le figlie realizzino questa sua premessa anche presso i nipoti. Questo povero ragazzo è bistrattato, perché qualsiasi cosa faccia, lui non risponde alle premesse della madre...

[Int30, 53-55, F, 60 anni, 20 attività clinica]

Una porzione più limitata di partecipanti, in particolare, i terapeuti con una formazione “parzialmente” psicodinamica, esprime anche considerazioni circa la dimensione interna del paziente. Nello specifico, questi spostano l’argomentazione dalle dinamiche del sistema alle modalità in cui, tali dinamiche, diventano costitutive della persona, reificando il sistema “famiglia” (48,6%) negativo. Ecco come si esprimono in proposito due terapeute, proponendo quella che potrebbe essere una sintesi tra teoria psicodinamica e teoria sistemica:

Il genitore negativo è dentro di me, ma è altrettanto vero che le relazioni potrebbero rinforzarlo... E’ certamente interno ma si costruisce anche con l’esterno: se io ho un genitore interno che mi dice che sono stupido e che non combinerò niente nella vita, è ovvio che lo ho costruito grazie alla mia relazione con un genitore esterno, che magari è quello che ho a casa, e che ogni volta che mi vede mi dice che sono uno stupido, rinforzando quindi il genitore interno.

[Int20, 84/86, F, 53 anni, 20 attività clinica]

Comunque il problema è qualcosa di... è legato alla strutturazione interna della persona, ecco il sintomo è una traduzione esterna di qualcosa che è un certo tipo di strutturazione interna che può andare sia alle relazioni familiari originarie che poi si sono tradotte in modalità di funzionamento poi...

[Int24, 100, F, 49 anni, 10 attività clinica]

Per concludere, annotiamo come un numero più ampio di terapeuti sistemici condivide rappresentazioni che circoscrivono la causa del problema dettagliando la categoria più generale che racchiude, come abbiamo visto, le dinamiche di sistema. Queste possono essere rintracciate più genericamente nel “contesto” (46,6%), molte volte inteso come contesto sociale e culturale, o nelle “comunicazioni” (100%) ovvero sia nei pattern di interazione che, di fatto, si configurano come *medium* essenziale delle relazioni<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> E’ da notare come questo *code* non sia identificato come elemento essenziale della problematica, né come *target* privilegiato dell’intervento sistemico. Piuttosto i terapeuti si sono limitati, nelle interviste raccolte, a segnalare una difficoltà di comunicazione, intesa come difficoltà nell’esprimersi o a condividere questioni rilevanti con i propri partner. Mancava cioè, nei casi raccolti, una concezione della comunicazione che si approssimasse a quella sostenuta dalla meta-teoria di questa ricerca, che ne sottolinea invece l’aspetto fondante dei processi psicologici e relazionali degli individui.

Quindi, prendiamo il disturbo alimentare, se uno non mangia, certamente centra anche che nella nostra società ci può essere il modello della modella magrissima...

[Int32, 105, F, 52 anni, 25 attività clinica]

E contemporaneamente, dall'altra parte una cosa che è stata molto positiva ma anche negativa allo stesso tempo, è che i genitori non si sono mai attivati, nonostante tutti gli incontri in cui è uscita l'importanza di parlare con la figlia di questa cosa, di non lasciarlo come un argomento tabù... è vero che poi nel corso della terapia emergono degli aspetti più legati alla comunicazione, all'ambito relazionale, però se il problema è nella sessualità, il mio problema è risolvere quello...

[Int35, 50/78, F, 38 anni, 10 attività clinica]

### **6.4.3 La costruzione sociale degli obiettivi**

Gli obiettivi verso cui l'intervento psicoterapeutico si dirige costituiscono dei riferimenti normativi sopra i quali vengono impennate le realtà future dei clienti. In linea con le riflessioni post-moderniste sulla psicoterapia (Gergen, 2006; Mecacci, 1999), la presente ricerca muove cioè dalla constatazione che l'attività clinica non è – e non potrebbe essere – moralmente neutra, nel senso che l'orientamento situazionale del clinico, i suoi commenti, così come le sue azioni, intese come azioni “terapeutiche” volte a produrre benefici nei suoi clienti, sono necessariamente ancorati ad una dimensione valoriale che ne sancisce, in modo più o meno consapevole, la validità (Woolfolk, 1998). L'attività clinica non è dunque solo orientata, seguendo la teoria dell'azione diretta a scopo (von Cranach *et al.*, 1992), da obiettivi contingenti che il terapeuta stabilisce secondo un criterio operativo in funzione della *performance* dell'azione, ma anche illuminata dall'alto, cioè promossa da quegli orizzonti di senso e di significato che contribuiscono a far apparire una determinata meta come attraente. Di più, la condivisione, implicita o esplicita che sia, di un valore non equivale ad una semplice dichiarazione sul posizionamento filosofico/morale di chi lo esprime, ma consiste – sul piano socioculturale – nel legittimare determinate istituzioni o nel convalidare specifiche porzioni di realtà per le quali, detto valore, risulta accreditato e sostenuto (Gergen, 1999a). Detto altrimenti, non può esistere una posizione valoriale avulsa da conseguenze pragmatiche, essendo questa, come tutte le configurazioni di senso e di significato, incarnate nei mondi di vita di chi la sperimenta (Wittgenstein, 1953). Nei termini della teoria delle rappresentazioni sociali, possiamo allora dire che la costruzione sociale della conoscenza implica sempre che questa venga organizzata ottemperando a “significati ideali” che hanno la funzione di orientare l'azione dell'individuo e di stabilirne l'adeguatezza in corrispondenza a specifiche norme di carattere prescrittivo e proscrittivo.

Per quanto detto, qualora la ricostruzione degli obiettivi che segue consenta di esplicitare, oltre alle cosiddette “mete di processo”, anche i fini sovraordinati dell’attività psicoterapeutica, possiamo legittimamente indicare questa operazione conoscitiva come un tentativo per circoscrivere i confini dei sistemi di credenze dei terapeuti, facendo emergere i valori impliciti sopra i quali essi si fondano (McNamee & Gergen, 1998).

A fronte di quanto detto, l’insieme dei codici relativi agli “obiettivi” è stato suddiviso in due categorie generali:

1. obiettivi teoricamente definiti, cioè mete intermedie necessarie allo svolgimento della terapia;
2. obiettivi sovraordinati, costitutivi di valori e credenze a cui tendere.

Questa distinzione ci consente di prendere consapevolezza anche del modo in cui obiettivi comuni siano di fatto locati entro sistemi di gerarchie differenti da gruppo a gruppo e, talvolta, da terapeuta a terapeuta (von Cranach, 1992). Ad esempio, il costrutto di “benessere” viene inteso dai cognitivisti come obiettivo di processo, cioè come elemento perseguibile già durante la seduta di terapia attraverso l’applicazione di determinate prassi di intervento. Al contrario, i terapeuti psicodinamici, pur riferendosi chiaramente ad una meta simile, suggeriscono passaggi intermedi decisamente opposti, che privilegiano esperienze di sofferenza volte a far maturare gli individui.

#### **6.4.3.1 Tecnocrazia**

Gli psicoterapeuti cognitivo-comportamentali sono quelli che in modo maggioritario hanno espresso una visione della clinica strettamente legata alla “risoluzione di problemi” (45,9%), intendendo che tutte le procedure attuate durante una sessione di terapia devono essere rivolte alla scomparsa della problematica in ragione della quale il cliente ha richiesto una consulenza. Questo *code*, condiviso con diversi accenti anche dagli altri gruppi, accorpa tutte quelle frasi che implicano come obiettivo *la riparazione di qualcosa che non funziona*. L’idea di cambiamento retrostante è quella di un *problem solving* in cui vengono perseguiti obiettivi connessi al raggiungimento di condizioni considerate normali o più funzionali, nel senso di più adattive.

Quindi l'obiettivo è quello più della cura, del curare queste situazioni, questi problemi che ti riporta come fonte di disagio, come fonte di star male...

[Int02, 236, F, 33 anni, 3 attività clinica]

Lui era venuto da me per un problema specifico ed io ho risolto quello, non gli ho chiesto nient'altro... Io con i miei pazienti, risolviamo il problema...

[Int10, 172/308, F, 33 anni, 7 attività clinica]

Tra le principali mete di processo perseguite da questo gruppo ritroviamo l'esigenza di "fornire strumenti" (56,6%) al proprio cliente, un obiettivo che bene si integra sia con le caratteristiche dell'azione terapeutica adottata dal modello cognitivo-comportamentale, sia con le rappresentazioni sociali specifiche del gruppo circa il fenomeno del cambiamento più in generale. Sembra infatti che per i terapeuti cognitivisti "fornire strumenti" sia il compito principale della psicoterapia, lasciando presagire, di conseguenza, lo strutturarsi di un'immagine del cambiamento visto in termini ascensionali, come un lento, progressivo e lineare apprendimento di nuove risorse. Le strutture di conoscenza di questi terapeuti sembrano dunque funzionare orientando l'attenzione del clinico ad individuare le aree critiche del cliente al fine di sopperire ad esse fornendo adeguate informazioni, esperienze o risorse. Di seguito vengono riportate alcune citazioni tratte dalle interviste:

Quindi comunque il portare la persona, il far sì che la persona abbia maggiori strumenti e maggiori competenze per affrontare le situazioni che per lei sono difficili... cioè per noi è fondamentale che la persona acquisisca degli strumenti, delle abilità...

[Int02, 6/193, F, 33 anni, 3 attività clinica]

Una psicoterapia efficace dovrebbe dare degli strumenti, delle tecniche dall'efficacia provata...

[Int03, 260, F, 29 anni, 5 attività clinica, cognitivista, pubblico-privato, formazione ortodossa, no terapia]

Come abbiamo detto, ciascun sotto-obiettivo è inserito in una logica precisa che sostiene la conoscenza dei terapeuti ad ogni passo e che può essere articolata in una serie di presupposizioni. Queste, una volta condivise dai componenti del gruppo, finiscono con l'essere date per scontate, pur rappresentando, di fatto, dei criteri valoriali (o normativi) ai quali il partecipante costantemente si ispira nella sua retorica argomentativa. Tra dette presupposizioni, ritroviamo, per il gruppo dei terapeuti cognitivo-comportamentali, un'enfasi speciale al dogma della "razionalità" (77%) assunta, come vedremo, sia come condizione di normalità da perseguire, sia come presupposto per l'applicazione di determinate varianti terapeutiche<sup>24</sup>. Oltre a questo, l'assunzione di un presupposto

---

<sup>24</sup> Ogni presupposizione costituisce, allo stesso tempo, un vincolo e una possibilità che definisce il sistema rappresentazionale dei terapeuti. Non esistono, cioè, valori più accreditabili di altri, più clinicamente validi, o più condivisibili in termini assoluti, dovendo stabilire – per compiere questa operazione intellettuale – un meta-valore che, a sua volta, andrebbe convalidato con la stessa procedura, creando di fatto un regresso ad infinito. Dobbiamo invece ammettere la "validità contestuale" di ciascun criterio o valore che sia, aprendoci, nel far questo, alla necessità di riconoscere e definire le condizioni entro le quali una presupposizione può risultare funzionale rispetto agli scopi (terapeutici, in questo caso), da quelle in cui non è così. Lo stesso criterio della razionalità, ad esempio, può configurarsi come "contestualmente" valido nella misura in cui il cliente è indotto, attraverso molteplici comunicazioni da parte del terapeuta, ad assumere un'identità razionale, la quale, può risultare più compatibile per risolvere conflitti in determinate situazioni. Sarebbe tuttavia erroneo presumere che questo espediente risulti sempre e necessariamente valido in ogni

di razionalità ci consente di definire il posizionamento epistemologico di questo gruppo in funzione di un'antinomia (razionale/irrazionale) che viene posta a fondamento del modo di considerare l'essere umano più in generale. Questo ha, come conseguenza, la possibilità di rendere concettualmente accessibili determinate distinzioni che, nel corso della terapia, possono essere replicate sotto forma di mete da perseguire o di valori verso i quali tendere. Ad esempio, nelle narrazioni di questo gruppo è possibile ritrovare spesso la distinzione tra vero/falso, tra concreto/astratto, lasciando spazio ad argomentazioni centrate sullo "scientismo", sul criterio dell'"oggettività", o ancora su posizioni morali imperniate sul valore della "sincerità" che, necessariamente, implicano l'esistenza di una realtà vera e, *mutatis mutandis*, la possibilità di *distorcere* più o meno deliberatamente questa realtà. Sia detto per inciso, le condizioni di genesi e di sviluppo seguite dal modello cognitivo-comportamentale, che di fatto lo hanno visto confluire all'interno della tradizione della psicologia sperimentale, possono facilmente rendere conto delle proprietà elencate durante le interviste dagli esponenti di questo orientamento (cfr. von Cranach, 1992).

Il pensiero razionale è quello che alla fine è più aderente alla realtà, è quello più realistico e non assoluto...

[Int02, 305, F, 33 anni, 3 attività clinica]

Ci vuole anche molta franchezza, ad esempio se ci si rende conto che negli ultimi mesi di terapia la persona è un po' arrancata, si deve avere la sincerità di dire al cliente che le cose non stanno andando nel verso giusto...

[Int03, 270, F, 29 anni, 5 attività clinica]

Il cambiamento comincia qua nel senso che noi cerchiamo di portare queste persone ad avere dei pensieri che siano più attinenti alla realtà...

[Int29, 50, F, 35 anni, 6 attività clinica]

Per concludere, altri obiettivi sovraordinati, perfettamente integrati con i dettagli della teoria sul cambiamento dei terapeuti cognitivisti, contemplano:

---

circostanza. Ad esempio, alcuni terapeuti (cfr. Int10), tenendo fede ai criteri di oggettività e di razionalità sopra descritti, si precludono la possibilità di intervenire in modo terapeutico, perché la descrizione del problema presentato, assunta per vera, viene considerata ragionevole e quindi non confutabile sul piano dell'argomentazione razionale. Oltre a ciò, occorre segnalare come lo stesso valore o principio che sia, perseguito tenacemente dagli esponenti di un orientamento, possa venire osteggiato da quelli di un altro, proprio perché la teoria complessiva nella quale viene inserito consente di rileggerlo in termini completamente differenti. Ad esempio, per il gruppo degli psicodinamici, la "razionalità" dell'individuo viene spesso intesa come *un'incapacità di sentire*, dovuta ad un uso eccessivo delle difese da parte del paziente.

- la ricerca della “sicurezza” (50%), intesa come condizione esistenziale della persona *padrona delle sue decisioni*;
- l’obiettivo del “miglioramento” (75%), inteso come *impegno costante* che porta la persona ad incrementare le sue *potenzialità*.

Entrambi questi scopi sono connessi sia alle dimensioni concettuali della rappresentazione sociale del cambiamento, sia alle qualità iconiche che sostengono e armonizzano, tra loro, gli elementi oggettivati della rappresentazione. In particolare, queste significazioni possono essere considerate delle declinazioni del precedente valore della “razionalità”, qui tradotto ponendo l’accento sulle sue ripercussioni *pratiche*, legate al sentimento di efficacia personale, di efficienza rispetto a criteri produttivi e, quindi, di abilità nella *performance* più in generale.

Per cui l’intervento in primis che ho fatto è stato quello di aiutarla a modificare le sue abitudini, il suo stile di vita, per acquisire sicurezza in se stessa...

[Int29, 67, F, 35 anni, 6 attività clinica]

Poi puoi sviluppare, potenziare, fare tutto quello che vuoi... L’obiettivo generale è quello di favorire le potenzialità della persona al massimo livello possibile...

[Int26, 93/128, M, 55 anni, 27 attività clinica]

#### **6.4.3.2 Tutto è relativo, questa è la verità**

Il principale obiettivo di processo perseguito dal gruppo dei terapeuti costruttivisti consiste nell’agire sulle “interpretazioni” (52%) che il cliente esprime in riferimento al suo problema. Questa opzione può essere declinata in due principi operativi solo apparentemente simili tra loro:

1. proporre interpretazioni “alternative” a quelle che sostengono il problema, contribuendo a generare un punto di vista differente sulla questione;
2. destrutturare l’assolutezza di ciascuna interpretazione, rendendo consapevole il cliente della relatività del proprio punto di vista.

Mentre la prima scelta obbliga il clinico a mantenersi più o meno concentrato sulla narrazione problematica, con obiettivi più circoscritti che rendono l’intervento del tutto simile ad una terapia centrata sul “sintomo”, la seconda soluzione implica che l’azione terapeutica si diriga sulle matrici generative del disagio, costituendosi come vera e propria opera di rifondazione dell’epistemologia personale del cliente. L’enfasi posta sulla possibilità di relativizzare il proprio punto di vista, è

strettamente imbricata con l'idea di "flessibilità" (80%) intesa come valore dominante e funzionale per la persona <sup>25</sup>.

Lo psicoterapeuta può magari dirgli che esiste il discorso di cambiare prospettiva, e può aiutare a cambiare prospettiva...

[Int04, 127, M, 33 anni, 4 attività clinica]

Il fatto è quello, permettere alle persone di vedere delle alternative...

[Int16, 50, F, 35 anni, 7 attività clinica]

Il gruppo dei terapeuti costruttivisti condivide, invece, con i cognitivo-comportamentali, l'obiettivo di voler spostare parte del lavoro della terapia ad un livello più esperienziale (73,9%), seppur le logiche che giustificano questa necessità siano totalmente differenti nei due gruppi. Qui la sperimentazione non è vista come condizione materiale per facilitare un apprendimento o un de-condizionamento, quanto come un laboratorio utile ad esplorare o convalidare la validità di nuovi costrutti. Il piano esperienziale, cioè, viene qui costruito accostandolo al piano esistenziale, come possibilità di connettere e rielaborare i significati del proprio vissuto.

Diciamo che sperimentando dei modi di fare diversi all'interno della relazione, uno magari può permettersi di essere diverso da come è fuori e poi applicare lo stesso comportamento anche fuori, quindi il fare esperienza all'interno della relazione; il fare esperienza vuol dire anche parlare delle relazioni con gli altri, mettersi nei panni degli altri, cercando di capire il senso delle proprie ed altrui azioni...

[Int16, 82, F, 35 anni, 7 attività clinica]

Il senso del cambiamento, quindi passiamo al generale, è per me la possibilità di far sperimentare al cliente una situazione, una relazione nuova e diversa da quelle che ha avuto fino a quel momento...

[Int09, 21, F, 45 anni, 19 attività clinica]

---

<sup>25</sup> Si noti che anche una posizione relativista come questa non può essere totalmente indipendente da una dimensione retorica che vede, nell'atto stesso di affermare una posizione, il distanziarsi da una posizione contraria che, implicitamente, viene criticata. Tentare di perseguire la "flessibilità" ad ogni costo, intesa come disposizione a modificarsi, a confutarsi e a "mettersi in discussione" corrisponde tuttavia a negare ogni valore all'idea di convinzione, di decisione e sicurezza, criteri questi, come abbiamo visto sopra, che vengono sostenuti ampiamente dal gruppo dei terapeuti cognitivo-comportamentali. Anche in questo caso, non è importante stabilire quale delle due posizioni sia più adeguata in termini assoluti, quanto individuare le condizioni entro le quali sia preferibile optare per una, a scapito dell'altra (Safran & Messer, 2006). Quel che conta è che entrambe le soluzioni siano perseguite non per fini ideologici ma per opportunità circostanziate, scelte deliberatamente in virtù di un'anticipazione del clinico circa gli effetti (terapeutici) che queste possono avere.

Tra le altre mete di processo che sostengono buona parte delle strategie terapeutiche messe in atto da questo gruppo ricordiamo, soprattutto, la necessità di “rendere attivi” (45,4%) i clienti rispetto al loro problema, facendo prendere consapevolezza del contributo che essi danno alla generazione della situazione problematica. Questa operazione corrisponde, parafrasando una delle terapeute intervistate, ad una *condivisone di epistemologie* tra terapeuta e cliente, facendo ovviamente riferimento alla posizione forte che l’approccio costruttivista mantiene nel considerare l’individuo come persona attiva, libera e intenzionale.

Cercavo di farle luce su tali implicazioni, per permetterle di adottare la prospettiva di viverci come una persona che fa delle scelte, perché certe scelte sembrano obbligate in una direzione, ma perché delle implicazioni a priori ti fanno prendere per scontato che alcune scelte siano obbligate...

[Int16, 49, F, 35 anni, 7 attività clinica]

Per concludere, ricordiamo un valore dominante di questo gruppo che ben si integra sia con le procedure ermeneutiche che vengono adottate come strategie terapeutiche, sia con la dimensione conoscitiva che viene associata alla pratica della psicoterapia (argomento sul quale torneremo nel trattare gli obiettivi comuni tra i diversi orientamenti considerati). Molte affermazioni raccolte erano infatti volte ad esplicitare la necessità, per il terapeuta, di “rispettare i valori” (75%) del suo cliente, quasi a voler indicare, con queste puntualizzazioni, l’assenza di una direzione preventivata alla terapia e una critica velata a quegli orientamenti che, in modo dichiarato, si muovono entro una dimensione correttiva e normativa. In questo caso, l’attenzione posta al rispetto della posizione del cliente consente al clinico di mantenere un atteggiamento costantemente orientato alla comprensione che, come vedremo, costituisce la base dell’organizzazione delle sue azioni terapeutiche.

No, cerco di non avere valori... Sì, sì, chiaro che ci sono terapeuti che credono nella famiglia e quindi, vanno a fare un lavoro per la famiglia, quindi, cioè, non... o altre cose comunque. No, cerco di non averne proprio per capire poi quali sono quelli della persona...

[Int37, 101, F, 42 anni, 19 attività clinica]

#### **6.4.3.3 Dov’era l’Es sarà l’Io**

Anche per il gruppo dei terapeuti psicodinamici gli obiettivi principali della psicoterapia si associano alla necessità di incrementare la consapevolezza del paziente rispetto alla sua condizione e a quei conflitti psichici che, nel caso specifico, possono essere generatori di problema. A questa

meta sovraordinata, se ne accostano altre per lo più centrate sul costrutto di emozione, il quale diventa il *target* di procedure volte a “contenere” (100%) stati emotivi eccessivamente irruenti e destabilizzanti o, all’opposto, a far “sentire” (28%) nel tentativo di *incrementare il contatto che il paziente può avere con la sua parte emotiva*. Il primo *code* si riferisce, come abbiamo detto, ad un contenimento di tipo emotivo che consente uno spazio di riflessione tra l’impulso e l’agito. E’ coerente con la teoria psicodinamica e col fatto che questo gruppo segnali l’emozione spesso come elemento negativo del cambiamento, indicando nel contenimento degli impulsi uno degli obiettivi principali della psicoterapia. Il secondo *code*, invece, racchiude espressioni che invitano a *seguire l’istinto* e a percepire l’intera gamma di emozioni che si possono vivere in circostanze differenti. L’intreccio dei due codici può voler significare, seppur detto in altri termini, l’obiettivo di voler “educare” la dimensione emozionale dell’essere umano, individuando un *range* all’interno del quale l’emozione si configura come risorsa anziché come elemento distruttivo e fuori controllo.

Man mano di acquisire un contenimento di tipo emotivo... Per contenimento intendo che non diventi immediatamente un agito, ma che ci sia una riflessione uno spazio tra il sentire, vivere una cosa e il passare all’azione.

[Int11, 122-124, F, 44 anni, 12 attività clinica]

Secondo me era importante che lui seguisse il suo istinto, se aveva lasciato molta parte del suo cuore là qualche tentativo doveva assolutamente farlo.

[Int17, 11, F, 54 anni, 26 attività clinica]

La dimensione del “sentire” risulta infatti prevalente rispetto ai resoconti dei terapeuti di altri gruppi e, come abbiamo visto, organizza diversi sotto-obiettivi strettamente associati al modo di configurare il *normale funzionamento dell’apparato psichico* di una persona. Tra le mete da perseguire, ritroviamo allora dimensioni legate alla “serenità” (50%), alla tranquillità, alla percezione di uno stato emotivo che, sostanzialmente, è avulso dai suoi picchi distruttivi.

Perché, questo è il mio desiderio, però chiaramente è un desiderio vasto, cioè di dare la possibilità alla persona che quando ha finito la terapia abbia la possibilità di vivere abbastanza serenamente...

[Int14, 158, F, 49 anni, 20 attività clinica]

Che la persona si senta più tranquilla...

[Int15, 115, F, 49 anni, 12 attività clinica]

Un altro *code* si riferisce alla necessità di perseguire una sorta di “autonomia” (40%), cioè un’indipendenza dalle relazioni (primarie) eccessivamente vischiose o simbiotiche. Questo costrutto ben si integra, come abbiamo visto, con una visione del cambiamento ampiamente centrata sull’idea di *separazione e maturazione*.

Lavorando il cambiamento è stato quello di riuscire a portarla a separarsi dalla madre, per riuscire a tagliare questo benedetto cordone ombelicale.

[Int21, 70, F, 37 anni, 7 attività clinica]

Un importante obiettivo che caratterizza i rispondenti di questo gruppo si riferisce a istanze terapeutiche volte ad “accettare/modulare” (34%) il sintomo, un’indicazione questa che sovverte la pianificazione del percorso terapeutico come essenzialmente orientato a generare, su vari livelli, dei processi di cambiamento largamente intesi<sup>26</sup>. Nonostante non tutti i componenti del gruppo intervistato si riferissero a questa dimensione, la maggior parte di essi (più un numero esiguo di terapeuti eclettici di altro orientamento) sottolineava l’urgenza e la necessità di fornire accettazione e rassicurazione al paziente, in alcuni casi, anche distanziandosi apertamente da una prospettiva terapeutica centrata sul cambiare. Questa, che di solito si configura come un trattamento breve e centrato sul sintomo, viene spesso percepita come un *accanimento*, o come un intervento *superficiale* non esente da *manie di onnipotenza*.

Per quanto mi riguarda [il cambiamento] ha un ruolo marginale, perché io in terapia non pretendo il cambiamento dei miei clienti, e questa è una cosa che a loro viene detta, anche perché non si aspettino bacchette magiche, che non esistono a questo mondo... Poi alla fin fine, qualcuno nota delle proprie caratteristiche o difficoltà, ma magari a questo qualcuno queste caratteristiche vanno anche bene, devono solo imparare ad usarli, come le ho detto prima, pregi o difetti, a seconda di come vengono usati sono deleteri o meno, quindi forse è più l’uso di queste caratteristiche che non il loro cambiamento...

[Int13, 26/31-32, F, 66 anni, 20 attività clinica]

---

<sup>26</sup> Questo *code* può essere considerato contrapposto all’idea di cambiamento perchè indica nell’accettazione del problema o nel non-peggioramento il vero obiettivo della terapia. In alcuni casi, la direzione tracciata può essere una meta che sostituisce quella della “cura” in casi difficili. In altri, specialmente per il gruppo qui considerato, può essere una scelta programmatica e condivisa sulla base di una precisa presa di posizione etica e teorica. Anche in questa evenienza, tuttavia, sarebbe interessante esplicitare le relazioni che possono sussistere tra il cambiamento del problema e l’accettazione dello stesso, una relazione che, ad esempio nelle terapie strategiche, viene teoricamente formalizzata (Watzlawick & Nardone, 1997). Accettare il “sintomo”, infatti, può voler dire interrompere l’insieme delle azioni disfunzionali (o tentate soluzioni) che il paziente replica e che contribuiscono a generare l’episodio problematico. Detto altrimenti, l’accettazione si configura sempre e necessariamente come cambiamento nella misura in cui modifica l’atteggiamento del cliente nei confronti del suo stesso problema. Ovviamente, le teorie psicologiche conferiscono a questo atteggiamento un peso e un valore non univoco, sebbene nessuna possa sostenere che il suo modificarsi possa essere privo di conseguenze per il paziente e, di conseguenza, per il mantenimento del suo problema.

Ti assicuro, nel limite del possibile, che non sempre lo sciogli ma perlomeno lo riconosci, lo gestisci, come se uno ha una ciste, prima ti fa male e dici "cavolo mi fa male" e ti preoccupi, però quando sai che questa ciste è inoperabile, che la fai diventare più piccolina ma sempre ciste rimane, allora ci convivi. Se sei fortunato riesci a toglierla totalmente oppure la rendi talmente piccola che è quasi inesistente, altrimenti a volte te la tieni.

[Int21, 178-179, F, 37 anni, 7 attività clinica]

Io credo che ognuno ha dei fantasmi dentro e se li porta dietro e bisogna imparare a viverci insieme.

[Int25, 195, F, 44 anni, 16 attività clinica]

#### **6.4.3.4 *Divide et impera***

Nel definire gli obiettivi della psicoterapia, i rispondenti del gruppo sistemico-relazionale si riferiscono spesso alla categoria della "responsabilità" (92%) che come vedremo è strettamente associata all'idea di perseguire un inquadramento della situazione clinica in termini sistemici.

Questo, solitamente, assume due accezioni:

1. raggiungere una comprensione sistemica del problema da parte del terapeuta;
2. incentivare una comprensione sistemica del problema nel paziente, metaforicamente espressa nei termini di *allargare l'ottica*.

I sistemici si pongono qui l'obiettivo di deresponsabilizzare il paziente, nella misura in cui è necessario prendere coscienza del sintomo come fattore emergente dal sistema e non appartenente al singolo individuo che di fatto esperisce il disagio o si fa *portatore del sintomo*. L'obiettivo, in questo caso, è la distribuzione della responsabilità tra tutti gli elementi del sistema, in modo tale da evidenziare le dinamiche disfunzionali che generano e mantengono una determinata situazione problematica. Da notare come l'utilizzo del costrutto di responsabilità sia configurato in termini diametralmente opposti al gruppo dei terapeuti cognitivisti e, in parte, al gruppo dei costruttivisti, dove il lavoro clinico è teso in particolare a far assumere responsabilità, rendendo il cliente consapevole del contributo attivo che opera nella costruzione del suo disagio.

Quello che mi sta più a cuore è la de-responsabilizzazione del paziente designato, questo è quello che io sento contraddistinguere l'ottica sistemica da qualsiasi altro tipo di ottica, nelle quali, il paziente che arriva si fa ben capire che il problema è suo, la famiglia se ne chiama ben fuori, perché spaventa troppo, quindi tu sei il malato, tu hai il problema, guarisci tu che staremo tutti meglio...

[Int23, 159, F, 34 anni, 5 attività clinica]

Rendere un po' consapevoli tutti del contributo che danno alla circolarità tutto sommato di questo circolo vizioso e vedere intanto se riescono a farlo consapevolmente, e poi se hanno voglia di fare altro.

[Int32, 26, F, 52 anni, 25 attività clinica]

Ponendo attenzione al sistema di cui il cliente è parte, i partecipanti esprimono anche il desiderio di incrementare e migliorare le relazioni (42,1%) che giocano in esso. In questo caso, l'enfasi posta sulle relazioni non è più intesa secondo la definizione della teoria sistemica (cioè come punto di intercettazione della causalità circolare implicata nelle problematiche). Piuttosto, in alcune interviste, sembra prevalga un riferirsi al tema delle relazioni come fine in sé stesso, assumendo come mandato terapeutico, ad esempio, la tutela della famiglia o della coppia in terapia<sup>27</sup>.

Se un terapeuta ha un'idea di cambiamento, ad esempio, vuol far funzionare bene la coppia...

[Int20, 88, F, 53 anni, 20 attività clinica]

Però l'obiettivo è di superare l'impasse e quindi arrivare ad una coppia che si ricontratta, che si ricostruisce...

[Int35, 81, F, 38 anni, 10 attività clinica]

Sebbene questo gruppo di terapeuti sottolinei ripetutamente la necessità di condividere una visione sistemica rispetto al caso clinico, questa avvertenza si configura più spesso come una tappa intermedia, utile a pianificare azioni terapeutiche il cui obiettivo finale, molte volte, viene costruito proprio in antitesi alla dimensione della dipendenza dal sistema. Un costrutto sovraordinato, infatti (replicato anche nei quadri iconici impliciti a questo modello), è quello di "libertà" (83,3%) che incanala l'individuo nella prospettiva di conseguire *obiettivi di svincolo* dal sistema in cui è coinvolto o dalla situazione problematica che lo vede protagonista. Sebbene *l'oppressore* venga identificato e costruito in modo diverso tra i gruppi, valori come quello dell'"autonomia" e dell'"indipendenza" accomunano i resoconti raccolti, in questo caso, da terapeuti sistemici e psicodinamici, lasciando intravedere similitudini non anticipate che si incarnano, più che nei sistemi teorici formali, all'interno dei molteplici processi di personalizzazione e di traduzione che si svolgono nell'atto di costruire la conoscenza.

---

<sup>27</sup> E' da notare come i partecipanti che hanno espresso questo *code* siano quelli che hanno avuto una formazione ancora centrata sulle prime proposte teoriche della terapia della famiglia.

Quando lei poté liberarsi, perché lo disse qui in terapia, perché io preparai la signora a questa cosa...

[Int24, 49, F, 49 anni, 10 attività clinica]

Incremento di libertà, poi uno sceglie quello che gli va, ma l'importante è che tu cerchi di liberare un po'...

[Int30, 104, F, 60 anni, 20 attività clinica]

#### 6.4.3.5 Ibridazioni e pluralismi al di là dei confini delle mappe teoriche

Nella ricostruzione delle significazioni prodotte dai partecipanti riferite agli obiettivi dell'attività clinica abbiamo tracciato distinzioni che consentissero di accorpate determinati corollari di obiettivi ad uno specifico gruppo, in modo tale da ricomporre un quadro coerente con la teoria sul cambiamento più generale che va delineandosi per ciascuna posizione. Durante questa esposizione, abbiamo posto l'accento sulle tipicità che caratterizzano i diversi orientamenti, segnalando i costrutti di significato che, in modo ridondante, organizzano l'azione terapeutica entro gerarchie di valori e sistemi di credenze irriducibili l'uno all'altro. Nel far questo, abbiamo messo in luce somiglianze e differenze tra modelli (o meglio, tra il modo di intendere questi modelli), tralasciando tuttavia quel insieme di significazioni che potevano indicare una compatibilità più marcata tra le diverse prospettive teoriche considerate. Di seguito (Tabella 13), riportiamo i *code* individuati dall'analisi del contenuto che è possibile attribuire a tutti i partecipanti, sebbene in proporzioni diverse, lasciando presumere una convergenza negli obiettivi – più astratti – della psicoterapia.

Gruppi	capire-comprendere	benessere	rispettare i valori	ridurre sintomi	modulare
cognitivo	12,50%	35,70%	18,10%	37,50%	18,80%
psicodinamico	31,25%	42,80%	9%	25%	43,80%
sistemico	31,25%	7,10%	27,30%	25%	25%
costruttivista	25%	14,20%	45,50%	12,50%	12,50%

Tabella 13. “Gli obiettivi della psicoterapia (Matrix Gruppi x Obiettivi)”

Questi sono il riferimento ad un'idea piuttosto generale di “benessere”, la necessità di “ridurre i sintomi” del cliente e l'obiettivo di voler “capire-comprendere” il suo disagio. Questo ultimo codice, ad esempio, viene citato da 32 partecipanti su 40 configurando l'attività clinica essenzialmente come un'attività di tipo conoscitivo, legata alla comprensione (o alla spiegazione) della dimensione psicologica e volta ad incrementare, sostanzialmente, la consapevolezza negli individui. Questi elementi, che potremmo indicare tra i componenti del nucleo della rappresentazione, vengono tuttavia declinati in universi di discorso differenti, acquisendo accezioni

sottilmente diverse in funzione dell'insieme di credenze, valori e principi ai quali, di volta in volta, vengono assemblati (Wagner e Hayes, 2004). Ad esempio, il gruppo dei terapeuti cognitivo-comportamentali pongono l'accento sulla *spiegazione* e sulla necessità di *raggiungere una conoscenza scientificamente fondata* della psicoterapia. Di contro, essi considerano la ricerca delle "cause" una competenza degli psicodinamici, i quali, oltre alla *ricerca del perché*, sottolineano costantemente l'esigenza di *raggiungere un insight* in terapia e di *distinguere gli echi del passato dagli effetti sulla situazione presente*. La consapevolezza, intesa come *lucida comprensione delle proprie dinamiche interiori*, viene invece configurata dai terapeuti sistemico-relazionali come possibilità di *capire i giochi relazionali che all'interno della famiglia consentono al problema di sopravvivere*. Mentre i costruttivisti sottolineano l'opportunità di *cogliere il modo in cui si è soliti costruire il mondo, divenendo coscienti delle implicazioni che comporta un sistema di costrutti*. Oltre a questi "modi diversi per pronunciare la stessa parola", troviamo anche voci fuori dal coro, che ci offrono inestimabili scenari in cui la "consapevolezza" può non rappresentare la soluzione migliore.

Ma a volte dare consapevolezza non è positivo, a volte è meglio che non ci sia la consapevolezza per mantenere un equilibrio, perché comunque la rottura di quel equilibrio sarebbe peggio per la persona... comunque in questo equilibrio i suoi bisogni sono soddisfatti, e molto probabilmente lei li considera i suoi bisogni principali, la sicurezza... magari i suoi bisogni più passionali non sono soddisfatti, però per alcune persone è meglio così.

[Int06, 101-106, F, 31 anni, 4 attività clinica, cognitivista]

A fronte di quanto detto, sembra quindi che la rappresentazione sociale degli obiettivi della psicoterapia si costituisca più in termini "agonali" (Galli, 2006; Moscovici, 1986) e venga costituita da elementi che, pur essendo in parte condivisi, assumono significati differenti a seconda dei valori professati per sostenerli. Una questione questa che, certamente, non può essere trascurata dagli approcci integrazionisti costantemente impegnati ad assorbire, entro un ristretto numero di fattori, le multiformi realtà concettuali dei modelli di psicoterapia.

#### **6.4.5 L'organizzazione dell'azione terapeutica**

Le strategie indicate dagli psicoterapeuti sono espresse attraverso costrutti di significato che stanno alla pratica terapeutica come le note sul pentagramma stanno all'esecuzione di un brano musicale. Leggere uno spartito, quindi, non equivale ad ascoltare una sinfonia, ma suggerisce tuttavia delle anticipazioni rispetto al modo in cui questa potrà essere eseguita. Il piano dell'azione terapeutica, seguendo la teoria dell'azione diretta a scopo (De Leo *et. al.*, 2004), assorbe completamente la

dimensione del comportamento che, in questa ricerca, non è stata presa in considerazione. Infatti, nonostante sia stato avanzato un sollecito per una collaborazione più impegnativa, pochi sono stati i terapeuti contattati disposti ad accettare una registrazione audio/video di una loro seduta, rendendo pressoché impraticabile un assetto di ricerca come quello già adottato da von Cranach (1992) per lo studio del confronto di due scuole di psicoterapia. Due ragioni ci sembrano tuttavia degne di nota per non ridurre l'analisi delle narrative sull'azione che seguiranno ad un mero esercizio intellettuale:

1. L'azione terapeutica consiste prevalentemente in un'azione linguistica. Il clinico, cioè, è costantemente coinvolto in un processo comunicativo con il paziente che, seppur giocato anche su dimensioni non-verbali, trova nella parola il suo *medium* principale. Le narrative qui raccolte, riferendosi per la maggior parte a casi effettivamente incontrati, costituiscono un espediente utile a ricostruire l'atteggiamento clinico del terapeuta, la natura delle sue comunicazioni, le significazioni principali entro cui è solito rappresentarsi la realtà problematica del cliente e gli orizzonti di cambiamento che ritiene possibili e praticabili.
2. Dalle considerazioni meta-teoriche già discusse abbiamo evinto come il linguaggio sia essenzialmente un artefatto di costruzione della realtà. Questo ci porta a tenere in seria considerazione l'idea che il piano narrativo, cioè il modo in cui noi parliamo di qualcosa, sia strettamente associato al modo in cui viviamo quella stessa cosa, in quanto le significazioni che produciamo (sulla base delle quali la realtà ha senso *per noi*) sono costantemente generate entro il piano del discorso (pubblico e privato). Il resoconto episodico dei terapeuti che qui stiamo analizzando è dunque una via di accesso privilegiata per ricostruire il sistema di credenze da loro usato, non solo per conferire significato alla "realtà clinica", ma anche per individuare la logica retrostante al loro agire in questa stessa realtà.

Oltre a queste puntualizzazioni di carattere più teorico, è necessario leggere i resoconti d'azione come conseguenze di rappresentazioni collegate, sul piano retorico, ad altre rappresentazioni, dalla cui organizzazione scaturisce il sistema di conoscenza che qui stiamo studiando in relazione al cambiamento. Ogni strategia, infatti, contiene in sé delle assunzioni implicite sia rispetto ad una teoria sul cambiamento, sia rispetto ad un'epistemologia sull'individuo e su come questo dovrebbe funzionare. Per fare un esempio, adottando l'indicazione terapeutica del "dare consigli" assumiamo anche un punto di vista per cui si ritiene che le persone siano fondamentalmente razionali, cioè capaci di riorganizzarsi in funzione dell'informazione ricevuta. Di più, come sostengono McNamee & Gergen (1998, p. 172) nell'*opzione dei consigli* "la storia del cliente resta relativamente intatta... Per il consigliere lo sforzo consiste nell'individuare forme d'azione efficaci date le circostanze che vengono descritte... la storia di vita del cliente, in sostanza, viene accettata come adeguata per lui, e

il problema consiste nell'individuare forme d'azione che possano produrre un miglioramento entro i termini della storia stessa". In questo senso, ogni azione non può configurarsi come neutra e non può prescindere dall'essere, già nell'atto stesso del suo definirsi, completamente imbevuta di teoria. Come scrivono von Cranach *et al.* (1994, p. 45), "le azioni sono finalizzate a raggiungere mete personali e vengono pianificate e realizzate individualmente; esse però sono al tempo stesso per loro natura degli eventi sociali, poiché hanno un significato sociale, un senso nella comprensione della comunità cui appartiene colui che agisce [le comunità, in questo caso, sono rappresentate dalle scuole terapeutiche considerate]. Questo significato deve essere inglobato nella nostra analisi poiché influenza l'organizzazione delle attività". Detto altrimenti, è necessario considerare lo studio delle azioni contemplando le assunzioni o, in termini più generali, le cognizioni (sociali) in relazione alle quali esiste un conformismo del gruppo nel considerare, detta azione, come pertinente rispetto all'orientamento seguito.

A fronte di quanto stiamo dicendo, si fa dunque necessario un monitoraggio dei presupposti del modello teorico rispetto alla validità delle strategie che vengono utilizzate. Infatti, se questa relazione non sussistesse o non venisse costantemente monitorata, il clinico potrebbe correre il rischio di essere guidato dalla strategia che costruisce (anziché essere costruita da) un modello psicologico. Come vedremo, questa circostanza contribuisce a determinare il fatto che i sistemi di conoscenza dei terapeuti sono effettivamente irriducibili alle semplici formalizzazioni dei modelli teorici: essi cioè risultano più articolati dei primi, sono più mutevoli da circostanza a circostanza e, soprattutto, vengono costantemente avvalorati da una coerenza non di tipo logico-formale, ma bensì di carattere narrativo. Anche la "razionalità" del terapeuta è quindi, essenzialmente, una "razionalità sociale", la cui organizzazione concettuale è resa intelligibile soltanto alla luce delle diverse partecipazioni sociali e degli universi di discorso che l'individuo condivide. Di seguito vengono riportati esempi di pianificazione dell'azione terapeutica, specificando le tipologie d'intervento che più caratterizzano i quattro gruppi di psicoterapeuti considerati.

#### **6.4.5.1 Valutare**

Il gruppo dei terapeuti cognitivo-comportamentali è quello che raccoglie l'eredità più forte del modello medico, sia per il vocabolario che viene spesso utilizzato per discutere il caso clinico, sia per la logica di intervento attuata, decisamente ancorata ad un *modus operandi* che distingue i momenti separati della diagnosi e della cura. Il "processo diagnostico" (44,9%) è infatti il primo passo che il terapeuta cognitivo-comportamentale compie in terapia per raggiungere una conoscenza oggettiva sul cliente, facendo frequentemente uso di "test" (63,3%) al fine di avvalorare le ipotesi diagnostiche e stabilire, di conseguenza, il trattamento più opportuno. Una strategia

elettiva è infatti quella di chiedere al paziente di dettagliare la definizione del suo problema in termini più *concreti*, circostanziati e precisi, in modo da ancorare le sue speculazioni a dati più facilmente controllabili e quantificabili come i comportamenti emessi.

Per quanto riguarda l'analisi del problema noi spesso... diamo delle strategie per dare una definizione precisa e circostanziata del problema per cui, non un problema generale che coinvolge una serie di aspetti, ma distinguere i diversi aspetti...

[Int29, 107, F, 35 anni, 6 attività clinica]

Quindi l'anamnesi viene raccolta sia dai colloqui sia attraverso i test, quindi c'è una fase di assessment che mi permette di avere un po' il punto di partenza per l'indicatore finale, quindi di sicuro il rivedere questi test...

[Int02, 161-162, F, 33 anni, 3 attività clinica]

Qui per diagnosi si fa riferimento non solo alla raccolta di informazioni o alla stesura dell'*anamnesi* del cliente, quanto alla necessità di categorizzare il disagio attraverso una tipizzazione in funzione della quale si possono selezionare le tappe successive (statisticamente più adeguate) del *trattamento*. Per questo gruppo stabilire un'accurata diagnosi è infatti una pre-condizione alla possibilità di agire terapeuticamente, altrimenti, come sostiene un intervistato, *si potrebbero facilmente intraprendere delle strade sbagliate*.

Poi ancora, una cosa che credo sia importante anche per gli altri orientamenti ma che da noi in particolare è molto importante è fare un buon assessment, perché se non fai una buona valutazione non riesci neanche a trovare la strategia ed il trattamento migliori...

[Int03, 311-312, F, 29 anni, 5 attività clinica]

Oltre a processi diagnostici volti alla categorizzazione nosografica, i partecipanti sottolineano soprattutto l'esigenza di "individuare i pensieri" (85,7%) disfunzionali che, come abbiamo visto, sono considerati alla base della maggior parte delle problematiche vissute dal cliente. Ecco alcuni esempi estratti dalle interviste:

Poi importante sapere che idea ha per capire poi quali sono le convinzioni disfunzionali che la persona si è fatta...

[Int03, 119, F, 29 anni, 5 attività clinica]

Diciamo che in linea di massima che se uno riesce a identificare nel paziente quelle che sono i pensieri irrazionali, le distorsioni cognitive che riguardano loro stessi, non tanto quelle che riguardano il rapporto con gli altri o il mondo in genere, ma i pensieri auto-riferiti che sono distorti, uno è individuarli, uno è ristrutturarli. Cioè farli diventare più funzionali.

[Int27, 74, F, 44 anni, 9 attività clinica, cognitivista, pubblico-privato, formazione pluralista, no terapia]

I terapeuti cognitivo-comportamentali citano più spesso interventi tecnici, facendo riferimento alla letteratura scientifica che, di fatto, accredita determinate procedure come “scientificamente” valide. La maggior parte di queste strategie si configura come un sollecito per far ragionare il cliente sulla natura del sintomo, inducendolo a confrontare il suo punto di vista con la realtà esterna (e con la versione del terapeuta che su di essa si fonda) oppure a stabilire gerarchie di costi/benefici connessi al persistere della situazione. Si tratta di un corollario di azioni che per lo più sono atte a *fornire spiegazioni, prove e dimostrazioni del nucleo irrazionale che mantiene il problema*, attraverso modalità per lo più “direttive” (31,3%). Come ammette uno dei partecipanti ragionando sulle differenze con altri orientamenti, *sono essenzialmente modalità pedagogiche e non ermeneutiche di procedere*. Tra le principali ricordiamo le tecniche di “psico-educazione” (86,6), la “ristrutturazione cognitiva” (96,4%) e le strategie tipiche della “terapia comportamentale” (62,8%).

Allora qui il capire insieme "ma l'unico modo di vedere è proprio questo? O questo è un modo assoluto, generale di vedere e non è realistico?". "Perché alla fine questa attivazione del cuore... cos'è che stava succedendo in quel momento? E' effettivamente l'unica interpretazione o è perché magari avevate fatto le scale di corsa? E' un segnale che già altre volte le era stato dato ma lei non le aveva dato importanza?"... Quindi una volta individuate le distorsioni cognitive, il pensiero negativo automatico si lavora su questo cercando appunto di chiedergli "ma è proprio vero che tutte le persone stavano lì a guardare e si sono accorte che tu avevi l'ansia?"...

[Int02, 243-246/272, F, 33 anni, 3 attività clinica]

Quindi abbiamo fatto un percorso di ristrutturazione cognitiva, mettendoci dentro ancora una parte di psico-educazione che gli spiegava che durante un attacco di panico tutti gli indici fisiologici aumentano, e ciò è incompatibile con lo svenimento...

[Int03, 62, F, 29 anni, 5 attività clinica]

E quindi soppesiamo i vantaggi e gli svantaggi, questa è una cosa che gli faccio spesso fare, e hanno grossissime resistenze.

[Int29, 79, F, 35 anni, 6 attività clinica]

La dimensione cognitiva, intesa come capacità razionale di elaborare le informazioni sul mondo, si accompagna, nella pianificazione dell'azione terapeutica, ad una valorizzazione dell'esperienza diretta, quindi alla possibilità di dimostrare e mettere alla prova, nella realtà concreta, le nuove acquisizioni raggiunte durante il corso della terapia. Sebbene le tecniche comportamentali siano scelte, da questi partecipanti, come opzione valida nel caso in cui il cliente non sia in grado di supportare un lavoro di tipo cognitivo, questo modello di terapia si caratterizza per trasportare buona parte del trattamento all'esterno del setting terapeutico, attraverso la "prescrizione di compiti ed esercizi" da fare a casa (81,8%). Questo è perfettamente coerente con i presupposti delle teorie dell'apprendimento e con la rappresentazione del cambiamento come una lenta acquisizione di competenze.

Vuol dire che la persona che è meno competente a livello cognitivo, però funziona meglio a livello comportamentale, per cui utilizziamo tecniche che sono più comportamentali.

[Int02, 262-263, F, 33 anni, 3 attività clinica, cognitivista, privato, formazione ortodossa, no terapia]

Di solito, nella mia pratica clinica, ogni volta che il paziente è in terapia, ogni volta che si finisce una seduta terapeutica il paziente ha un compito da fare a casa.

[Int05, 103, F, 37 anni, 6 attività clinica]

Segnaliamo, infine, come i partecipanti di questo gruppo siano stati gli unici a riportare resoconti sulla fase di "follow up" (90,5%), lasciando presumere che la dimensione del "controllo" e l'attenzione posta sulle analisi e valutazioni (oggettive) permei, di fatto, l'intero corso della psicoterapia: dalla definizione del problema, alla pianificazione degli obiettivi, alla messa appunto delle strategie idonee per perseguirli e monitorarli.

Per il mio lavoro, e soprattutto per quanto riguarda il mio orientamento, il cambiamento può essere inteso nel confronto pre/post terapia... una volta terminato il trattamento ci sono delle sedute di follow-up per controllare che effettivamente il mantenimento ci sia... Quindi essere in grado di stabilire senza difficoltà se l'obiettivo è stato raggiunto, proprio perché chiunque lo possa verificare...

[Int03, 09/230/308, F, 29 anni, 5 attività clinica]

### 6.4.5.2 Comprendere

Le principali azioni del gruppo dei terapeuti costruttivisti possono essere considerate delle varianti di strategie volte a modificare l'interpretazione che mantiene il cliente all'interno del problema. Come abbiamo visto, questa opzione viene descritta da cognitivisti e psicodinamici come un procedimento per riformulare il vissuto in modo più aderente alla realtà, contemplando la possibilità che esista un'interpretazione più valida in senso oggettivo. All'opposto, per i terapeuti costruttivisti, agire sulle interpretazioni significa innanzitutto lavorare in modo tale da *aprirsi alla possibilità di immaginare il nuovo*. Le interpretazioni, cioè, sono qui viste e valutate non in base ad un criterio di migliore aderenza al dato reale, percepito, ma essenzialmente assumono la valenza di un *punto di vista*, di per sé intercambiabile, la cui validità è espressa semmai dal non definirsi come assoluto. L'agire terapeutico, detto altrimenti, viene organizzato per promuovere *diversi punti di vista su una questione*. Di seguito vengono presentati alcuni estratti dalle interviste:

Quando lavori in psicoterapia cerchi molto spesso rispetto a un insieme, a dei costrutti che la persona utilizza, a trovare un costrutto che sia ortogonale e chiaramente tutto questo nella direzione del cambiamento. Molto spesso cercare una posizione ortogonale insieme alla persona significa aiutarla nel cambiamento...

[Int37, 5, F, 42 anni, 19 attività clinica]

Quindi di come uno può raccontare se stesso, e quindi la possibilità di poter riscrivere la propria autobiografia, di poter raccontare la propria storia in tanti modi diversi, e di poter reinventare nuovi finali, e nuove possibilità.

[Int09, 30, F, 45 anni, 19 attività clinica]

Come si evince dalle frasi sopra riportate, l'accento è posto sulle proprietà conoscitive intrinseche a questo tipo di strategie, per lo più perseguite con il duplice obiettivo di *generare consapevolezza* da un lato, e costruire *interpretazioni alternative* dall'altro. Questa opportunità è data soprattutto da una modalità investigativa che, durante il colloquio, impegna il cliente ad esplorare i significati che attribuisce agli eventi e, quindi, a prendere in considerazione le implicazioni che questi significati hanno per la sua vita in generale (100%).

In base a delle domande fatte in un certo modo, che alla fine è la cosa principale del nostro lavoro, io la facevo sempre ragionare sul senso che poteva avere per lei l'essersi comportata in qualche modo, quali fossero le implicazioni, cercavo insomma di capire qual era stato il senso delle sue scelte, dei suoi comportamenti... Se ad esempio, per una discussione o uno

screzio, non riusciva ad arrabbiarsi con un'amica per paura che lei la lasciasse, cercavo di farle luce su tali implicazioni, per permetterle di adottare la prospettiva diversa...

[Int16, 47-48, F, 35 anni, 7 attività clinica]

Il terapeuta costruttivista è dunque prevalentemente orientato ad adottare un atteggiamento che mira a “comprendere” la realtà del cliente e ad “assumere la sua prospettiva” (50%). Questa posizione è coerente sia con le premesse epistemologiche del modello di riferimento, sia con i criteri valoriali che, come abbiamo visto, questo gruppo di terapeuti sembra esprimere maggiormente. Segnaliamo, inoltre, come la possibilità di comprendere l'altro venga di fatto subordinata operativamente alla necessità di porsi in modo “accogliente” (46,6%) nei confronti del cliente. Questo equivale, per i partecipanti, *al non criticare le scelte che fa il paziente o al rendere comprensibile un determinato modo di sentire, senza giudicarlo*. Strategie, queste che, oltre ad integrarsi con il quadro valoriale del gruppo, impegnano i terapeuti costruttivisti in un costante monitoraggio di sé che per lo più riguarda il “linguaggio” utilizzato durante la seduta (73,1%).

Probabilmente quello che Kelly chiama accettazione, che può essere un termine un po' più vasto di quello che intende il senso comune, cioè proprio la capacità, lo sforzo di guardare con gli occhi dell'altro, quindi usare anche la prospettiva dell'altro, non per continuare a starci dentro ma per partire da questa...

[Int09, 58-59, F, 45 anni, 19 attività clinica]

Quindi usavo un linguaggio più colloquiale, mi permettevo qualche parolaccia, insomma, facevo un po' la moderna, a volte la facevo anche ridere...

[Int16, 45, F, 35 anni, 7 attività clinica]

### **6.4.5.3 Sentire**

Come previsto, il gruppo dei partecipanti psicodinamici si riferisce spesso alla dimensione dell'“analisi” (62%) come strategia elettiva della terapia, nonostante questa venga segnalata prevalentemente nel resoconto di un cambiamento personale, oppure nel tentativo di far fronte a casi complicati, laddove la problematica è stata configurata come “profonda”. L'analisi classica comprende tutte quelle modalità terapeutiche che tendono a ripercorrere i vissuti passati alla ricerca di una causa scatenante.

Se invece una persona non cambia a fronte dell'esperienza che fa allora lì bisogna andare ad indagare, muovere certe cose, certi ricordi, allora lì

entriamo in un discorso più analitico. Devo indagare su cosa mi determina questo blocco del cambiamento e quindi è soltanto attraverso il colloquio clinico...

[Int12, 133-134, F, 56 anni, 22 attività clinica, psicodinamica, privato, formazione pluralista, terapia personale]

Certo la teoria psicoanalitica è più difficile più pesante, perché dice così allora vuol dire che, cioè si interpreta tutto, i ritardi, tutto, come si muove, come si comporta, come mi guarda, è più impegnativa ed è per quello che la considero più del profondo...

[Int14, 187, F, 49 anni, 20 attività clinica, psicodinamica, privato, formazione pluralista, terapia personale]

L'esperienza dell'analisi viene, da alcuni terapeuti, specificata secondo un corollario di attività che in essa si svolgono e che possiamo elencare come tecniche psicodinamiche per eccellenza. Ad un livello più generale, troviamo che il gruppo utilizza spesso il costrutto di "riflessione" (60%) che, da un lato, comporta un processo di consapevolizzazione nel cliente e, dall'altro, una ricerca delle cause dell'impasse in cui questo si è trovato. Per il gruppo di terapeuti psicodinamici, rendersi consapevoli, è infatti il primo passo per agire e la riflessione, in questo senso, è essenzialmente da intendersi come un sollecito per *portare l'altro a riflettere* sul proprio vissuto.

Quindi devo attuare un cambiamento, ma non so come e quindi mi devo fermare e riflettere, pensare perché ora non sono in grado di farlo...Io porto queste persone con un lavoro di lenta consapevolezza, gradualmente, con molta dolcezza a capire che i loro problemi derivano da esperienze pregresse e passate.

[Int14, 23/35, F, 49 anni, 20 attività clinica]

Altre strategie che costituiscono il fulcro dell'intervento psicodinamico sono l'analisi delle "associazioni libere e dei sogni" (73,7%) e l'"interpretazione psicoanalitica" (57,14%) più in generale, che il terapeuta esprime quando fa congetture circa il sintomo collegandolo simbolicamente a eventi o fenomeni previsti dalla teoria di riferimento. Come chiariremo meglio in seguito, questo *code*, indica la sovra-scrittura di modelli interpretativi mutuati dalla teoria (in questo caso, di matrice psicodinamica) alla storia presentata dal paziente<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> E' interessante notare come i terapeuti intervistati sembrano preoccuparsi maggiormente del "tempismo" con il quale esprimono l'interpretazione (psicoanalitica), piuttosto che dell'adeguatezza di questa interpretazione, una logica questa che coinvolge direttamente il quadro epistemologico delle teorie psicodinamiche e, di conseguenza, lo status che in funzione di esse viene conferito all'idea stessa di interpretazione. La "tempistica", detto altrimenti, è un requisito fondante l'agire terapeutico ed è strettamente connessa alla possibilità di fare delle buone interpretazioni. Quanto viene messo in discussione è comunque il tempo dell'interpretazione, non la sua qualità. Mettendo tra parentesi la legittimità, o meno, di questa posizione ricordiamo tuttavia come, in psicoterapia, le interpretazioni si susseguano in modo continuo e consequenziale e non coinvolgano soltanto un istante o una porzione limitata della seduta (Ceruti & Lo Verso, 1998).

Attraverso la terapia psicoanalitica, quindi usando interpretazioni, sogni, associazioni libere... cioè è molto complicato.

[Int14, 111, F, 49 anni, 20 attività clinica]

Se la terapia comporta una analisi delle problematiche del paziente che sono ovviamente incentrate la prima cosa che ti dice, neanche a farlo apposta, apre la porta e già simbolicamente eiacula, "dottoressa soffro di eiaculazione precoce"...

[Int12, 42, F, 56 anni, 22 attività clinica]

E' soprattutto con il gruppo dei terapeuti psicodinamici che possiamo però registrare la rappresentazione di alcune strategie principalmente come dei modi di "essere", di "stare" e di "sentire" nella terapia (ad esempio, il *sentire con empatia*, *l'essere neutrali*, ecc.). Il resoconto dei casi clinici, infatti, è virato sempre più su dimensioni centrate sull'"ascolto attivo" (61,5%) e sul tema della relazione (74,4%) nei termini di una modalità di conoscenza del cliente. Gli psicodinamici parlano della relazione come un *mezzo per sentire*, utilizzandola come *cassa di risonanza* e pilotando buona parte della loro attenzione a *ciò che provano*. Sebbene anche altri orientamenti facciano riferimento, ovviamente, al tema della relazione o includano nelle loro analisi lo stile relazionale del cliente, questo gruppo è l'unico che utilizza come strategia formalizzata il monitoraggio del proprio vissuto relazionale, inserendo i terapeuti in una narrazione che legittima fenomeni come quello della *sensibilità* o della *capacità di intuizione*, rendendoli di fatto accessibili all'esperienza.

Noi psicoterapeuti... possiamo utilizzare aspetti emotivi e la nostra capacità affettiva come strumento di lavoro, non è una cosa semplice ma...

[Int08, 122, M, 41 anni, 7 attività clinica]

Questa cosa qua significa che io mi pongo entro una situazione molto più grande di ascolto, di interpretazione, di riflessione con la persona, di confronto dentro di me...

[Int11, 51, F, 44 anni, 12 attività clinica]

Ci sono persone che parlano e ad un certo punto avverto come una scossa e dico "ma tu stai pensando di ammazzarti", tac, "come ha fatto a capirlo?" e così lo tiro fuori, ma è una sensazione, non so come, mi fluisce, se vuoi è anche esperienza, però c'è un qualcosa che mi sostiene e che non so definire.

[Int12, 190-191, F, 56 anni, 22 attività clinica]

Cioè quello che poi si chiama anche transfert e controtransfert ed è una cosa anche molto corporea, molto di sensazione, cioè, almeno io lavoro molto così... Quindi io avevo un vissuto con lei di staticità e di aggressività bestiale...

[Int21, 29/118, F, 37 anni, 7 attività clinica]

Concludiamo questa parte sottolineando un elemento di comunanza tra i partecipanti di questo gruppo e gli studenti del primo anno di psicologia, i quali condividono ampi repertori d'azione che mirano a "rassicurare" (40%) il cliente e a legittimare, in una certa misura, il problema che viene presentato<sup>29</sup>.

Quindi sto di fatto dando alla persona delle rassicurazioni che non aveva prima, anche lavorando contro delle sue eventuali proiezioni, tipo che gli psicologi sono tutti dei "traffichini", poco chiari...

[Int07, 195, F, 35 anni, 7 attività clinica]

Sempre quando una persona viene al primo colloquio penso che devo essergli di conforto, perché questa persona ha bisogno di un punto di riferimento. La prima cosa che penso è la speranza, di riaprire la speranza...

[Int17, 87-88, F, 54 anni, 26 attività clinica]

Ho cercato di tranquillizzarla, le ho detto che sarà comunque un'esperienza di crescita, che è normale essere agitati come adesso lo era lei.

[Int25, 14-16, F, 44 anni, 16 attività clinica, psicodinamica, pubblico-privato, formazione pluralista, terapia personale]

#### **6.4.5.4 Condividere**

Analizzando le narrative del gruppo dei terapeuti sistemico-relazionali appare subito evidente come l'azione clinica sia rivolta innanzitutto a comprendere l'intero sistema, piuttosto che circoscriversi all'individuo che esprime il disagio o che ha richiesto direttamente la consulenza psicologica. Mentre i terapeuti non sistemici richiedono di poter lavorare con la famiglia solo in concomitanza di specifiche tipologie di problemi o pazienti (ad esempio nel caso di adolescenti o di problemi di coppia), questo gruppo considera più frequentemente il "coinvolgimento del sistema famiglia"

---

<sup>29</sup> Questo *code* racchiude narrative che tentano di normalizzare il problema e la persona che lo vive attraverso l'uso di vari espedienti, ad esempio:

- vengono create similitudini tra la persona che manifesta il problema e chi non lo manifesta;
- vengono minimizzate le conseguenze negative;
- viene data una connotazione temporanea alla problematica;
- vengono valorizzati i progressi, ecc..

(67,6%) una pre-condizione all'intero lavoro psicoterapeutico. Come sostengono alcuni partecipanti:

In realtà era avvenuta una cosa molto bella, perché lavorando in un'ottica sistemico-relazionale avevo coinvolto in terapia tutti i sistemi afferenti, tutti quelli che erano insieme a lei... Credo che la mia mossa terapeutica importante sia stata quella di chiamare qui la famiglia ed il non voler insistere, come invece a voler accogliere solo lei, perché sentivo un sistema refrattario, quindi lavorai molto sulla possibilità di avere qui le persone significative.

[Int24, 43/53, F, 49 anni, 10 attività clinica]

Io adesso sto pensando ad un paziente, un caso molto bello tra l'altro, con il quale abbiamo iniziato così, abbiamo convocato la famiglia...

[Int31, 53, M, 31 anni, 4 attività clinica]

Ampliare il numero dei partecipanti alla seduta clinica con l'obiettivo di ricostruire il sistema e consegnare al terapeuta l'occasione per osservarlo, è essenzialmente una strategia che si intreccia al tentativo di "analizzare le relazioni" (75%) tra i membri. L'ottica esplorativa assunta dal clinico gli consente infatti di individuare i giochi relazionali, le *premesse* che il sistema mantiene le quali regolano implicitamente la condotta degli individui all'interno del contesto familiare, decretandone i posizionamenti e dando senso alla sintomatologia. Come chiariscono alcuni rispondenti, questo è perseguito soprattutto facendo ricorso a tecniche che includono la compilazione del genogramma, la formulazione di "domande circolari" (100%) o la possibilità di "comunicare e fare ipotesi" (100%) sul funzionamento del sistema.

E poi riparlandone, avendo lì davanti il foglio, è incredibile ma, l'abbiamo fatto stesi per terra, ci abbiamo messo due ore e mezza, abbiamo fatto questo genogramma articolatissimo... Io uso degli strumenti che sono sistemici, che possono essere appunto la domanda circolare, il genogramma, l'analisi trigerazionale delle cose, di atteggiamenti... Io riesco a farmi un'idea, e se sono brava, nel qui ed ora riesco a farmi una buona idea, vedendo come stai tu in relazione, vedendo come sta tutta la famiglia in relazione, vedendo dove ti sieda, come ti sieda, chi guardi, cosa fai quando l'altro parla, come ti muovi... cioè vedendo come è la persona nel qui ed ora, in quell'ora e mezza posso farmi una buona idea di come sono i vostri rapporti, poi non devo sposare questa ipotesi, la verificherò con tutta una serie di domande, di strumenti, dal fatto di poterla rivedere tramite la videoregistrazione, dal fatto che hai dietro qualcuno...

[Int23, 80/104/178-179, F, 34 anni, 5 attività clinica]

Essendo una psicoterapeuta familiare, guardo che cosa nei rapporti di questo paziente, le dinamiche relazionali che mette in piedi con i suoi famigliari, ma anche con i suoi amici, il suo partner ecc. Di solito facciamo così "dimmi cosa è successo sul serio?", "ma come ti sentivi?", "ma cosa pensi che l'altro pensava?", "perché pensi che l'altro ti abbia fatto questo?".

[Int32, 23/77, F, 52 anni, 25 attività clinica]

Tra le altre strategie nominate in misura minore dai terapeuti, ma che rientrano a pieno titolo nel novero delle azioni che caratterizzano questo gruppo, ricordiamo l'uso di "paradossi" (100%) e operazioni di "perturbazione" (40%) del sistema in funzione delle quali è possibile svelare le regole implicite di auto-regolazione. Da segnalare, invece, come questo gruppo si sia distinto per aver espresso più volte l'esigenza di compiere una diagnosi positiva, ovvero una "esplorazione delle risorse" (48%) che il cliente ha o potrebbe avere per gestire e risolvere con successo il suo problema. Con questo *code*, abbiamo voluto quindi indicare il ripetuto tentativo, da parte del terapeuta, di riconoscere gli aspetti positivi del cliente e la sua prospettiva rispetto al problema, decifrando e tenendo in debita considerazione le soluzioni che lui stesso propone per risolverlo.

Credo che una delle cose che ti consenta di percorrere queste cose è il fatto di centrarsi prima dell'aver a che fare col paziente sulla valutazione delle competenze, delle capacità, delle risorse che ci sono. E a partire da quelle di cui ognuno un pochino si deve rendere conto, allora diventa più praticabile l'occuparsi delle cose negative. Quindi in linea di massima... di cercare di scovare quello che le persone, il meglio che possono dare! A partire dal meglio chiedersi come mai non riescono a darlo, però partire da una connotazione positiva. Questo credo sia una regola fondamentale rispetto al cambiamento... Se invece parti dal vedere insieme a lui, intanto quello che sa fare...

[Int32, 78-79/81-82/84, F, 52 anni, 25 attività clinica]

Questo gruppo è quello che presenta il più alto numero di partecipanti con formazione pluralista e con percorsi di terapia personale svolti con supervisori di altro orientamento, per lo più di matrice psicoanalitica. Tratteremo l'argomento delle strutture di conoscenza eclettiche in un capitolo successivo. Per il momento, è sufficiente notare come una cospicua parte dei rispondenti presenti una codifica dei testi che include, oltre alle tipicità sopra esposte, anche dimensioni prossime a quelle dell'orientamento psicodinamico e, in misura minore, a quelle dell'orientamento cognitivo-comportamentale. Vogliamo qui fare cenno al modo in cui la conoscenza dei terapeuti si riorganizza inevitabilmente e costantemente in funzione delle prassi differenti che vengono esercitate, qualora

queste vengano autorizzate e considerate legittime da parte del terapeuta per inquadrare e risolvere il caso clinico in questione. Assistiamo cioè ad un cambiamento che, seguendo il modello di Flick (1998a; 1998b), parte in questo caso dalle prassi condivise per ripercuotersi sia a livello dei vissuti individuali, che a livello delle istituzioni producendo, di fatto, la secolarizzazione delle diverse tradizioni psicoterapeutiche.

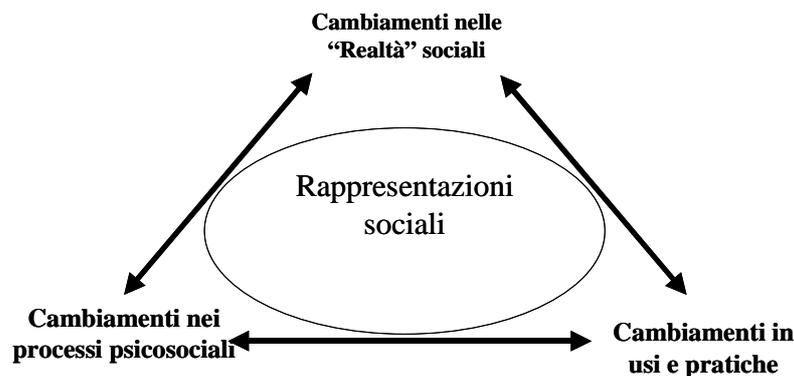


Figura 7. “The Space in Between – RS e processi di cambiamento” (Adattamento da Flick 1998)

#### 6.4.6 Le valutazioni del cambiamento: le rappresentazioni della “realtà cambiata”

La valutazione del cambiamento, intesa come ricostruzione degli elementi salienti che si sono modificati durante il percorso terapeutico, equivale da parte nostra ad una sintonizzazione verso quei nuclei normativi che i terapeuti prendono come riferimento al fine di realizzare il cambiamento. In questo senso, offrire ai partecipanti la possibilità di rappresentare “l’oggetto cambiato” significa consentire loro di orientare il proprio sistema di significati a cogliere quegli elementi ritenuti costitutivi di una dimensione di “normalità”, largamente intesa, a cui inevitabilmente si ispirano durante la loro attività (Gergen, 2006). Ecco perché i processi valutativi sono strettamente imbricati con le fasi di pianificazione delle mete e di realizzazione dei piani, altro modo per dire che l’organizzazione dell’attività clinica viene segmentata in sequenze solo per necessità euristiche e non perché, dette fasi, siano chiaramente distinguibili sul piano empirico dello svolgimento dei processi di azione (De Leo *et al.*, 2004). Per quanto riguarda la rappresentazione sociale del cambiamento nell’ambito delle valutazioni del terapeuta ritroviamo delle comunanze tra i gruppi nelle descrizioni di *ciò che è cambiato*: in particolare, abbiamo registrato un ampio riferimento al cambiamento del “punto di vista” del cliente, alla “scomparsa dei sintomi” o, ancora, al modificarsi delle “relazioni sociali” più in generale.

<b>Gruppi</b>	<b>punto di vista</b>	<b>riduzione sintomo</b>	<b>relazioni sociali</b>
<b>cognitivo</b>	25%	31,8%	18,5%
<b>psicodinamico</b>	25%	36,3%	25,9%
<b>sistemico</b>	25%	18,2%	33,3%
<b>costruttivista</b>	25%	13,6%	22,2%

**Tabella 14. “Valutazioni comuni sulla psicoterapia (Matrix Gruppi x Valutazioni)”**

Queste dimensioni di significato, tuttavia, si configurano fortemente in termini “agonali”, essendo quegli stessi elementi simbolici declinati con proprietà differenti entro i quadri complessivi dei valori e degli scopi che caratterizzano ciascun gruppo (Galli, 2006; Moscovici, 1986).

Per dare una esemplificazione, mentre il cambiamento del “punto di vista” costituisce la priorità ed esaurisce, di fatto, l’intervento costruttivista, per i terapeuti psicodinamici questo cambiamento è interpretato, spesso, come un *cambiamento superficiale*, di per sé non sufficiente a garantire il buone esito della psicoterapia. Ecco un confronto tra alcuni estratti dalle interviste:

Uno dei modi più superficiali [di cambiare] potrebbe essere questo della visione, che è quello proprio sistematico, la persona ti porta un racconto, un determinato modo di vedere le cose, ed è quello di far vedere come dentro quello stesso racconto ci sono anche altri elementi che potrebbero essere legati tra di loro e potrebbero dare un altro tipo di visione.

[Int11, 18, F, 44 anni, 12 attività clinica, psicodinamica]

Poi questo necessita anche e qui interviene il lavoro che si fa in terapia il fatto di costruirsi dei significati diversi di quello che sta succedendo quella esperienza assume dei significati diversi perché i dati che raccolgo comincio a coglierli in maniera differente con particolari che magari prima non riuscivo a cogliere...

[Int38, 68, F, 41 anni, 10 attività clinica, costruttivista]

Il singolo elemento, definito da un’etichetta comune e trasversale ai diversi orientamenti, assume tuttavia configurazioni più estese e non completamente sovrapponibili l’una all’altra, anche e soprattutto tenendo conto delle strategie e delle operazioni considerate legittime per raggiungere l’obiettivo. Ad esempio, nel gruppo psicodinamico e cognitivo, il cambiamento del punto di vista è ottenuto prevalentemente attraverso strategie che suggeriscono il punto di vista migliore da adottare, mentre nel gruppo dei costruttivisti questa modalità viene decisamente contrastata.

Lei ha imparato a leggerlo in modo differente, nel senso che lei ha imparato a leggere che questi sono dei sintomi che arrivavano da una dissociazione sui contenuti emotivi della situazione..

[Int11, 76-77, F, 44 anni, 12 attività clinica, psicodinamica, pubblico-privato, formazione pluralista, terapia personale]

Deve cambiare prospettiva, che vuol dire cambiare punto di vista, che vuol dire già cambiamento, ma la prospettiva se gliela suggerisci tu, è come se ti sostituissi a lui, e questo è un errore da non fare mai in psicoterapia, nel senso l'esperienza c'è, io penso, che il terapeuta non sia un risolutore di problemi, e così come prima dicevamo che è la persona il massimo esperto sulla sua esistenza, nessuna altro può suggerirgli una soluzione sulla sua esistenza.. sostituirsi alla persona in psicoterapia crea assistenzialismo, se si ripresenta il problema lui avrà di nuovo bisogno di uno che gli da la soluzione, mentre se lui in qualche modo impara sulla sua esperienza che si può cambiare prospettiva lo può fare anche la prossima volta da solo.

[Int04, 124-128, M, 33 anni, 4 attività clinica, costruttivista]

Per quanto riguarda la “remissione dei sintomi”, invece, questa viene considerata dal gruppo cognitivo-comportamentale come la prima forma di cambiamento e, di fatto, la più essenziale, mentre il gruppo dei terapeuti psicodinamici non la considera un elemento di cambiamento sufficiente, leggendo nella scomparsa repentina del problema l'indicatore che *il paziente non vuole lavorare sul profondo*.

Secondo me è l'avvisaglia che la persona non vuole modificarsi, non vuole lavorare sul profondo ma restare in superficie. Dice “sto bene” e chiaramente bisogna rispettare anche il bisogno della persona. Ci sono situazioni così, però, mi lasciano molto perplessa e io lo comunico comunque alla persona, non è che le dico “va bene!”. Le comunico, bene, ci vediamo magari più in là e magari facciamo una revisione più avanti e vediamo come va. Poi chiaramente ognuno ha le sue difese, per cui possiamo rimanere anche così, in questo stato di compensazione. Il sintomo viene ridotto notevolmente, stanno abbastanza bene, basta.

[Int14, 88-93, F, 49 anni, 20 attività clinica, psicodinamica]

Per cui gli indicatori derivano da una diminuzione dei sintomi evidenziata sia all'interno del colloquio che nei test, in cui c'era una assenza dei sintomi rilevati in precedenza... Una psicoterapia efficace? E' quella che ti da appunto la possibilità di valutare se c'è stata effettivamente una riduzione dei sintomi...

[Int02, 185/250, F, 33 anni, 3 attività clinica]

Anche le codifiche che evidenziano narrative di cambiamento centrate sulla modifica delle “relazioni sociali” appaiono decisamente articolate e rimandano a differenze sostanziali nella tipologia di cambiamento che viene attribuita alla persona (ad esempio, alcuni parlano di un cambiamento in termini quantitativi, cioè di un incremento del numero di persone frequentate, altri di un consolidarsi di un clima di fiducia tra le persone, altri ancora sottolineano la qualità dei rapporti interpersonali più in generale, ecc.). Nelle frasi sotto riportate si ritrovano differenze fondative nel modo di rappresentare il cambiamento come *cambiamento nelle relazioni*, lasciando desumere che anche la dimensione valutativa venga organizzata secondo gerarchie di priorità non riducibili l’una all’altra e che di fatto si integrano con le idiosincrasie e con le specifiche epistemologie dei gruppi.

Qui una persona abituata a centrare l’attenzione su se stessa, che quindi può avere dei tratti narcisistici di personalità, può imparare a sintonizzarsi, a tenere conto anche degli altri.

[Int07, 156, F, 35 anni, 7 attività clinica, psicodinamica]

Noi abbiamo cominciato a ricostruire il sé, quindi il ruolo nucleare che lei aveva, e vedere se lei poteva introdurre all'interno di questo ruolo altri elementi, e solo di conseguenza gli altri, gli altri come veicolo della propria esistenza.

[Int19, 53, F, 32 anni, 5 attività clinica, costruttivista]

Ed in questo caso era proprio parlare con la madre ed il padre per spiegargli come lei si sentiva, anche rispetto al fatto che loro non avevano più trattato, di tutti i movimenti che lei aveva fatto e del bisogno di trovare con loro un dialogo su questo, che parte però sempre da una riflessione personale...

[Int35, 56, F, 38 anni, 10 attività clinica, sistemica]

A quel punto lei non avendo mai tempo per uscire, non usciva, rifiutava gli inviti delle amiche perché “no devo stare a casa a sistemare” e c’è stato sicuramente un cambiamento e questo, gestendo meglio tutti questi aspetti della casa, lei ha cominciato ad uscire ed interagire con gli altri.

[Int29, 74, F, 35 anni, 6 attività clinica, cognitivista]

Da quanto sopra emerge chiaramente come il cambiamento nelle relazioni sia considerato spesso come un dato accessorio conseguente alla modifica di dimensioni intimiste, soggettive, personali.

Come vedremo, questo è prettamente connesso alla preferenza, da parte di molti dei partecipanti, a rappresentare il cambiamento secondo una logica individualista.

#### 6.4.6.1 “Ora lo so fare”

I terapeuti di orientamento cognitivo-comportamentale leggono il cambiamento del cliente essenzialmente al livello del “comportamento”. Gli indicatori vengono cioè ricercati in dati “oggettivi” (67,3%) che possano essere quantificabili e controllabili alla fine di ogni sessione di psicoterapia. Le narrative, infatti, oltre a ribadire in modo esplicito la necessità di ancorare il giudizio a dati confutabili, presentano anche descrizioni minuziose di indicatori fisiologici e comportamentali che il clinico utilizza per stabilire peso ed entità del cambiamento avvenuto. Mentre costruttivisti e sistemici utilizzano preferibilmente indicatori connessi all'uso del linguaggio nelle modalità di resoconto della storia del cliente, i cognitivisti privilegiano cosiddetti indicatori oggettivi, riferendosi a resoconti dettagliati sulla quotidianità del paziente e su come questo si sia effettivamente comportato negli episodi prima avvertiti come problematici<sup>30</sup>.

Quindi sulla base di dati, di un po' quella che si basa sull'*evidence based*, quindi sul comunque avere dei dati in mano per poter dire che la persona è effettivamente cambiata.

[Int02, 252-253, F, 33 anni, 3 attività clinica]

Intanto comportamentali, in termini proprio fisici vedi che la persona inizia proprio a curarsi di più, cioè l'abbigliamento, la gestualità, la postura, e quindi questi già li puoi vedere come indicatori. Poi anche lo sguardo, perché il paziente arriva che carico del suo problema di solito difficilmente riesce guardarti dritto negli occhi... Poi invece ti guarda direttamente negli occhi e capisci che sta avvenendo in cambiamento.

[Int10, 211-213/215, F, 33 anni, 7 attività clinica]

L'enfasi posta sui pensieri disfunzionali come elemento di generazione della problematica, viene qui tradotta con un'attenzione *al ragionamento che fa il cliente*, valutato – quando il cambiamento è avvenuto – come più *obiettivo ed aderente alla realtà*. Nei resoconti dei casi clinici c'è infatti un costante riferimento alla dimensione “pensieri/obiettività” (97,1%) spesso messa in contrasto con l'irrazionalità dei comportamenti insorti precedentemente al decorso della terapia.

---

<sup>30</sup> Resta da chiarire se, da un punto di vista epistemologico, sia possibile reperire indicatori oggettivi a partire da indicatori tutto sommato soggettivi, come i resoconti e le storie che i clienti raccontano.

E poi un aspetto che io considero fondamentale per dire "ok abbiamo concluso" riguarda un cambiamento nel modo di pensare. Cambiare quei pensieri disfunzionali che portano ad emozioni sintomi ecc. in un modo di ragionare più razionale. Quindi per me la condizione per concludere la terapia e per valutare che i cambiamenti siano stabili è il cambiamento nella maniera di pensare... Un pensiero razionale in seguito a questo potrebbe essere "vediamo quali sono le prove per cui mi verrà un attacco di panico". Generalmente, se uno comincia a pensare in maniera razionale, di prove che gli assicurino che gli verrà un attacco di panico non ne trova, anzi comincia a pensare che tutte le volte che pensava all'arrivo di un attacco in realtà non gli veniva...

[Int03, 14-17/214-216, F, 29 anni, 5 attività clinica]

Altri elementi sembrano organizzarsi attorno alla dimensione sovraordinata dell'*acquisizione di competenze*, un costrutto questo che sostiene l'intera struttura argomentativa dei partecipanti di questo gruppo anche e soprattutto nel proporre una rappresentazione del processo di cambiamento in psicoterapia. Indichiamo, a questo proposito, il *code* "modo di affrontare" (44,7%) che contiene tutte quelle frasi in cui si fa esplicito riferimento ad una competenza maturata dal cliente nella gestione della sintomatologia presentata.

Me lo riportano verbalmente perché dicono "beh ho riflettuto su quello che abbiamo detto qui e in effetti mi sono trovata in questa situazione e ho saputo agire in questo modo"...

[Int01, 178, F, 36 anni, 3 attività clinica]

Queste descrizioni sono frequentemente accompagnate da indicatori di cambiamento riscontrati soprattutto nel raggiungimento di un maggior grado di efficienza sul "lavoro" o concretizzati nella facoltà di intraprendere "attività" (52,6%). Queste sarebbero a vario titolo interrelate con i sentimenti di realizzazione, sicurezza, competenza e produttività valutati come positivi per la persona.

Si è creata una sua professionalità, ad esempio dipinge con successo, e tutto questo le ha fornito una base differente per la sua autostima, ed ha iniziato a valutarsi tanto rispetto anche a quello...

[Int06, 34-35, F, 31 anni, 4 attività clinica]

Ancora connesso alla costruzione di una norma centrata sulla produttività e l'efficienza, ricordiamo il codice "fare cose prima difficili" (60,9%) che, per molti versi, è simile alla "remissione dei sintomi". Anche se entrambi si riferiscono a racconti che presentano scenari in cui il cliente ha

superato una condizione di difficoltà, qui il linguaggio medico è sostituito da un vocabolario più prettamente psicologico.

Lei stessa si è trovata cambiata perché faceva delle cose che prima aveva smesso di fare, come andare in macchina da sola, o andare al centro commerciale, o uscire la sera con le amiche.

[Int01, 43, F, 36 anni, 3 attività clinica]

Infine è interessante notare come, seppur senza una totale condivisione da parte dei membri del gruppo, sia facilmente identificabile una gerarchia anche negli elementi che cambiano, lasciando presumere che le teorie sul cambiamento si organizzino, di fatto, seguendo logiche idiosincratiche costellate da svariate relazioni di implicazione tra gli elementi: sviluppare una *capacità di controllo*, ad esempio, consente di *gestire le situazioni* problematiche con maggiore *sicurezza*, il che si configura come una pre-condizione alla possibilità di modificare il *punto di vista* e i *pensieri disfunzionali* alla base del problema. Questo consentirebbe al cliente di *ridurre i sintomi* e di tornare a *fare cose prima difficili*, ampliando il repertorio delle sue *attività*.

#### **6.4.6.2 “Ora la vedo diversamente”**

La dimensione di cambiamento più rilevante per il gruppo dei terapeuti costruttivisti è rilevata nella possibilità di esperire delle “novità” (66,6%). Il cambiamento cioè si evidenzia nella produzione, da parte del cliente, di un qualcosa che prima non era ancora avvenuto. Per i costruttivisti si tratta dell'apertura di un *nuovo canale percettivo* che, generando nuovi costrutti di significato, porta la persona a produrre nuove distinzioni e quindi a ricercare nuove conferme.

Questo per me è un indice di cambiamento, perché cos'è successo, avendo creato una metafora nuova, abbiamo aperto un canale percettivo nuovo, abbiamo costruito una nuova dimensione di significato, come fosse un terzo occhio, immerso nel brodo di cui si parlava prima, anche lì ha iniziato a costruire sulla base di questo nuovo canale percettivo, e differenziare di più, e vedere le cose...

[Int18, 61-62, F, 43 anni, 15 attività clinica]

Non fa più appello a degli schemi che utilizzava nel passato, e neanche al loro opposto, che non sempre è antitetico, ma passa ad un livello superiore o inferiore, comunque passa ad un livello diverso, per interpretare la realtà che ha intorno...

[Int19, 3-4, F, 32 anni, 5 attività clinica]

Strettamente connessa alla dimensione sopraccitata troviamo il costrutto “punto di vista” (35,5%) che, come abbiamo già segnalato, è riportato frequentemente anche da altre prospettive teoriche pur assumendo, per il gruppo dei costruttivisti, un’importanza centrale nel processo di cambiamento. In effetti la separazione di questo codice da quello di novità è più una sfumatura lessicale che concettuale, nella misura in cui i terapeuti potevano spesso riferirsi al cambiamento del punto di vista intendendo la costruzione di un nuovo sistema di significati che implica una diversa modalità di attribuire senso alle cose.

In quel momento la persona, per una serie di aspetti, i più vari di questo mondo, arriva ad una visione delle situazioni che gli permette di cambiare...  
[Int39, 19, M, 44 anni, 14 attività clinica]

Diversi partecipanti di questo gruppo hanno indicato una modificazione nello stile relazione della persona, letto come conseguenza di cambiamenti individuali relativi all’“immagine di sé” (41,6%) o al modificarsi della propria “storia” (55,5%).

Ecco. L’ortogonalità l’ho cercato nell’aiutarlo a vedersi come una persona che ama stare con gli altri, che però, rispetto agli altri ha relazioni diverse con persone diverse...  
[Int37, 68, F, 42 anni, 19 attività clinica]

#### **6.4.6.3 “Ora mi conosco”**

La dimensione principale di cambiamento considerata dal gruppo degli psicodinamici fa riferimento alla consapevolezza (55,8%)<sup>31</sup>. Qui ci si riferisce ad una consapevolezza sul proprio vissuto, sull’aumento di una capacità introspettiva e, soprattutto, sulla possibilità di prendere coscienza degli stati affettivi più profondi al fine di imparare a gestirli. Posizionando i diversi cambiamenti all’interno di un ordine gerarchico, l’acquisizione della consapevolezza si configura non solo come l’elemento più fondamentale, ma anche come un prerequisito, in funzione del quale gli individui possono comprendere quale sia la vera natura del problema che portano in terapia.

Che ha una maggiore capacità di guardarsi dentro, di conoscersi e di vedere che cosa accade... questo è particolarmente importante perché la persona comincia a sentire che conosce quello che le accade, mentre l’ansia e gli attacchi di

---

<sup>31</sup> Rispetto ai *code* “novità” e “punto di vista” che non implicano che le nuove acquisizioni siano una condizione di per sé migliore dello stato psichico che hanno rimpiazzato, il riferimento al costrutto di consapevolezza indica necessariamente il raggiungimento di uno stato più avanzato del precedente.

panico vengono solitamente descritti come debordanti ed ingestibili dalle persone.

[Int07, 39/50, F, 35 anni, 7 attività clinica]

E in terapia mi viene da pensare che il cambiamento è quella fase meravigliosa in cui praticamente il paziente comincia ad avere degli insight...

[Int21, 4, F, 37 anni, 7 attività clinica]

Un codice caratteristico del gruppo degli psicodinamici fa riferimento alla dimensione “vissuto-emozione” (64,3%). Questo si integra, più in generale, con l’articolazione della loro teoria sul cambiamento, dove l’enfasi viene posta sulla possibilità di controllare meglio l’irrompere degli stati emotivi. Questo *code* può riferirsi a cose differenti, ad esempio ad un cambiamento della tonalità emotiva, ad un miglioramento delle capacità di distinguere emozioni, o ancora ad un’abilità di “contenere” i propri impulsi e le proprie emozioni forti. Strettamente associato a questo codice registriamo cambiamenti nel “modo di affrontare il problema” (42,1%) che, per il gruppo degli psicodinamici, assume il significato di maturare una competenza nella gestione delle proprie emozioni, nominata soprattutto in riferimento a episodi in cui il cambiamento è sostituito dall’“accettazione/modulazione” (50%) del problema stesso. In riferimento a questo, possiamo dire che i terapeuti psicodinamici intervistati non sono sempre orientati al cambiamento quanto all’accettazione consapevole di una struttura.

Tono dell’umore più positivo, capacità di riconoscere i propri stati emotivi e di poterli esprimere, prima di tutto a se stessi, e poi magari anche agli altri per poi prendersene cura, e poterli poi utilizzare per i propri obiettivi di vita... quindi “sentire” le emozioni e poter dire “sono arrabbiata, sto male, sono triste... Adesso sono qua con la mia tristezza, cosa voglio fare? Niente, starò qui da sola”.

[Int07, 164-167, F, 35 anni, 7 attività clinica]

Non resta immutata la situazione però, nel senso che magari le persone continuano a fare una determinata cosa, continuano a vivere una determinata cosa, a volte diminuisce di intensità, a volte si adattano che ci sia... Allora è forse l’idea di cambiamento che dovrebbe cambiare, o di persistenza del sintomo, questo rimane, potranno conviverci, a volte stanno anche peggio, nel senso che c’è una sofferenza di una consapevolezza...

[Int11, 72/84, F, 44 anni, 12 attività clinica]

Accanto al codice sopra menzionato troviamo dimensioni di significato che costruiscono uno stato emotivo ideale che si può raggiungere in seguito al percorso psicoterapeutico. Il costrutto di “maturità” (100%), ad esempio, definisce una condizione normativa in cui *la persona organizza il suo stato interiore in modo ottimale*. A questo aggiungiamo la possibilità di sperimentare stati emotivi variamente nominati come “tranquillità”, “calma”, “soddisfazione” e “rassicurazione” (64,3%), elementi questi che segnalano una riduzione nell’eccesso di emotività e, di conseguenza, un incremento nella capacità di gestire i propri impulsi.

Deve avere una maggiore forza dell’io, quindi una aumentata capacità di gestire in maniera adeguata ciò che capita nella sua vita; un’adeguata capacità di lavorare, di amare, di dipendere adeguatamente dalle figure di riferimento che incontra nella sua vita... deve arrivare ad una maggiore serenità e possibilità di vivere momenti di piacere.

[Int07, 42-43, F, 35 anni, 7 attività clinica]

Poi invece il cambiamento bello è stato che lei appunto ha cominciato emotivamente a potersi sentire più adulta, più adulta fino a diventare lei madre, quindi si è separata da sua madre ed è diventata lei madre a sua volta.

[Int21, 75-76, F, 37 anni, 7 attività clinica]

Concludiamo segnalando come il gruppo dei terapeuti psicomodinamici, al pari del gruppo dei cognitivo comportamentali, fa riferimento al costrutto “riduzione del sintomo” (25,7%) e a indicatori di cambiamento cosiddetti “oggettivi” (30,9%). Seppure per questo gruppo la riduzione del sintomo non sia considerata un elemento di cambiamento sufficiente, ma l’indicatore che il paziente non vuole lavorare sul profondo, l’uso di un lessico medico risulta ancora predominante nelle modalità di organizzazione della conoscenza psicoterapeutica. Inoltre, tra gli elementi di valutazione del cambiamento, segnaliamo come venga nominata una “modificazione nella domanda del paziente” (38%), cioè uno spostamento delle richieste e dei bisogni che il cliente esprime al terapeuta. Questo è perfettamente coerente con la teoria psicomodinamica quando assume che l’inconscio e i conflitti profondi possano di fatto trovare altre modalità di espressione sintomatica.

Una volta controllato il sintomo, che è la cosa più importante, siamo andati avanti, lei cominciava a vivere dei momenti depressivi, l’ansia le copriva la tristezza e la depressione... Anche lei mi portava come sintomi degli attacchi di panico, facilmente contenuti, ma quello che in realtà si è aperto immediatamente dopo è stato tutto lo spettro depressivo, quindi la sua vera difficoltà era fare i conti con la depressione.

[Int07, 68/97, F, 35 anni, 7 attività clinica]

#### 6.4.6.4 “Ora cambio casa”

I terapeuti sistemici sono quelli che sottolineano con più enfasi che il cambiamento clinico avviene innanzitutto coinvolgendo l'intero sistema relazionale del cliente. L'ottica sistemica, che configura la sintomatologia come dato emergente dall'organizzazione familiare, lavora infatti sulle dinamiche relazionali che, inevitabilmente, vengono prese in considerazione nel momento della valutazione del cambiamento avvenuto in psicoterapia. L'attenzione posta alle “relazioni sociali” (40,4%) viene anche qui intrecciata con la modificazione del “punto di vista” (22,2%), seppur con questo costrutto si faccia riferimento ad un passaggio che il cliente fa quando comincia a considerare il suo problema non come una malattia in sé, ma come una modalità disfunzionale di gestire la relazione. Inoltre il cambiamento del punto di vista implica spesso un cambiamento nella visione dell'altro con il quale ci relazioniamo, il che porta sempre e necessariamente ad una riconfigurazione delle relazioni che intratteniamo con gli altri significativi.

Perché in terapia familiare si entra lì nel vivo con padri madri e figli e si lavora su quello che può essere modificato delle dinamiche relazionali, in questo caso lei l'ha fatto perché è riuscita a portare il lavoro fatto in terapia ai genitori...

[Int35, 58, F, 38 anni, 10 attività clinica]

Come abbiamo detto, la valutazione delle relazioni è spesso connessa ad una modificazione della visione dell'altro con il quale il cliente entra in relazione. A questo si associa un ulteriore costrutto, per molti terapeuti indicato anche come meta di processo, cioè come cambiamento necessario e intermedio per poter conseguire cambiamenti più importanti con il seguito della psicoterapia. Questo elemento è dato dalla possibilità che il cliente ha di riconoscere ed “esplicitare le dinamiche relazionali” (68,75%) in cui è coinvolto. In altre parole, si fa riferimento ad una specifica forma di consapevolezza che si sviluppa quando viene condivisa, con il terapeuta, una lettura dei giochi relazionali, delle regole implicite e dei livelli di comunicazione che costruiscono sia la dimensione problematica del cliente che l'intero campo di esperienza all'interno della famiglia.

E questa è una consapevolezza, un cambiamento della sua percezione della coppia, e del ruolo che ha lei all'interno della coppia, e che suo marito ha all'interno della coppia, che è cambiata moltissimo nel corso del tempo...

[Int23, 91, F, 34 anni, 5 attività clinica]

Io penso che già questi movimenti siano dei cambiamenti, perché hanno fatto, hanno reso espliciti i volti di ciascuno degli elementi della famiglia...

[Int30, 77, F, 60 anni, 20 attività clinica]

Intanto per me cambiamento nell'ambito terapeutico vuol dire che quella persona diventa consapevole di alcuni suoi modi di approcciarsi, la sua esperienza, le sue relazioni, di alcuni suoi modi relazionali per cui ad un certo punto inizia a vedere, si diventa consapevole che un certo modo provoca una serie di reazioni...

[Int34, 32-33, F, 48 anni, 20 attività clinica]

Da segnalare come un sottogruppo di terapeuti con doppia formazione (sistemico-psicodinamica) si riferisca, nei termini espressi dal gruppo psicodinamico, alla "remissione del sintomo" (20%) come dato di valutazione della terapia. Un ulteriore indicatore che fa presumere il mantenimento di una posizione individualista anziché relazionale (cfr. § 5.5), si ritrova in alcuni resoconti che nominano il livello di "autonomia" raggiunto tra i risultati più importanti del cambiamento del cliente.

Se tu impari, diciamo, su una scala, di valutazione, se tu gli dai un potere dieci su di te, è tanto, però se tu impari a vederlo con altri occhi, sempre lavorando su te stesso, e impari a dare un valore cinque a quello che lui fa o a quello che dice, il suo potere su di te inevitabilmente diminuisce, e la tua forza su di lui aumenta, però è un lavoro di consapevolezza personale.

[Int23, 41, F, 34 anni, 5 attività clinica]

Infine segnaliamo come nel gruppo dei terapeuti sistemici (e non solo tra quelli con formazione eclettica) vengano formulate valutazioni del cambiamento nei termini di una "modificazione della domanda del cliente" (38,1%). Anche in questo caso, la possibilità di una riconfigurazione del problema presentato in psicoterapia è anticipata dal quadro di riferimento della teoria sistemica, in cui si assume che il sintomo sia solo la manifestazione di specifiche dinamiche relazionali. Queste, una volta *perturbate*, devono trovare il modo di raggiungere un nuovo stato di equilibrio che è sempre dipendente da una molteplicità di fattori interrelati.

Se non cambiano le relazioni, se non saranno i tic ci sarà un altro problema tra un po', e il tra "un po'" è relativo, dipende da molti fattori...

[Int23, 150, F, 34 anni, 5 attività clinica]

Nei casi tipici dove ci sono le famiglie con il paziente designato, che è quello che dovrebbe avere il sintomo, dopo però vai a smuovere qualcosa e viene fuori che il sintomo non è di quella persona ma di tutta la famiglia... Dipende molto dal caso che il paziente mi porta, perché è quello su cui si lavora, certo che poi se ci sono delle altre cose poi vengono fuori...

[Int35, 66/76, F, 38 anni, 10 attività clinica]

#### **6.4.7 Le condizioni di attuazione del processo di cambiamento**

Le condizioni di cambiamento includono tutti quei fattori che il terapeuta segnala come importanti per il processo di cambiamento ma che si definiscono di fatto come pre-condizioni all'intervento psicoterapeutico. Le condizioni di cambiamento cioè includono tutte quelle proprietà sulle quali il clinico ammette di non poter agire direttamente pur emergendo, nelle sue valutazioni, come fattori discriminanti tra la psicoterapia che ha avuto successo e quella che non l'ha avuto. Le condizioni qui rilevate sono essenzialmente da intendersi come delle "condizioni di significato", ovvero come scenari concettuali che, secondo la teoria del terapeuta, possono amplificare il processo di cambiamento del cliente. Ad ogni modo, esse non possono intendersi come semplici fattori causali posti a monte dell'intervento, né devono implicare necessariamente il riferimento ad una logica causalista da parte del clinico. A prova di quanto sostenuto, indichiamo di seguito una serie di considerazioni che alcuni terapeuti hanno fatto sulla possibilità di isolare dei fattori specifici, una richiesta questa che molte volte ha suscitato una presa di distanza da posizioni deterministe o da operazioni che implicassero una eccessiva semplificazione o una generalizzazione arbitraria.

Non me lo sono mai chiesto, perché mi sembrerebbe di vincolarmi "se c'è questo allora, se non c'è questo allora", io sono una molto selvaggia da questo punto di vista; se non sento che posso muovermi come voglio in quella situazione, difficilmente riesco a sentirmi bene sul lavoro.

[Int30, 120-121, F, 60 anni, 20 attività clinica, sistemica]

Questa è come la domanda sul tempo, è difficile rispondere in maniera generale, magari prendendo caso per caso si possono individuare dei fattori, nel senso che ogni esistenza è un'esistenza...

[Int04, 164, M, 33 anni, 4 attività clinica, costruttivista]

Come sembrerà chiaro, sono soprattutto il gruppo dei terapeuti sistemico relazionali e quello dei terapeuti costruttivisti che, anche in funzione di una certa coerenza con il modello teorico seguito, preferiscono non individuare delle "costanti" nel processo di cambiamento. Nonostante questo dissenso, comunque, le condizioni di cambiamento sembrano emergere come presupposizioni implicite all'interno dei loro resoconti soprattutto quando argomentano su come, in una determinata situazione, si sia potuto generare un cambiamento più rapido della "media".

Le condizioni di cambiamento sono state inoltre suddivise a seconda che la proprietà individuata dal clinico appartenesse ad una dimensione esterna (sociale e ambientale) oppure ad una dimensione

interna (personale e individuale). Una posizione intermedia, è invece sostenuta da molti terapeuti che indicavano nelle vicissitudini relazionali e, in particolare, nella relazione terapeutica, il fattore discriminante del cambiamento, anche se i diversi gruppi si riferiscono a questo costrutto con accezioni notevolmente diverse tra loro.

Per ciascuna dimensione, inoltre, si sono suddivise le condizioni di cambiamento a seconda che la dimensione individuata facilitasse o, di contro, costituisse un ostacolo al processo di cambiamento. Si sono quindi intrecciati due alberi di codifica: il primo indicante le condizioni di cambiamento (interne/esterne/relazionali) e il secondo indicante le conseguenze del fattore sul processo di cambiamento (facilita/ostacola). In questo modo, è stato possibile rilevare non solo quelle proprietà che il clinico ricerca nella situazione clinica al fine di promuovere il cambiamento, ma anche quelle significazioni che più frequentemente vengono messe in campo per giustificare l'esito negativo o solo parziale di un percorso di psicoterapia.

#### **6.4.7.1 Cercansi persone capaci, impegnate e diligenti**

Seppur questo *code* venga segnalato da tutti i gruppi considerati, i terapeuti cognitivo-comportamentali sono quelli che si riferiscono maggiormente alla “motivazione-impegno” (66,3%) che il cliente ha a inizio terapia. L'utilizzo di questo *code* nei resoconti che trattano di casi difficili è spesso accompagnato da una posizione morale espressa dal terapeuta che, di fatto, tende a svalutare il cliente perché *non ha volontà*, o perché *non vuole veramente cambiare*.

Quindi il fatto che una persona sia cognitivamente brillante e motivata è un fattore che può snellire il lavoro.

[Int03, 293, F, 29 anni, 5 attività clinica]

Un'altra dimensione di cambiamento è vista nelle capacità cognitive e, più in generale, nell'“intelligenza” (31,25%) del cliente, a cui si rifà una visione dell'individuo come fondamentalmente razionale e legata alla possibilità di stabilire, obiettivamente, i vantaggi (56%) che possono derivare dal cambiamento.

Da un punto di vista più cognitivo-comportamentale, ma più sul versante cognitivo ovviamente alcune difficoltà quando si va a parlare del cognitivo è che la persona abbia... non vorrei dire che si tratta di cultura, però che comunque una persona abbia gli strumenti per capire...

[Int02, 256, F, 33 anni, 3 attività clinica, cognitivista, privato, formazione ortodossa, no terapia]

Sì cambiano, quando soprattutto ci trovano dei vantaggi nel cambiamento, quindi quando dico che gli altri non cambiano è quando gli altri non pensano di avere dei vantaggi dal cambiamento, perché dovrebbero farlo? Perché noi vogliamo? Ma non esiste...

[Int27, 15-16, F, 44 anni, 9 attività clinica, cognitivista, pubblico-privato, formazione pluralista, no terapia]

Altre dimensioni sono invece fortemente connesse al particolare assetto della terapia cognitivo-comportamentale. Ad esempio, il fatto di costruire interventi imperniati su prescrizioni e compiti da eseguire fuori dallo studio, fa sì che l'elemento di "collaborazione" (51,5%) del paziente venga tenuto seriamente in considerazione. Questo code infatti risulta centrale per quelle terapie dove l'assegnazione dei compiti a casa è l'elemento principale su cui si fonda lo svolgersi dell'attività clinica. Oltre a questo, il gruppo dei cognitivisti tende a sottolineare la necessità che i terapeuti siano effettivamente persone "competenti" (76,9%) rispetto alla professione e che abbiano maturato un bagaglio tecnico sufficiente per applicare le diverse strategie studiate durante gli anni di formazione.

E' importante seguire quello che dice terapeuta quindi anche come compiti, come consigli, come prove...

[Int10, 205, F, 33 anni, 7 attività clinica]

Uno deve studiare, prepararsi, se si trova davanti una persona con un disturbo che non ha mai visto, sta al terapeuta documentarsi e vedere bene come fare l'assessment, quali potrebbero essere le strategie più efficaci...

[Int03, 177-178, F, 29 anni, 5 attività clinica]

#### **6.4.7.2 "Creativi sì, ma anche fortunati"**

Una delle condizioni di cambiamento ripetutamente segnalate dal gruppo dei terapeuti costruttivisti è la possibilità, da parte del cliente, di disporre di un'"alternativa" (100%), intesa come *alternativa di pensiero* o di concedersi la possibilità di *vedere le cose a partire da un altro punto di vista*. Seppur la psicoterapia dei costrutti personali lavori proprio nella direzione di promuovere alternative alle costruzioni del cliente, i terapeuti parlano di situazioni cliniche differenziando tra quelle in cui la flessibilità è più facilmente raggiungibile da quelle in cui non lo è<sup>32</sup>. E' soprattutto nei casi clinici dove il cambiamento è compromesso o particolarmente rallentato che questi terapeuti si riferiscono a diagnosi di transizione come quella di "ostilità" (100%) che, di fatto,

---

<sup>32</sup> E' da notare come questo *code* implichi una reificazione del termine "costrutto" in termini di qualità/entità, la cui mancanza può produrre effetti problematici.

impedisce alla persona di sfidare le proprie costruzioni e di ampliare il ventaglio delle proprie possibilità di scelta.

Poi credo valgano anche dei modelli, degli stili di vita che uno può vedere, confrontare con quelli che magari aveva portato avanti nella vita... e lì uno li ha o non li ha!

[Int22, 25, F, 40 anni, 11 attività clinica, costruttivista, privato, formazione ortodossa, terapia personale]

A volte in tanti pazienti noi assegniamo ostilità... quindi la necessità di poter ribadire il proprio ruolo, la propria costruzione, che può essere anche quella: sono una persona malata e non posso cambiare, sono senza speranze... e questo fa parte del ruolo di vita, e quindi di fronte a persone con questo tipo di espressione, ovviamente io non ritengo opportuno che ci sia da parte del terapeuta un accanimento a chiamarlo cambiamento per forza, anzi...

[Int09, 35-36, F, 45 anni, 19 attività clinica]

Accanto a questi codici derivati direttamente dalla teoria dei costrutti personali, ne troviamo indicati altri più generici che nel discorso del terapeuta vengono richiamati a livello più sovraordinato. Detto altrimenti, le costruzioni di senso comune che si richiamano a dimensioni di significato ampiamente diffuse e non specialistiche possono fungere da collante dei costrutti teorici usati dal terapeuta per comprendere la situazione clinica (cfr. § 4.2.1). La logica conoscitiva che ne risulta, quindi, è solo in parte dipendente dalla teoria, emergendo di fatto come un'argomentazione all'interno della quale una molteplicità di discorsi (tecnici, di senso comune, etici, ecc.) possono trovare una collocazione e una precisa armonia. Ad esempio, il disporre o meno di un'alternativa viene spesso associata all'idea di poter essere "curiosi e creativi" (60%); allo stesso modo, un sistema di costrutti ostile viene sostenuto dall'idea che il cliente sperimenti "paura" e, di fatto, non voglia assumersi i "rischi" (31,8%) di cambiare facendo cose nuove.

Se sono appunto sufficientemente creativi da costruirlo in maniera diversa, il significato poi cambia. Poi se la persona ha un grado di... elasticità, creatività fantasia, proprietà di linguaggio, a volte può aiutare...

[Int18, 42/113, F, 43 anni, 15 attività clinica]

Diciamo che sono i pazienti più ostili rispetto alla terapia perché sono i più terrorizzati dal cambiamento... la cosa che spaventa di più i pazienti è il cambiamento l'idea di dire oggi sono così e domani potrei diventare altro da quello che sono; questa è una cosa che spaventa è l'elemento di maggior timore

per tutti, soprattutto per quelle strutture molto controllanti... li chiamo i fobiconi e loro sono terrorizzati da questo...

[Int38, 32/77-78, F, 41 anni, 10 attività clinica]

Infine segnaliamo come tra le condizioni esterne di cambiamento, questo gruppo faccia spesso riferimento ai *code* “esperienza quotidiana” (71,4%) e “cose che succedono” (50%). Nel primo caso, possiamo dire che i costruttivisti non considerano l'esperienza clinica come generatrice di cambiamento di per sé, conferendole uno statuto particolare. Le persone sono costantemente in cambiamento per il semplice fatto di essere degli agenti attivi nel mondo: questo fa di ogni esperienza un potenziale elemento di cambiamento. Nel secondo caso, possiamo dire che questo gruppo di terapeuti sottolinea la possibilità che accadano eventi “nuovi” capaci di riconfigurare il campo dell'esperienza. In un certo senso, questo *code* si riferisce ad un atteggiamento “fatalista” del terapeuta, ben rappresentato dal fatto che il modello di riferimento possa contemplare l'elemento “casualità” come fattore decisivo ed imprescindibile del processo di cambiamento (Kelly, 1955). In questo senso, sull'altro versante, sembrano invece collocarsi modelli operativi la cui matrice epistemologica prevede uno stretto determinismo.

Allora nell'esperienza di tutti i giorni, io penso che il cambiamento sia la quotidianità, cioè le esperienze di tutti i giorni ci cambiano continuamente.

[Int04, 80, M, 33 anni, 4 attività clinica]

I fattori che invece facilitano spesso sono quegli eventi inaspettati che escono dalla normalità dalla quotidianità che quindi permettono al paziente di viverli in maniera diversa...

[Int38, 66, F, 41 anni, 10 attività clinica]

### **6.4.7.3 Miserabili e di talento, meglio se di sana e robusta costituzione**

Il *code* principale dei terapeuti di orientamento psicodinamico fa riferimento alla “struttura” (53%) del cliente, intesa come sedimentazione di caratteristiche durature per lo più derivate da esperienze precoci durante i primi anni di vita<sup>33</sup>. Anche se ogni orientamento analizzato propone indicazioni circa un'ipotetica struttura dell'individuo, il gruppo psicodinamico è quello che mostra il maggior numero di attribuzioni in questa direzione, facendo leva non solo su costrutti teorici appartenenti, ad esempio, alla tripartizione freudiana, ma anche su significazioni molto simili a quelle evocate dal

---

<sup>33</sup> Sebbene anche questo gruppo utilizzi costrutti come quello di “punto di vista” o di “interpretazione” per indicare la problematica del paziente, in molti casi questi vengono considerati dei derivati della struttura di personalità. Detto in altro modo, mentre per altri gruppi la problematica del cliente può essere descritta (e di fatto si esaurisce) come l'interpretazione disfunzionale che il cliente dà alla sua situazione, qui ogni presa di posizione del paziente viene giustificata facendo riferimento a specifici requisiti caratterologici.

gruppo non specializzato degli studenti (cfr. § 4.5.2.1), il quale fa spesso riferimento all'idea di "carattere". In effetti, la lettura dei casi clinici secondo una logica strutturalista risulta coerente con la visione del processo di cambiamento di questo gruppo, visto come un percorso evolutivo e di maturazione per stadi. Inoltre, il riferimento costante ad una struttura di fondo del paziente, consente al terapeuta di individuare condizioni favorevoli o sfavorevoli al cambiamento in funzione del "livello evolutivo" della struttura diagnosticata. Per gli psicodinamici, infatti, la "gravità" (43,6%) della situazione clinica è spesso imputabile alla tipologia dei *conflitti inconsci che agiscono nel profondo*.

Si può dire che a volte delle mancanze strutturali di personalità possono essere colmate da un ruolo di malato, che può prendere il posto di carenze affettive o di mancanze strutturali... Parto dal presupposto che esistono delle strutture di personalità che si formano nei primi anni di vita, e che confermano la loro struttura in adolescenza, dove avviene un consolidamento definitivo, o anche una rottura definitiva...

[Int08, 100/117, M, 41 anni, 7 attività clinica, psicodinamica, pubblico-privato, formazione ortodossa, terapia personale]

Anche qui devo sempre tenere conto dell'età delle persone: una persona giovane, con un carattere ancora da formare, è ovvio che può superare il disagio con più facilità di un quarantenne con un carattere ed una personalità già ben formata che resterà quindi di fondo...

[Int13, 74-75, F, 66 anni, 20 attività clinica]

Il gruppo dei terapeuti psicodinamici nomina frequentemente specifiche qualità personali come condizione facilitante il cambiamento. Ad esempio, essi ravvisano nel grado di "consapevolezza" (52%) o nel livello di "intelligenza" (34,4%) del paziente una garanzia del buon esito della psicoterapia. Con questi termini, il gruppo si riferisce soprattutto ad abilità legate alle capacità di introspezione, riflessione e risonanza, tutte virtù queste che, in qualche misura, vengono suggerite dai valori della teoria psicodinamica anche e soprattutto per la formazione degli stessi psicoterapeuti.

Il fatto che una persona sia più intelligente, abbia più facilità a collegare, che impari più velocemente a leggere i propri vissuti e a collegare il passato col presente, aiuta molto. Sono le persone ottuse, al di là di ogni sintomatologia, struttura, ci sono persone con cui fai fatica a tirar fuori un collegamento, cioè glielo fai vedere ma non lo vede, e prima che ti arrivi,

perché noi dobbiamo aspettare che sia la persona ad arrivare alle conclusioni, magari non ci arriva mai...

[Int15, 101-102, F, 49 anni, 12 attività clinica]

Ci sono anche delle situazioni di cui mi occupo, di povertà anche mentale, e vieni fuori che sei a pezzi letteralmente perché non hai un terreno su cui lavorare...

[Int25, 185, F, 44 anni, 16 attività clinica]

Un costrutto rappresentativo di questo gruppo fa inoltre riferimento all'idea di "stare male" o di essere in "crisi" (72,7%). Secondo molti terapeuti, infatti, il processo di cambiamento deve necessariamente passare attraverso una fase di "sofferenza" entro cui la persona ha la possibilità di vivere uno *stato di necessità*, di acquisire *insight più profondi* rispetto a sé stessa e, letteralmente, di *poter risorgere dalle proprie ceneri*. Citando anche alcune condizioni esterne di cambiamento, questo gruppo tende infatti ad elencare eventi negativi o episodi di lutto e "separazione" (100%).

I cambiamenti possono essere legati a situazioni molto concrete, diciamo, collegate a rotture, separazioni, cambiamenti di lavoro...

[Int08, 110, M, 41 anni, 7 attività clinica]

C'è un fattore che è lo stato vero di necessità del paziente, perché a volte ci sono dei pazienti che hanno un disagio ma non sono convinti, o non lo sentono abbastanza forte e quindi tergiversano... Coloro che sono sospesi, perché evidentemente non c'è un bisogno forte, o non lo accusa come tale... Perché dipende tantissimo dalla bruciatura che ha la persona e che mi rende facile il cammino...

[Int12, 163/166/169, F, 56 anni, 22 attività clinica]

Per quanto riguarda le condizioni favorevoli alla psicoterapia, i terapeuti di orientamento psicodinamico tendono ad attribuire buona parte dei loro successi non tanto a competenze maturate durante la professione, come accade per il gruppo dei cognitivisti, quanto prevalentemente a "capacità" vissute come "talenti" (52,4%) personali. Nel corso dell'analisi del contenuto, l'intreccio di questo *code* con le strategie terapeutiche ha permesso di mettere in luce come alcune abilità venissero di fatto configurate come veri e propri talenti, per lo più innati, che il terapeuta dovrebbe possedere per agire terapeuticamente.

In genere chi come noi fa questo lavoro è perché ha questa capacità di ascoltare...

[Int15, 19, F, 49 anni, 12 attività clinica]

Per esempio la riflessione è un qualcosa che poi diventa un tuo strumento anche nel lavoro che fai, però è qualcosa che secondo me devi essere anche portata, cioè devi averlo dentro prima... Per cui, secondo me, il fatto di avere già caratterialmente e di essere predisposti all'ascolto per esempio, è un qualcosa che difficilmente impari, perché è anche un ascolto di un certo tipo, chiamalo empatico, per fare clinica, secondo me, non è sufficiente la scuola, non è sufficiente fare l'analisi, ma devi avere tu dentro una predisposizione, secondo me, a fare certe cose, a relazionarti con gli altri in un determinato modo.  
[Int25, 50-52, F, 44 anni, 16 attività clinica]

#### **6.4.7.4 Mal comune mezzo gaudio**

Contrariamente ai tre gruppi precedenti, i terapeuti di matrice sistemica sottolineano, nei loro resoconti, condizioni di cambiamento principalmente esterne, cioè non necessariamente connesse a dimensioni personali caratterizzanti gli individui. Nello specifico, l'enfasi posta sul "contesto" (42,3%) risulta dominante e sposta definitivamente l'attenzione del clinico dal rintracciare le caratteristiche del paziente ad esplicitare quelle proprie del sistema in cui è inserito. Contrariamente ai discorsi prodotti da altri gruppi, con il termine "contesto" non si fa qui riferimento all'ambiente, inteso in senso naturalistico. Piuttosto si rimanda ad un'analisi della condizione relazionale che coinvolge le persone componenti un determinato assetto sistemico. In particolare, per condizione favorevole si indica la disponibilità dell'intera famiglia a lavorare sul problema, quindi, la possibilità che il clinico ha di coinvolgere i diversi membri del sistema all'interno della seduta psicoterapeutica. Allo stesso modo, la stessa dimensione di significato viene richiamata durante il resoconto di casi difficili, laddove il sistema risulta essere o non collaborativo o troppo fragile per tollerare il cambiamento di uno dei suoi membri.

Però il lavoro per il cambiamento lo devono fare i genitori, ed una volta che si mettono in gioco i genitori o comunque il sistema di riferimento, poi il cambiamento è automatico.  
[Int23, 33, F, 34 anni, 5 attività clinica]

E dopo ho pensato che per lei, e me l'ha confermato la sorella, sarebbe stato veramente difficile vivere una vita diversa, almeno fino a che non sarebbe andata a vivere da sola, perché viveva ancora con la madre che è abbastanza vecchia, finché non fosse stata da sola, sarebbe stato molto difficile intervenire, proporre qualcosa...  
[Int31, 84, M, 31 anni, 4 attività clinica]

Un'ulteriore condizione segnalata dai terapeuti come capace di promuovere cambiamenti rapidi è la possibilità di lavorare in "equipe" (100%) e di moltiplicare, tramite la collaborazione attiva di diversi terapeuti, le ipotesi di lavoro sulla situazione problematica.

Un altro fattore, non dico di successo, ma che ne aumenta la possibilità è... essere in due, in due con il paziente, che è sempre meglio che da sola con la paziente, io avrei nostalgia e sentirei l'esigenza del setting sistemico, che è quello di lavorare con due terapeuti dentro e uno dietro lo specchio, che è anche quello che è stato detto nella prima cibernetica, mi sembra...

[Int23, 172-173, F, 34 anni, 5 attività clinica]

Una dimensione di significato citata da più gruppi tra le condizioni che favoriscono il cambiamento è la "relazione con altri", intesa come possibilità che la persona ha di intrattenere un rapporto affettivo e duraturo con una figura significativa. Ogni orientamento sembra in effetti interpretare l'importanza dei rapporti interpersonali in funzione di diverse teorie (ad esempio, come fonte di rinforzo, come possibilità di comprensione, come sostegno affettivo ecc.) anche se il gruppo dei terapeuti sistemico-relazionali ne sottolinea maggiormente l'aspetto fondante dei processi di cambiamento.

Quante volte che mi è capitato che uno stava arrivando a maturare una crisi ecc. e arrivava qualcuno, faceva irruzione e diceva "No ti porto io...", ti apre tutto un altro percorso, questo in positivo o in negativo...

[Int32, 118, F, 52 anni, 25 attività clinica]

Proprio perché c'è bisogno di uno sguardo altro, c'è bisogno dell'occhio dell'altro per vedere le cose.

[Int34, 19, F, 48 anni, 20 attività clinica]

#### **6.4.8 Il cambiamento: da processo a fenomeno**

Non c'è dubbio che in psicoterapia si denoti un cambiamento di qualche tipo, ma dire di quale tipo di cambiamento si tratta è una questione delicata. Infatti, nella descrizione dei diversi casi clinici affrontati e discussi dai terapeuti è possibile rintracciare una versione implicita del processo di cambiamento che, in qualche misura, dirige le anticipazioni dei clinici permeando ogni fase dell'agire terapeutico. Sarebbe pertanto sensato adottare una prospettiva analitica che includa queste dimensioni latenti e che tenti di ricostruirle in funzione delle presupposizioni che i terapeuti davano per scontate nel produrre un certo tipo di discorso sul cambiamento. Tuttavia, una scorciatoia che ci consente di tracciare un'area sommaria ad una rappresentazione del cambiamento, (trasformandolo

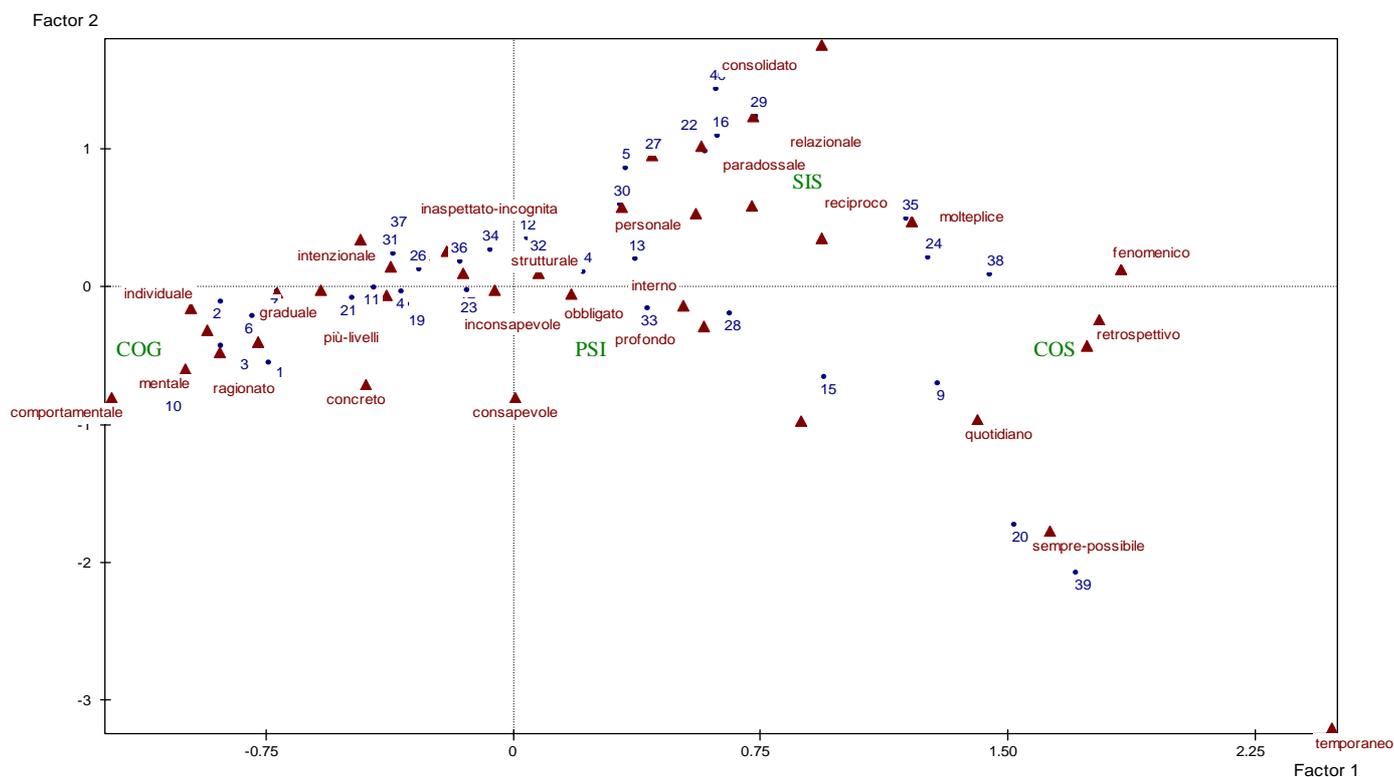
quindi da processo a fenomeno) consiste nel rilevare tutte le affermazioni dei terapeuti che, in modo esplicito, si riferiscono ad esso. Descrizioni che, nel tentativo di fornire chiarezza ai solleciti dell'intervista, offrono un elenco di proprietà e di caratteristiche costitutive a quel qualcosa che, in modo così conciso, abbiamo definito con il termine di cambiamento. In merito a questo, è necessario chiarire che, mentre i codici riportati nelle sezioni precedenti derivano da una codifica assiale (volta ad accorpare più sottocodici sulla base dell'identificazione di una dimensione di significato sovraordinata), i codici relativi alle proprietà sul cambiamento che ora prenderemo in considerazione sono estratti direttamente dal testo e non sono stati sottoposti ad ulteriori procedure di semplificazione. Come illustrato in tabella 15, inoltre, è possibile organizzare questi codici seguendo uno schema di antinomie: il gruppo che indica una caratteristica, cioè, tende a collocarsi su una delle due polarità che la definiscono, utilizzando l'altra per dare senso a quanto affermato e sostenere argomentazioni a favore della propria posizione. Di seguito, viene riportato l'insieme degli aggettivi utilizzati per conferire sostanza al processo di cambiamento: la divisione per colonne fa riferimento, nella parte di sinistra, ai *logoi* sostenuti e, nella parte di destra, agli *antilogoi* implicitamente o esplicitamente criticati dal gruppo in questione (Billig, 1996). Ogni gruppo, infatti, sembra punteggiare le sequenze di cambiamento tracciando una forma precisa alle modalità entro cui può estrinsecarsi il fenomeno: tali proprietà, una volta assunte come valide, permeano a loro volta i sistemi di pre-comprensione che il terapeuta utilizza per anticipare e decodificare il cambiamento del cliente durante la psicoterapia.

<b>GRUPPI</b>	<b>LOGOI</b>	<b>ANTILOGOI</b>	<b>GRUPPI</b>	<b>LOGOI</b>	<b>ANTILOGOI</b>
<b>COG</b>	limitato analitico cognitivo comportamentale graduale inaspettato intenzionale individuale concreto effettivo ragionato vero meglio	radicale globale comportamentale cognitivo immediato atteso obbligato relazionale immaginato fenomenico improvviso falso peggio	<b>PSI</b>	strutturale emotivo difficile doloroso lento interno inconsapevole consapevole non-necessario profondo	sintomatico mentale facile semplice rapido esterno consapevole inconsapevole necessario superficiale
<b>COS</b>	quotidiano continuo sempre-possibile immaginato olistico fenomenico secondo-grado intenzionale centrale contrasto strutturale	difficile sequenziale non-possibile concreto analitico effettivo reale meccanico periferico significativo contrasto	<b>SIS</b>	relazionale reciproco molteplice esterno quotidiano effettivo improvviso temporaneo sistemico paradossale sempre-possibile	individuale personale monolitico interno clinico personale graduale consolidato superficiale logico limitato

**Tabella 15. “La fenomenologia del cambiamento: Logoi e Antilogoi (Matrix Proprietà Cambiamento x Gruppi)**

I codici sopra rappresentati sono stati anche sottoposti ad un’analisi fattoriale delle corrispondente lessicali con l’obiettivo di identificare delle dimensioni di significato latenti in funzione delle quali i diversi partecipanti possono prendere posizione. La procedura Corbi del software Spad consente di organizzare una tabella individui x parole e di sottoporla ad una analisi quali-quantitativa attraverso il modulo di analisi testuale (Figura 8). Gli elementi attivi per la formazione degli assi sono soltanto i codici sopra considerati e la posizione di ciascun codice sull’asse fattoriale è determinata dalle associazioni con tutti gli altri codici. L’analisi ha permesso di estrarre una dimensione principale qui nominata come “Realtà-Interpretazione”. L’organizzazione dei codici infatti si approssima a quella di una linea retta le cui polarità sono costituite da descrizioni che privilegiano il cambiamento, ora come entità reale, ora come realtà fenomenica. Al di là dell’orientamento seguito sembra, infatti, che i partecipanti alla ricerca possano differenziarsi a seconda del livello di realismo entro cui collocano il proprio operare modificando, di conseguenza, la tipologia di cambiamento che ne deriva. Da un lato troviamo quindi una configurazione del cambiamento legata ad elementi tangibili, *concreti* connessi al *comportamento* o agli *schemi cognitivi*; il cambiamento visto come “dato di fatto” si presenta come un processo *ragionato*, *graduale* e circoscritto all’*individuo*. Dall’altro troviamo invece terapeuti che rintracciano nel cambiamento una semplice “ipotesi di lavoro”; il cambiamento cioè non è un qualcosa che accade ma un modo per decodificare il

processo psicoterapeutico, è quindi una realtà di *secondo ordine*, *temporanea*, che è possibile cogliere solo in forma *retrospettiva* e che caratterizza la *vita quotidiana*.



**Figura 8. Analisi delle corrispondenze lessicali 1 (Corbi)**

Una seconda analisi fattoriale delle corrispondenze lessicali è stata invece prodotta non utilizzando dei codici isolati dall'analisi del contenuto ma facendo riferimento, direttamente, ai testi prodotti dai partecipanti, con particolare attenzione alle sezioni di intervista in cui, in modo più esplicito, si tentava di dettagliare la fenomenologia del cambiamento. La procedura Corbit del software Spad utilizza infatti una tabella a doppia entrata con in riga le forme grafiche e, in colonna, i testi raggruppati secondo le modalità della variabile considerata, in questo caso, i quattro orientamenti di psicoterapia (Figura 9). Sebbene la matrice non presenti caratteristiche ottimali per l'AFC, la procedura consente di estrarre tre fattori principali tra cui, il primo, risulta per noi particolarmente significativo. Nell'interpretazione che ne abbiamo dato, infatti, il I fattore è stato nominato Individuo-Contesto in quanto permette di distinguere chiaramente tra partecipanti (la maggioranza) che attribuiscono rilevanza ai processi interni all'individuo e quelli che, di contro, sottolineano le potenzialità delle relazioni interpersonali. Nel primo caso, sostenuto soprattutto da terapeuti cognitivo-comportamentali, il cambiamento emerge come un fenomeno *mentale*, legato alla *motivazione personale* e centrato sulla modificazione dei *pensieri*; il cambiamento è essenzialmente *pratico* e si persegue tramite *ragionamento* in modo *razionale*. Nel secondo caso, sostenuto in

particolare da terapeuti sistemici, il cambiamento è dipendente dal *sistema*, dai *giochi* che si sviluppano al suo interno, e si persegue *insieme* ad altri, essendo esso stesso un fenomeno principalmente *interpersonale*.

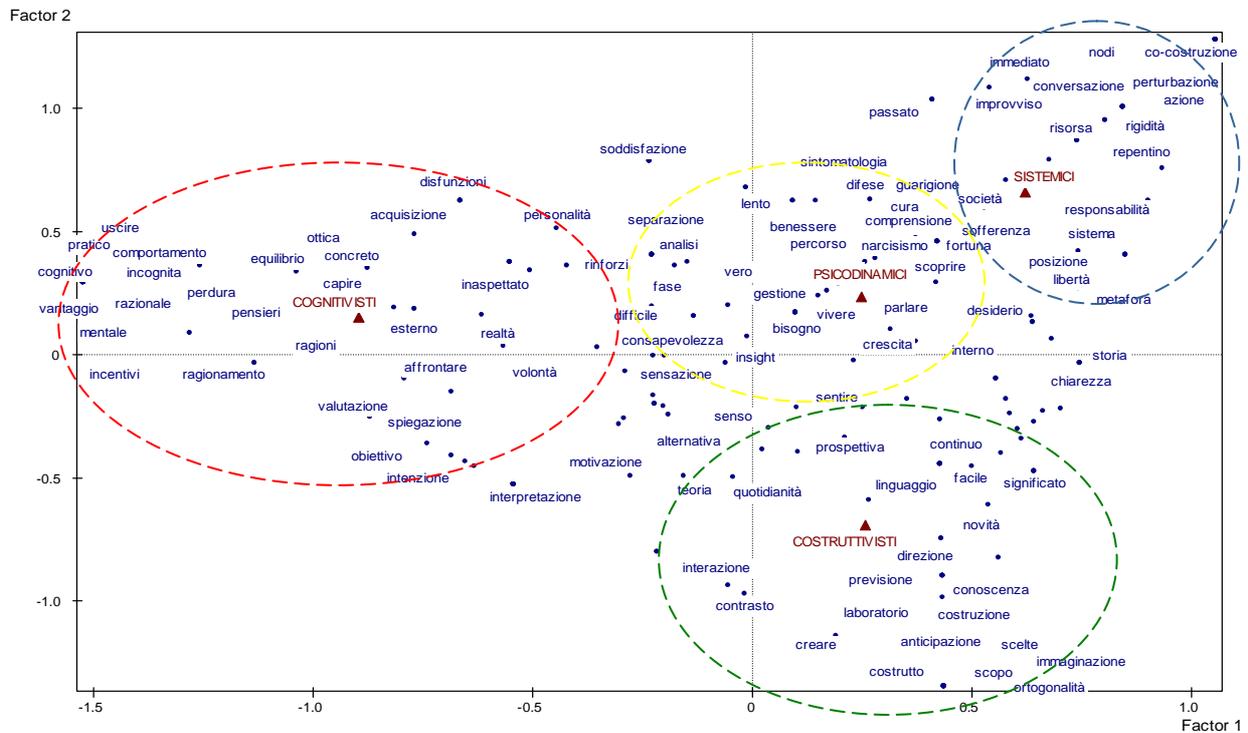


Figura 9. Analisi delle corrispondenze lessicali 2 (Corbit)

### 6.5 Rappresentazioni sociali e *formae mentis*

Nonostante molti costrutti teorici siano utilizzati comunemente da terapeuti di diverso orientamento, l'approfondimento circa il modo d'uso e la declinazione argomentativa di questi costrutti mette in luce sistemi conoscitivi incommensurabili l'uno all'altro. Dietro la ridondanza di un vocabolario apparentemente univoco, proprio perché mutuato principalmente dal paradigma medico (e forse mantenuto per la legittimità che conferisce alla pratica psicologica), si celano realtà concettuali pluraliste, eterogenee, fondamentalmente differenziate.

Una prima proposta interpretativa utile a sintetizzare la moltitudine di dati presi in esame fino a qui (problema-cause-obiettivi-strategie-valutazioni), ci permetterebbe di differenziare, sul piano meta-teorico, almeno quattro atteggiamenti conoscitivi che i partecipanti esprimono nel discutere di casi clinici. Questi si ancorano in modo solo approssimato alle catalogazioni formali dei modelli ed hanno, ovviamente, differenti implicazioni rispetto all'ottica del cambiamento qui considerata,

proprio perché non tutte le *formae mentis* messe in luce si configurano come opzioni orientate a generare dei processi di cambiamento in psicoterapia.

1. Un primo gruppo fa esplicito riferimento alla psicopatologia descrittiva, assumendo come nucleo concettuale della teoria sul cambiamento personale gli schemi della categorizzazione nosografica. Questi partecipanti propongono inferenze conoscitive di tipo classificatorio: gli obiettivi terapeutici sono principalmente di tipo diagnostico e volti a perseguire istanze di cura ancor prima che di cambiamento, mentre sul piano dell'intervento si individuano azioni prossime al "chiarimento medico", ma anche al conforto, alla rassicurazione e al supporto psicologico del paziente.
2. Un secondo gruppo è più ancorato alle matrici concettuali della psicotica determinista, del comportamentismo e del cognitivismo di prima generazione. Le principali inferenze sono tese a individuare dei nessi causa-effetto, attraverso tentativi di spiegazione, di individuazione di cause e di annotazione degli antecedenti correlati. La definizione degli obiettivi si sposta, in questo caso, da un piano curativo ad uno più conoscitivo, mentre l'azione terapeutica è giocata soprattutto nel produrre interpretazioni che rimandano ad un qualche sistema teorico pre-esistente all'incontro con il paziente.
3. Un terzo gruppo può essere incluso nel sistema di pensiero proprio delle terapie sistemiche di prima generazione e nelle teorie psicotiche relazionali e interpersonali. L'attenzione è spostata sulle interazioni, ancorandosi ad un tipo particolare di spiegazione che potremmo definire "spiegazione sistemica". L'inferenza conoscitiva è cioè centrata sulla causalità circolare: questa implica la costruzione di obiettivi volti primariamente all'emancipazione personale, accompagnati da prassi di intervento che oscillano da un orizzonte puramente esplicativo ad uno più marcatamente orientato a perseguire un cambiamento nella situazione problematica.
4. Il quarto gruppo richiama i principi epistemologici posti alle fondamenta delle terapie costruttiviste, interazioniste e fenomenologiche. L'inferenza conoscitiva di questo gruppo di partecipanti è essenzialmente di carattere ermeneutico, essendo per lo più rivolta a svelare la dimensione del "significato". Tuttavia, mentre per l'approccio interpretativo il significato è, in qualche misura, prescritto dalla teoria di riferimento, qui la teoria sul caso è costruita in funzione delle specificità semantiche ricostruibili all'interno della storia condivisa con il cliente. Gli obiettivi sono chiaramente rivolti alla comprensione dell'altro e, nel momento in cui non viene preventivata una dimensione normativa a cui riferirsi, l'intervento che si sviluppa risulta più coerente con la premessa della terapia come procedura di promozione di cambiamenti (e non, ad esempio, di "miglioramenti").

Come abbiamo detto, tutti gli studiosi di psicologia, di qualsiasi estrazione siano, hanno a che fare con il “cambiamento”, in un senso o nell’altro del termine; a questo proposito, le barriere d’incomprensione che dividono le varie specie di psicoterapeuti possono essere illuminate, ma non eliminate, dall’applicazione della teoria dei tipi logici di Russel (cfr. Watzlawick *et al.*, 1974) al concetto stesso di cambiamento. Ad esempio, richiamandoci sommariamente alla proposta di Bateson (1972) possiamo tentare di distinguere differenti livelli di cambiamento, a seconda che questo si riferisca:

1. ad un cambiamento comportamentale;
2. ad un cambiamento nella consapevolezza della teoria con cui leggiamo i comportamenti;
3. ad un cambiamento della teoria stessa con cui leggiamo i comportamenti.

In funzione di questo schema, possiamo quindi provare a collocare i diversi orientamenti analizzati e, ad esempio, riconoscere che:

- il modello cognitivo-comportamentale specula principalmente in riferimento ad una prima tipologia logica di cambiamento (comportamento);
- il modello costruttivista si esprime con particolare riferimento alla terza tipologia logica di cambiamento (modificazione della teoria);
- il modello psicomodinamico fa più spesso riferimento alla seconda tipologia logica di cambiamento (consapevolezza);
- il modello sistemico oscilla tra la seconda e la terza tipologia logica del cambiamento (consapevolezza e modificazione della teoria).

Alla luce di questo, è presumibile che gli affiliati di ciascun modello abbiano un maggior grado di variabilità personale (appellandosi, come vedremo, a rappresentazioni sociali individuali) qualora tentino di perseguire, nel corso del loro lavoro, un cambiamento di livello differente da quello per il quale la teoria appresa risulta adeguata. Le teorie psicologiche, infatti, hanno diversi gradi di astrazione delle proprie categorie logiche: ad esempio, se il modello cognitivo-comportamentale utilizza per lo più categorie empiriche, la meta-psicologia psicoanalitica è imperniata attorno a costrutti teorici lassi che possono riferirsi a differenti forme di esperienza. E’ quindi sensato ritenere che una buona pratica terapeutica debba essere in grado di adattare la propria “verità di errore” al livello logico entro cui viene configurata la rappresentazione del problema da parte del cliente, in modo tale da potersi sintonizzare adeguatamente in funzione del cambiamento. Questo spiegherebbe, ad esempio, il motivo per cui la similarità tra teorie sul cambiamento dello psicoterapeuta e quelle del paziente risulta essere un buon indice per predire l’efficacia stessa della terapia (Duncan & Miller, 2000). In caso contrario, si corre il rischio, come chiariremo nel capitolo

dedicato alle strutture di conoscenza, che il processo della conversazione orienti l'intervento verso una costruzione eclettica e non informata dell'attività clinica.

Oltre a ciò, ricordiamo anche come alcuni temi di costruzione del cambiamento siano comuni a gruppi diversi: in particolare un maggior grado di sovrapposizione tra i temi delle interviste lo si riscontra prendendo in considerazione gli *antilogoi* delle argomentazioni (Billig, 1996), ovvero, le proprietà che definiscono implicitamente cosa il processo di cambiamento *non* è. Molto raramente, infatti, si sono registrate anticipazioni che costruivano un'idea del cambiamento come processo "catastrofico", "rapido", o "discontinuo". A fronte di queste convergenze sembra quindi plausibile ritenere che se l'attività terapeutica è (in parte) vincolata alle prospettive teoriche dei suoi esponenti, creando differenze al suo interno, essa viene anche (in parte) omologata da costruzioni culturali più implicite e generali che tracciano i confini, non solo di quanto è conoscibile, ma anche di quanto viene ritenuto ragionevole e, quindi, praticabile nel corso dell'attività clinica.

# VII Capitolo

## QUARTO STUDIO

### UN ABITO PER OGNI OCCASIONE: LA CONOSCENZA DEI TERAPEUTI NELLA VITA QUOTIDIANA

#### 7.1 I contesti della conoscenza

##### 7.1.1 Oltre la porta dello studio di psicoterapia

In un articolo di commento alla ricerca condotta da von Cranach (1992) sui processi d'azione di clinici appartenenti a due scuole psicoterapeutiche (per dettagli si veda § 3.4), Wagner (1995) sottolinea quella che, a suo parere, fu la mancata occasione per approfondire, durante quel lavoro, il modo in cui la conoscenza terapeutica venga agita nel contesto della vita quotidiana (cfr. Wagner & Hayes, 2004). Il suggerimento, cioè, proponeva di sondare la gestione di conoscenze specialistiche non tanto (o non soltanto) nel contesto di applicazione clinica, quanto nell'ambito più indefinito della vita di tutti i giorni. La sua domanda è, in effetti, piuttosto semplice, ma sufficiente a destare curiosità nella misura in cui la letteratura scientifica sembra aver ignorato completamente tale questione: in che modo i clinici agiscono come “terapeuti di se stessi”? Con quale grado di approssimazione essi sono capaci di applicare un sapere tecnico alla loro vita privata? Come agiscono di fronte a eventuali richieste di aiuto da parte di conoscenti, amici o parenti?

Concentrandosi sulla psicoterapia come scienza spesso assimilata a trattamenti di matrice medico-sanitaria (Slife, 2004), buona parte degli studi svolti in questo ambito si focalizza sulle procedure formali degli interventi, relegando la figura del terapeuta al ruolo di mero esecutore. Tuttavia, come sarà approfondito anche nel capitolo successivo, il sapere psicologico ha la peculiarità di non mantenere un ambito di applicazione specifico, essendo plastici quei confini entro cui poter stabilire la pertinenza e la plausibilità di dette conoscenze. Detto altrimenti, non è stato ancora chiarito come le conoscenze specialistiche sulla psicoterapia possano interagire con conoscenze più diffuse di psicologia di senso comune, lasciando lo psicoterapeuta in un “vuoto conoscitivo” rispetto ai modi con cui gestire l'ambiguità che ne deriva.

##### 7.1.2 Obiettivi del quarto studio

Nella maggioranza dei casi, l'inventiva personale, la trasmissione e la condivisione di episodi tra colleghi, o l'enfaticizzazione di determinati temi del modello psicologico seguito, consentono al terapeuta di distinguere chiaramente tra due forme di conoscenza: quella quotidiana e quella clinica (von Cranach, 1995). Ad ogni modo, il presente studio intende mettere in luce come le teorie sul

cambiamento subiscano costantemente delle fluttuazioni argomentative qualora applicate a diversi contesti. Nello specifico, verranno confrontate le significazioni prodotte dai terapeuti durante i resoconti di casi clinici con altri riferiti a episodi personali di vita quotidiana. Ai terapeuti, infatti, è stato chiesto di produrre sia una narrazione centrata su un cambiamento vissuto (attraverso la risoluzione di una difficoltà psicologica personale) sia una narrazione virata sul cambiamento esperito da un conoscente che a loro si era rivolto. L'eterogeneità degli episodi evocati, come vedremo, consentirà di ricostruire dei sistemi di conoscenza differenti che, nei resoconti circoscrivibili al solo sé professionale, non sarebbero potuti emergere (Wagner & Hayes, 2004). Come sostiene Abric (1989, p. 217), infatti, “le persone non stanno in una situazione in modo neutro, né tanto meno univoco. Gli elementi del contesto veicolano una rappresentazione della situazione, un significato”.

## **7.2 Metodologia**

### **7.2.1 L'intervista episodica (3): contesti di indagine**

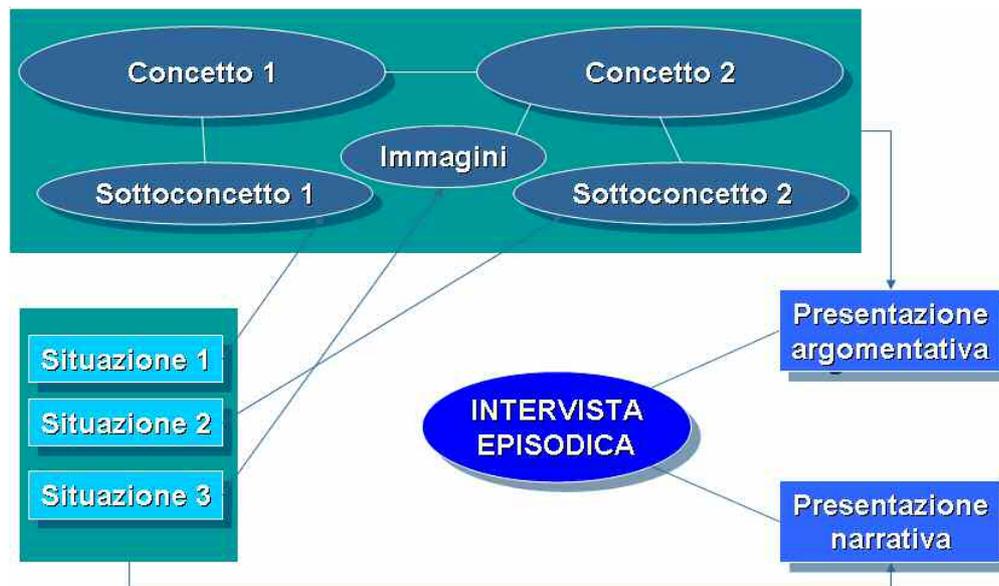
L'intervista episodica (Flick, 2000) parte dal presupposto che l'esperienza soggettiva sia contenuta e ricordata in forme di conoscenza episodico-narrativa e di conoscenza semantica. In questo senso, il protocollo di un'intervista episodica è simile ad un connubio tra l'intervista narrativa (Bruner, 1990) e l'intervista semi-strutturata. I principali referenti teorici che costituiscono l'ossatura di questo metodo sono la psicologia narrativa e la teoria della memoria episodica e semantica proposta da Tulving (1972). Per memoria episodica intendiamo qui l'insieme dei resoconti che configurano conoscenze contestualizzate in termini spazio-temporali, cioè riferite all'esperienza vissuta in prima persona dal partecipante. La conoscenza semantica, invece, emerge come forma narrativa vincolata a considerazioni più astratte, generalizzate e decontestualizzate, che la persona sfrutta come repertori argomentativi al fine di:

- giustificare una linea d'azione intrapresa o una posizione (teorica) sostenuta;
- stabilire delle interrelazioni tra differenti piani dell'esperienza, ad esempio, tra due episodi narrati, o tra un episodio e gli orizzonti teorico-epistemologici di riferimento;
- organizzare procedure d'azione abitualizzate sulla base del riconoscimento di similarità tra la situazione in corso e forme di rappresentazione prototipica.

Attraverso l'uso dell'intervista episodica si sono create le condizioni per indurre l'altro a raccontare dei frammenti di narrazione più brevi (rispetto alle richieste dell'intervista narrativa) ma maggiormente centrati sui temi sollecitati dalle domande specifiche di ricerca. Il principio base, infatti, è quello di combinare inviti a raccontare episodi “concreti” di esperienze vissute, con inviti a rispondere a domande di carattere più generale. A questo proposito, il protocollo prevedeva

domande volte ad evocare resoconti personali e domande volte invece a ricostruire la conoscenza dichiarativa che il partecipante può esprimere rispetto all'argomento di interesse. Nell'evocare situazioni concrete nelle quali l'intervistato ha avuto una certa esperienza, quindi, si desidera mettere in luce il contesto personale di vita quotidiana entro cui l'individuo genera, negozia e conferma i suoi significati. Ciascuna domanda, inoltre, doveva essere sufficientemente aperta da consentire al partecipante di selezionare gli episodi da raccontare e il tipo di presentazione (narrativa oppure argomentativa) che predilige. Per quanto strutturati siano i quesiti (nei termini di sollecitare una focalizzazione sui temi rilevanti per la ricerca), questi sono stati costruiti attraverso formule generali tali da consentire agli intervistati una flessibilità sufficiente ai fini di selezionare e raccontare gli episodi che loro stessi consideravano più pertinenti.

In Figura 10 viene presentato uno schema generale che mostra come l'intervista episodica consenta l'accesso a forme di conoscenza di tipo semantico ed episodico.



**Figura 10. "Schema dell'intervista episodica" (adattamento da Flick, 2000)**

Da un punto di vista meta-teorico, la possibilità di scindere queste due forme di conoscenza costituisce, più che la convalida di compartimenti separati di un'ipotetica memoria (costruita attraverso la metafora del contenitore), la possibilità di riconoscere resoconti che oscillano da un piano astratto-argomentativo ad uno episodico-narrativo. Questa distinzione rende saliente il modo in cui i sistemi di credenze degli individui possono organizzarsi e ri-organizzarsi in funzione di un orientamento situazionale (von Cranach & Ochsenein, 1995) che consente l'emergere di particolari rappresentazioni, circoscrivendo le dimensioni di significato accessibili all'individuo in un dato contesto e in un preciso momento. Le due forme di conoscenze sono infatti interrelate in modo complesso tra di loro: ad esempio, la situazione 1. costruita da determinati episodi può anche

implicare – a livello semantico – la condivisione di un concetto, il quale può essere nominato retoricamente quando il partecipante è invitato, nel corso della conversazione, a delucidare o giustificare dettagli del suo resoconto.

Nell'intervista vengono indagate le esperienze significative legate al cambiamento, sfruttando un repertorio di domande che pongono l'intervistato nella condizione di dover giustificare e avanzare ragioni rispetto ad uno scenario evocato, permettendogli quindi di collocarsi entro una rete di significati che conferisce sostanza all'oggetto indagato e articola, narrativamente, la rappresentazione che questo assume nell'esperienza di vita quotidiana e professionale. Viene quindi indagata la rilevanza del fenomeno all'interno dei diversi contesti, presupponendo che esistano delle sostanziali modificazioni qualora la "teoria sul cambiamento" venga applicata:

- a sé stessi;
- ad un conoscente;
- ad un cliente durante il corso della psicoterapia.

Di seguito vengono riportate le principali domande del protocollo di intervista riferite a questo aspetto specifico della ricerca:

- Può raccontarmi un episodio in cui un suo conoscente si è rivolto a lei, non in qualità di psicoterapeuta, per cambiare una situazione problematica?
  - Di cosa si trattava?
  - Da cosa dipendeva la difficoltà?
  - Cosa ha tentato di fare il suo conoscente per risolverla?
  - Lei cosa ha fatto per aiutarlo in questo suo tentativo?
- Più in generale, come pensa che possa accadere il cambiamento nella vita quotidiana?
- Parlando della sua esperienza, può raccontarmi un esempio di come le è capitato di cambiare una difficoltà personale che avvertiva come problematica? Quando e come è stato terapeuta di se stesso?
  - Di cosa si trattava?
  - Da cosa dipendeva la difficoltà?
  - Cosa ha tentato di fare per risolverla?
- Mi può raccontare se e come un suo cliente cambia in psicoterapia e come lei organizza la sua azione terapeutica? Mi può descrivere un caso tipico nella sua esperienza che possa rendermi chiara questa evoluzione?

La scelta di sondare differenti contesti di applicazione di una teoria sul cambiamento, come vedremo, ci consentirà di fare emergere delle disomogeneità semantiche con forti implicazioni per la costruzione del sapere psicoterapeutico. Per il momento, è sufficiente notare come la struttura

dell'intervista muova dal presupposto che la conoscenza rilevata (o rilevabile) sia sempre organizzata entro matrici di significato valide contestualmente, proprio perché generate e convalidate nell'interazione tra persone. Oltre a questo, è importante ricordare che i significati emersi durante l'intervista appartengono sempre e necessariamente al contesto della ricerca: l'interazione tra partecipanti e ricercatore è cioè fondante il processo di ricostruzione dei significati, rendendo di fatto accessibili quelle dimensioni che meglio corrispondono agli interessi di entrambe le parti. Se è vero che ogni resoconto d'azione ha sempre l'intenzione comunicativa come contesto di significato, allora rendere comuni gli obiettivi della ricerca costituisce una pre-condizione capace di orientare le reciproche intenzionalità (di intervistato e intervistatore) verso un mutuo interesse, il tutto entro un clima di collaborazione (Flick, 2006).

### **7.2.2 Implicazioni metodologiche**

Come già segnalato, il presente lavoro tenta di ricostruire i modi d'uso del linguaggio dei partecipanti riferiti al tema del cambiamento. Questa operazione, tuttavia, non appare come neutra, nel senso che, configurandosi come un atto conoscitivo vero e proprio, non può legittimamente limitarsi a descrivere un processo senza tenere in considerazione l'ovvia conseguenza di modificarlo (o di contribuire a generarlo) nell'atto stesso del conoscerlo (Gergen, 1999a.; Salvini, 1998). Queste consapevolezze, provenienti da tutte le principali fonti dell'epistemologia contemporanea, richiedono al ricercatore di collocarsi all'interno del processo di ricerca (o sarebbe meglio dire di "generazione") non più in una posizione neutra e distaccata, ma con un atteggiamento necessariamente coinvolto e responsabile, in quanto ogni sua operazione vincola il testo al modo d'uso stabilito dal (nuovo) gioco linguistico che è intrinseco alla costruzione della ricerca stessa (cfr. Nencini *et. al*, 2008). Fare ricerca qualitativa significa infatti inserire il testo dell'interlocutore all'interno di una struttura di intelligibilità alternativa, sviluppata dal ricercatore. L'atto stesso della raccolta del materiale, della selezione delle parti e del commento ad esse, rende imprescindibile una modalità interpretativa che opera nel processo di ricostruzione del testo, a fronte dell'intenzionalità di chi racconta, dei suoi scopi, dei suoi interessi e delle sue competenze. Considerazioni astratte, queste, dalle forti implicazioni pratiche. Infatti, l'assunto che il significato emerga sempre da una negoziazione, all'interno di un processo di interazione sociale, obbliga a tenere in considerazione non solo gli aspetti di contenuto, ad esempio di una proposizione, ma anche gli elementi processuali ad essa imbricati, ovverosia le condizioni entro cui questa può essere affermata, a partire da quali presupposizioni e, soprattutto, verso quale uditorio può essere diretta. A livello metodologico, questa indicazione ha richiesto un ampliamento delle consuete procedure di analisi del contenuto, nella misura in cui, una volta ricostruita una dimensione di significato, questa

poteva essere oggetto di ulteriori differenziazioni sulla base dell'uso retorico e concettuale che ne veniva fatto. In particolare, si è tenuto conto:

1. del modo d'uso del termine identificato in riferimento ai giochi linguistici suggeriti dalla teoria dell'azione diretta a scopo. Cioè si è sovra-scritto un sistema di interpretazione al testo che rendesse le locuzioni dei terapeuti intelligibili nei termini di uno schema mezzifini. In questo senso, si è tentato di catalogare ogni affermazione a seconda che questa corrispondesse a una formulazione di strategie, a una definizione di obiettivi, a una valutazione del cambiamento, ecc.;
2. del contesto di applicazione, distinguendo tra significati emergenti da teorie sul cambiamento rivolte al sé, all'altro, al cliente, o agli individui più in generale;
3. delle concordanze entro le quali le parole si organizzano nei testi, per cui a fronte di etichette linguistiche comuni, il significato poteva mutare a seconda del contesto (teorico o discorsivo) in cui queste venivano inserite.

Somiglianze e differenze che verranno tracciate tra i sistemi di credenze dei diversi gruppi non sono quindi solo nominalistiche, cioè da intendersi come indicatori dell'uso di precisi vocabolari, ma anche e soprattutto sancite sulla base dell'uso di logiche differenti nel sostenere la struttura delle argomentazioni che vengono espresse. Difatti queste possono specificare significati diversi per termini comuni e configurare dimensioni di significato simili nonostante l'uso di parole diverse. Ad esempio, il termine "inconscio", usato indistintamente da terapeuti di diversa affiliazione teorica, lascia presumere solo una falsa concordanza di vedute, in quanto può assumere (e di fatto assume), nel contesto del dialogo, accezioni differenti dipendenti dalle teorie di riferimento e dall'intero sistema di credenze del terapeuta.

### **7.2.3 Criteri di analisi**

I testi prodotti in relazione alle tre situazioni evocate (aiuto-conoscente, auto-terapia, caso-clinico) sono stati sottoposti ad un'analisi lessicale attraverso l'uso del software Spad. In particolare, grazie alla procedura Vospec, si è provveduto ad isolare dei vocabolari specifici in funzione del contesto di applicazione della teoria del cambiamento<sup>34</sup>. Inoltre è stata condotta un'analisi tematica con il software Nud.Ist, codificando le significazioni principali riferite alla rappresentazione del problema e ai passi ritenuti necessari per giungere ad una sua risoluzione contestuale. Attraverso questa analisi puramente qualitativa si è anche tentato di decifrare quelle produzioni discorsive usate dal terapeuta per legittimarsi o, all'opposto, trattenersi dall'applicare parte delle sue conoscenze specialistiche in contesti estranei a quello clinico. In questo senso, la descrizione dei risultati che

---

<sup>34</sup> Per i dettagli metodologici sull'utilizzo di questa procedura, si veda § 4.3.4.

seguirà è da intendersi come un'integrazione concettuale al capitolo VII sulle "strutture di conoscenza" dei terapeuti, essendo in parte centrata su quelle argomentazioni che, catalogate come rappresentazioni sociali individuali, regolano le relazioni possibili tra diversi sistemi rappresentazionali.

## 7.4 Risultati del quarto studio

Di seguito vengono presentate le tabelle relative alle analisi Vospec che individuano l'uso di vocabolari specifici da parte del terapeuta in funzione dei tre episodi evocati durante l'intervista. A queste verranno aggiunte tabelle di frequenza ottenute dalle procedure Matrix e Vector del Nud.Ist grazie alle quali è possibile registrare le co-occorrenze di più codici all'interno dei testi. Il commento ai risultati sarà inoltre arricchito da estratti rappresentativi individuati durante l'analisi tematica con il Nud.Ist.

### 7.4.1 La costruzione del problema psicologico

#### 7.4.1.1 Normalizzazioni ed eufemismi

La maggior parte degli episodi evocati dai terapeuti nel parlare di una situazione critica vissuta da qualche conoscente fa riferimento per lo più a richieste (di aiuto) di amici o parenti (Tabella 16).

Characteristic words or segments	Internal frequency	Global frequency	Test-Value	Probability
fantasia	6	7	3,724	0,000
problema-famigliare	5	6	3,274	0,001
crisi	8	15	3,117	0,001
coniugale	3	3	2,650	0,004

**Tabella 16. "Vocabolario specifico (Vospec): dalle narrazioni di descrizione del problema circoscritte all'episodio conoscenti"**

In queste circostanze, il problema psicologico viene rappresentato preferibilmente in termini "relazionali" o attraverso l'uso di vocaboli generici come quello di "crisi", "nervoso", "stress" ecc. (Tabella 17). Interessante è anche il modo in cui, a fronte di situazioni simili dal punto di vista della problematica riscontrata, vengano in questo caso preferite definizioni meno specialistiche. Ad esempio, il costrutto di "fobia" spesso citato nelle narrazioni sui casi clinici viene qui tradotto con l'espressione più generale (ma anche più normalizzata) di "paura".

	paure	situazione	relazionale	incompetenza	sofferenza
<b>Conoscente</b>	4	3	39	2	2
	<b>crisi</b>	<b>nervoso</b>	<b>genitorialità</b>	<b>scolastici</b>	<b>stress</b>
	7	3	9	6	1

**Tabella 17. “Analisi del contenuto: rappresentazione del problema circoscritta al racconto dell’episodio centrato sul conoscente (Vector Altri x Configurazione problema)”**

Rispetto ai resoconti sui clienti (Tabella 18), si può subito notare come il lessico medico e psicopatologico venga abbandonato quasi definitivamente, favorendo una descrizione degli attori coinvolti nella situazione come soggetti attivi, intenzionali e relazionali.

Characteristic words or segments	Internal frequency	Global frequency	Test-Value	Probability
attacchi-di-panico	52	55	5,489	0,000
pensieri	40	41	5,271	0,000
sintomo	60	69	4,496	0,000
paziente	90	113	3,985	0,000
fobia	21	21	3,944	0,000
ansia	50	60	3,488	0,000
depressione	27	30	3,238	0,001
figure-genitoriali	57	72	3,033	0,001

**Tabella 18. “Vocabolario specifico (Vospec): dalle narrazioni di descrizione del problema circoscritte all’episodio caso clinico”**

Questo dato può essere spiegato non solo appellandosi ad una “minore gravità” dei casi nominati (che in qualche misura non richiedevano un’attenzione specificatamente “clinica”) ma anche in ragione di un diverso atteggiamento conoscitivo che i terapeuti assumevano nella situazione esposta. Infatti, anche nei casi descritti come decisamente problematici, i terapeuti optano per una rappresentazione del problema identificandolo meno con la struttura interna degli individui. Questo viene piuttosto ancorato a valutazioni contingenti circa le relazioni in gioco (tra più individui) e le situazioni quotidiane che questi si trovano a gestire. Di seguito viene riportato l’estratto di una terapeuta psicodinamica come esemplificazione.

Lei avrebbe dovuto modificare il suo ruolo all’interno della famiglia... lei nella famiglia ha il ruolo di risolvere tutti i problemi, di mettere in sintonia i genitori rispetto alle loro divergenze, e quello che dovrebbe fare è capire che questo ruolo la stanca, non è un ruolo adeguato all’interno della famiglia, lei è figlia, e può prendersi cura di alcuni aspetti della stanchezza del padre o della madre, ma l’importante è che non entri nel merito della relazione coniugale... La mia amica non dovrebbe sentirsi sovraccaricata... quando in realtà

la responsabilità del cambiamento della relazione coniugale sta al padre ed alla madre.

[Int07, 19-23, F, 35 anni, 7 attività clinica, psicodinamica]

#### 7.4.1.2 L'eccezione alla 'teoria'

Le narrazioni centrate su episodi personali meritano invece un discorso a parte, nella misura in cui il processo che porta a configurare la problematica da parte dei terapeuti, assume caratteristiche del tutto peculiari in funzione dell'orientamento seguito. Come riportato in tabella 19, un'indicazione più generale sulle risposte dei partecipanti ci porta comunque a decifrare la rappresentazione del problema nei termini di una "difficoltà" esperita nel "quotidiano", molte volte circoscritta alla "situazione" o a dinamiche implicite al "rapporto" tra persone. Il disagio psicologico, quindi, non è imputabile alla singolarità dell'individuo ma può emergere sempre come "vissuto" (cioè come esperienza) all'interno di un'"interazione". L'analogia tra problematica e malattia viene qui definitivamente sovvertita in ragione di un costante tentativo di normalizzazione da parte dei terapeuti e di un atteggiamento fatalista che accetta le "difficoltà" come parte imprescindibile della "vita" stessa.

Characteristic words or segments	Internal frequency	Global frequency	Test-Value	Probability
vita	42	100	4,303	0,000
quotidiano	22	45	3,776	0,000
situazione	62	181	3,607	0,000
rapporto	7	8	3,571	0,000
difficoltà	31	77	3,426	0,000
aggressiva	5	5	3,261	0,001
vissuto	15	32	2,902	0,002
interazione	6	8	2,838	0,002
impulsività	6	8	2,838	0,002
contraddizione	4	4	2,809	0,002

**Tabella 19. "Vocabolario specifico (Vospec): narrazioni di descrizione del problema circoscritte all'episodio personale (auto-terapia)"**

Prendendo in considerazione i risultati dell'analisi tematica svolta con il NudIst (Tabella 20) emerge, infatti, una costruzione pressoché comune ai quattro gruppi che definisce il disagio psicologico essenzialmente come un "problema relazionale".

Gruppi	problema relazionale	paure	controllo	difficoltà-situazione problematica	manca senso	rabbia
cognitivo	7	1	7	1	0	0
psicodinamico	5	0	4	0	0	11
sistemico	9	5	0	8	0	1
costruttivista	11	2	0	0	8	0
Gruppi	Incompetenza	indecisione-eccesso riflessione	sofferenza-dolore	Impulsività	ansia	
cognitivo	10	0	0	0	4	
psicodinamico	0	2	1	4	2	
sistemico	1	1	6	0	1	
costruttivista	0	0	2	2	0	

**Tabella 20. “Analisi del contenuto: rappresentazione del problema circoscritta al racconto dell’episodio personale (Matrix Terapeuta x Configurazione problema x Gruppi)”**

Per quanto riguarda le specificità dei singoli gruppi (soprattutto nelle risposte fornite per giustificare il persistere della problematica), sembra plausibile ritenere che i terapeuti ritaglino per sé stessi delle rappresentazioni della difficoltà la cui matrice generativa può essere considerata come “l’eccezione alla teoria” che essi praticano. Il problema evocato, cioè, è spesso speculare rispetto ai criteri normativi in funzione dei quali intervengono, solitamente, nell’attività clinica e per questo consente di sperimentare frequentemente dei vissuti di “contraddizione”.

Penso che gli altri pensano che sia di più di quanto in realtà è, c’è una parte positiva e una negativa in quello che sto dicendo, nel senso che lo psicoterapeuta dovrebbe essere bravissimo con se stesso e invece non è così.

[Int27, 113, F, 44 anni, 9 attività clinica, cognitivista]

Ecco delle letture di tipo psicologico riesco anche a farle, ma il tema è che in quel momento lì se sei arrabbiato con tuo marito ce la fai tanto, magari a posteriori puoi vederle, non se è questo, sì, riesci a vederle ecco, che poi si riesca ad agire di conseguenza è tutto un'altra storia..

[Int34, 24-25, F, 48 anni, 20 attività clinica, sistemica]

Sia detto per inciso, la teoria che provoca il sintomo è la stessa che suggerisce la cura. Così, ad esempio, i terapeuti cognitivo-comportamentali che costruiscono il processo di cambiamento come una forma di apprendimento costante di abilità, tendono a parlare dei loro problemi nei termini di “incompetenze” (cfr. § 6.4.1.1) o dell’impossibilità di esercitare un controllo razionale sulla situazione. Inoltre, mentre il modello cognitivo lavora principalmente sui pensieri disfunzionali tentando di incrementare le strutture razionali dei clienti, la quasi totalità dei terapeuti cognitivisti

ammette, nel definire le proprie difficoltà personali, che tutto sommato *sapere non basta*. Come raccontano alcuni psicoterapeuti:

Questo te lo dico perché in realtà nel momento in cui ho vissuto situazioni problematiche per me, pur avendo un bagaglio culturale, didattico, conoscenze, mi trovavo in impasse, perché l'aspetto emotivo comunque ti blocca. Per esempio, in termini lavorativi, mi sono trovata in situazioni di voler cambiare la mia situazione e non sapere come fare. Cioè sapevo come fare dal punto di vista formale e teorico, eppure non riuscivo a farlo dal punto di vista diciamo pratico. Ed è stata veramente difficile questa situazione.

[Int10, 19-21, F, 33 anni, 7 attività clinica, cognitivista]

Ho fatto una settimana bestiale e ho capito molto di più i miei pazienti perché a volte gli chiediamo di fare delle cose che per noi sono scontate, ma non possiamo cogliere fino in fondo quanto è difficile quello che chiediamo a loro di fare. E questo è stato anche importante a livello terapeutico nel senso che sono molto più sensibile da questa esperienza a capire a volte quando un paziente fa fatica a fare certe cose... Capisci magari il meccanismo, però l'applicazione è un altro discorso.

[Int27, 22-23, F, 44 anni, 9 attività clinica, cognitivista]

Io mi rendo conto di una cosa, rispetto al cambiamento clinico: mi è molto difficile mettere in pratica quello che dico ai miei pazienti. Quello che invece attribuisco alla mia attività clinica è l'osservare che tendo a utilizzare gli strumenti anche nella mia vita personale e che mi è molto difficile applicarli, questo mi rende sicuramente più facile capire le difficoltà delle persone che mi stanno davanti. Trovo difficile applicarli perché il comportamento istintuale è molto più semplice da mettere in pratica. Questa è una delle altre difficoltà... cioè i comportamenti abituali vengono emessi in pratica in maniera automatica...

[Int29, 181/185-187, F, 35 anni, 6 attività clinica, cognitivista]

Allo stesso modo, i terapeuti di orientamento psicodinamico configurano le difficoltà personali nei termini di un'impossibilità a controllare i moti passionali e gli affetti più in generale (connotandoli come sentimenti di "rabbia", "impulsività", ecc.) a fronte di strategie di cambiamento spesso centrate sul contenimento emotivo. Anche qui viene dunque riconosciuto uno iato tra teoria e pratica, soprattutto nei resoconti dove vengono segnalate le difficoltà a gestire le emozioni (o ansia, angoscia) al di fuori del setting clinico. Queste possono essere configurate come difficoltà a distinguere tra pensieri ed emozioni, oppure dovute al *non saper vivere di pancia* gli avvenimenti

della vita. Anche i terapeuti di altro orientamento ma di formazione eclettica o con una terapia personale di tipo analitico, presentano questo genere di narrazione.

Così io mi sono ritrovata a dover costruire una capacità di gestire della rabbia, che è un mio vissuto, ma che non coincide con tutto quello che io ho a disposizione...

[Int07, 29, F, 35 anni, 7 attività clinica, psicodinamica]

Poi questi aspetti ce li hai anche nella vita privata, nella vita privata, mettere in atto... Io ho una figlia... per cui so tante cose a livello teorico, ma a metterle in pratica col cavolo che ci riesci a volte, no?! La gestione della rabbia, tante volte, "oh sarebbe meglio che in queste situazioni facessi così", poi quando sei lì fai altro. Poi ci ragioni e dici che "sarebbe stato meglio", ma ci sono delle situazioni nella vita e soprattutto nella relazione con gli altri, ma anche nel rapporto di coppia insomma che, secondo me, è anche abbastanza mostruoso metterle in atto perché nella relazione quotidiana sono io, non sono la terapeuta. Poi nella terapia hai un contenitore diverso, però là sei tu umanamente con i tuoi limiti, con i tuoi difetti, certamente con le tue risorse e ti metti completamente alla prova, soprattutto, come per me adesso, quando hai un figlio.

[Int25, 53-59, F, 44 anni, 16 attività clinica, psicodinamica]

Perché interviene la maturità emotiva nostra che ci permette o meno di attuare quello che magari a livello razionale riusciamo a capire. O comunque, non so appunto, comunque abbiamo una modalità di affrontare la vita, insomma con tutte le nostre difese, con tutte le nostre dinamiche intrapsichiche che poi riproduciamo anche per esempio in terapia piuttosto che nel lavoro clinico, ecco lì però siamo un pochino più tecnici per cui questo ci aiuta a gestirle, nella vita quotidiana non puoi.

[Int34, 27-29, F, 48 anni, 20 attività clinica, sistemica, formazione eclettica]

Inoltre, come per il gruppo dei cognitivisti, vengono descritte situazioni in cui lo stesso rimedio proposto in terapia risulta insufficiente o, addirittura, una fonte stessa di problematicità. Ad esempio, la strategia dell' "introspezione" e della "riflessione" può essere vissuta, come nell'estratto riportato sotto, alla stregua di un problema da risolvere legato ad un eccesso di indecisione e al continuo procrastinare.

Mah... so che sono una dai tempi lunghi, insomma, poi quando prendo la decisione, anche perché sono decisioni che non riguardano solo me stessa ma che riguardano altre persone, ci penso molto... Ed è snervante!

[Int25, 22, F, 44 anni, 16 attività clinica, psicodinamica]

A livello della rappresentazione del problema, il gruppo dei terapeuti costruttivisti identifica come processo di strutturazione la “mancanza di un’alternativa”. Obiettivo della psicoterapia dei costrutti personali (Kelly, 1955), infatti, è quello di fornire al cliente un’alternativa di pensiero, ma nei resoconti personali l’idea stessa dell’avere o meno una scelta a disposizione viene letteralizzata (Salvini, 1998), diventando parte delle giustificazioni che i terapeuti utilizzano per non agire il cambiamento che vorrebbero. Allo stesso modo, l’enfasi posta sul tema del significato personale finisce col configurare, nei resoconti personali, il rischio continuo di una “perdita di senso” dell’esperienza.

Comunque diventa difficile, anche se hai indubbiamente la capacità di cogliere degli aspetti che possono essere problematici, poi non è sempre così, poi non è sempre così immediato trovare un’alternativa, nel mio piccolo cerco di farlo quotidianamente... ma spesso non ci riesco.

[Int38, 15, F, 41 anni, 10 attività clinica, costruttivista]

Un esempio banalissimo: nei momenti in cui mi sento stretta, senza una possibilità di alternativa, qualcosa che si apre, un sentirmi statica, mi piace rivedermi, mi prescrivono film del tipo "sliding doors", in cui ci sono le due storie che si biforcano a seconda delle scelte... però appunto non sempre c'è la possibilità di avere un'alternativa valida, e si rimane così, si sta male in modo diverso...

[Int09, 17/24, F, 45 anni, 19 attività clinica, costruttivista]

La teoria sul cambiamento del gruppo dei terapeuti sistemici, quando è rivolta a loro stessi, implica un *sentimento di costrizione* connesso alla specifica situazione di vita. Il problema cioè non è tanto visto come rappreso nel sistema di cui il terapeuta fa parte, ma principalmente proiettato sulle *modalità sbagliate* che gli altri hanno di agire nei suoi confronti. Anche qui, le cause della difficoltà vengono descritte reificando quei costrutti che il terapeuta è solito utilizzare nel corso della psicoterapia, come ad esempio, l’idea di “contesto”, di “aspettativa” o quella di “comunicazione”.

Io però in questa mia sofferenza non sono da sola, io non è che stia male così perché vivo sottovuoto spinto, c’è un qualche cosa che mi fa stare male in quest’ambito, io non è che sto male dovunque, sto male in quest’ambito, nel

quale non sono da sola, quindi... Era una difficoltà di comunicazione e di aspettative, perché io mi ero resa conto, anche con il lavoro personale su di me, che analizzando quelle che erano le aspettative dell'altra persona, e quello che avevo sempre espresso, che non era neanche un misunderstanding, era proprio un "non mi hai ascoltato!", "mi hai sentito come voce, come onda sonora, ma non mi hai ascoltato", quindi c'è proprio una difficoltà di comunicazione, neanche di interpretazione, "non mi sei stato a sentire".

[Int23, 49/53-54, F, 34 anni, 5 attività clinica, sistemica]

Finché mi sento costretta da una situazione, impossibilitata al cambiamento, soprattutto se attribuisco a fattori esterni, non si muove niente.

[Int32, 20, F, 52 anni, 25 attività clinica, sistemica]

## **7.4.2 La costruzione delle strategie terapeutiche**

Per quanto riguarda la costruzione delle strategie di intervento è facile notare come la teoria sul cambiamento subisca delle fluttuazioni notevoli qualora applicata in un contesto di vita quotidiana anziché durante una seduta di psicoterapia. Questo sembra essere valido sia che il terapeuta tenti di pianificare azioni utili a conseguire un cambiamento personale, sia nel caso in cui il terapeuta decida di coadiuvare una richiesta di cambiamento da parte di un suo conoscente.

### **7.4.2.1 L'opzione dei consigli**

Nell'analisi dei resoconti d'azione circoscritti all'episodio in cui si *offre un aiuto* ad un conoscente, sembra che le strategie conoscitive utilizzate dai partecipanti durante il loro lavoro di psicoterapeuti (ad esempio, perseguire una corretta diagnosi per raggiungere un'adeguata comprensione del caso clinico nei termini della teoria di riferimento), siano sostituite da strategie più prossime alle logiche di intervento del senso comune<sup>35</sup> (Tabella 21).

---

<sup>35</sup> Questa considerazione si appoggia alla similarità riscontrata tra le logiche di intervento sostenute, in questi casi, dai terapeuti e le azioni pianificate dagli studenti del primo anno di università. Si assume, infatti, che questi partecipanti (ancora privi di una formazione specialistica) siano guidati prevalentemente da teorie ingenuie sul cambiamento, piuttosto che da conoscenze mutate dai modelli formali di psicoterapia (cfr. cap. IV).

Gruppi	ragionamento- confronto	ascolto attivo	invio	consigliare- dare info
<b>cognitivo</b>	3	1	1	9
<b>psicodinamico</b>	2	11	1	11
<b>sistemico</b>	1	0	10	6
<b>costruttivista</b>	0	3	5	2
	<b>coinvolgere altri</b>	<b>disponibilità</b>	<b>riflessione</b>	<b>rassicurare</b>
<b>cognitivo</b>	0	1	0	0
<b>psicodinamico</b>	0	0	4	7
<b>sistemico</b>	4	1	3	1
<b>costruttivista</b>	0	0	0	5

Tabella 21. “Analisi del contenuto: l’azione terapeutica circoscritta al racconto dell’episodio centrato sul conoscente (Matrix Conoscente x Strategie x Gruppi)”

Queste, perlopiù, si rifanno:

- Ad un generico “prestare ascolto”o alla possibilità di “parlare” e condividere esperienze. Entrambe queste soluzioni sembrano implicare, piuttosto che una costruzione del cambiamento nei termini di “catarsi” (come per il gruppo degli studenti del primo anno), una rinuncia agli obiettivi del cambiamento in favore di un’ottica dell’accettazione e della rassicurazione reciproca.
- Alla possibilità di “offrire consigli” e “produrre ragionamenti”. Queste soluzioni presuppongono sia una definizione del problema nei termini di una mancanza di informazione, sia una visione del processo di cambiamento come accumulo di dati e apprendimenti.

Characteristic words or segments	Internal frequency	Global frequency	Test-Value	Probability
consiglio	16	19	6,364	0,000
collega	13	19	4,921	0,000
psicologo	15	25	4,830	0,000
dire	113	468	4,594	0,000
telefonare	5	5	3,714	0,000
parlare	29	95	3,462	0,000
consigliato	6	8	3,399	0,000
ruolo	14	35	3,267	0,001
separare	14	36	3,171	0,001
richiesta	9	18	3,157	0,001
giusto	9	18	3,157	0,001
disponibile	5	7	2,946	0,002
ascoltare	8	17	2,800	0,003

Tabella 22. “Vocabolario specifico (Vospec): narrazioni sull’azione terapeutica circoscritte all’episodio sul conoscente”

Characteristic words or segments	Internal frequency	Global frequency	Test-Value	Probability
alleanza	18	19	3,002	0,001
diagnosticare	12	12	2,740	0,003
lavorare	82	110	2,732	0,003
concreto	16	17	2,729	0,003
percorso	27	32	2,576	0,005
colloquio	21	24	2,531	0,006
costruire	41	52	2,476	0,007
biologico	14	15	2,435	0,007
cognitivo	14	15	2,435	0,007

**Tabella 23. “Vocabolario specifico (Vospec): narrazioni sull’azione terapeutica circoscritte all’episodio sul caso clinico”**

Dal confronto con l’applicazione della teoria sul cambiamento al cliente (Tabella 22 e 23) emerge immediatamente come nell’agire quotidiano vengano abbandonati i processi conoscitivi orientati alla classificazione diagnostica, limitando l’eterogeneità degli interventi possibili a disposizione del terapeuta. Le strategie utilizzate nella vita quotidiana, indipendentemente dal gruppo che le esegue, sono infatti permeate da una prospettiva genericamente razionalistica e realistica, che coadiuva tentativi di vagliare le difficoltà dell’altro alla luce di una realtà oggettiva presa come punto di riferimento. Come nell’esempio che segue, anche terapeuti affiliati ad una epistemologia costruttivista non sembrano essere esenti dal replicare questo genere di discorso.

Io alla fine le ho dato la mia opinione, ossia che forse il problema reale era proprio che lei non si era innamorata di un’altra persona, lui si, ed era questo che non riusciva a mandare giù...

[Int16, 22, F, 35 anni, 7 attività clinica, costruttivista]

Characteristic words or segments	Internal frequency	Global frequency	Test-Value	Probability
analisi	23	35	5,332	0,000
cambiare	52	129	4,505	0,000
supervisore	7	7	4,033	0,000
creative	9	11	3,899	0,000
formazione	6	6	3,665	0,000
ironia	6	6	3,665	0,000
cambiamento-relazionale	4	4	2,809	0,002
cambiamento-improvviso	4	4	2,809	0,002
scambio	5	6	2,781	0,003
imparare	13	27	2,777	0,003

**Tabella 24. “Vocabolario specifico (Vospec): narrazioni sull’azione terapeutica circoscritte all’episodio personale”**

#### **7.4.2.2 Formazione e terapia vs. creatività e vita quotidiana**

In riferimento a se stessi (Tabella 24) i terapeuti indicano come strategie di cambiamento modalità più istituzionalizzate come l'“analisi” (intesa come esperienza di terapia personale), la “supervisione” e la “formazione”:

Eh mi piacerebbe! Mi piacerebbe molto, difatti è molto più facile utilizzarla per gli altri che non per se stessi e per questo una gran parte degli psicologi va in terapia, proprio perché c'è bisogno di uno sguardo altro, c'è bisogno dell'occhio dell'altro per vedere le cose...

[Int34, 18-19, F, 48 anni, 20 attività clinica, sistemica]

Oppure elencano opzioni terapeutiche decisamente più “creative” (e quindi meno ortodosse) come l'uso dell'“ironia”:

Mi viene in mente un atteggiamento generale che mi consente di uscire dalle situazioni scomode... ed è l'ironia, questo qualche volta mi consente di uscire da situazioni di impasse, l'autoironia sarebbe il massimo, ma certe volte mi fermo all'ironia, e qualche volta scado proprio nel sarcasmo...

[Int33, 33-34, M, 35 anni, 6 attività clinica, sistemica]

E' da notare inoltre come, parlando di sé, i terapeuti costruiscano una versione del cambiamento più possibilista, ancorata alle relazioni e meno vincolata a criteri di ordine sequenziale. Il cambiamento, infatti, indipendentemente dall'affiliazione teorica dei terapeuti, converge nel definirsi come una fenomenologia “quotidiana”, “improvvisa”, giocata e replicata all'interno del campo “relazionale” entro cui la persona è inserita. Questo, di per sé, costituisce un avvistamento delle teorie sul cambiamento che, lungo un ipotetico asse dimensionale individuo/relazione, si spostano da una polarità all'altra in funzione del contesto di applicazione, configurando una prospettiva prevalentemente individualista nell'ambito clinico e una prospettiva relazionale nel territorio più esteso della vita quotidiana.

#### **7.4.3 Rappresentazioni sociali individuali: interconnessioni tra sistemi**

Affrontando ora il tema delle strutture di conoscenza dei terapeuti segnaliamo di seguito le principali configurazioni retoriche che consentono di ordinare schemi conoscitivi antitetici, nonostante questi siano orientati, come in questo caso, a perseguire il medesimo obiettivo del cambiamento. A livello del sistema rappresentazionale, cioè, verrà presentato il contenuto di quelle forme idiosincratiche di sapere che consentono di mantenere una coerenza argomentativa (e

concettuale) a fronte di azioni operative che implicano una contraddizione. Questo è, in effetti, ciò che avviene quando si confrontano le teorie sul cambiamento dei terapeuti rivolte al mondo della vita quotidiana con quelle specifiche utilizzate nel contesto di attività clinica. Detto altrimenti, le rappresentazioni sociali individuali emergono come processi di razionalizzazione che, sfruttando un repertorio di argomenti socialmente accreditati, consentono il passaggio da una rappresentazione sociale all'altra costruendo, in questo caso, rappresentazioni incommensurabili del fenomeno del cambiamento (von Cranach, 1992). Le principali argomentazioni che consentono di sconnettere la conoscenza tecnico/specialistica del clinico dal suo sapere quotidiano sono state ricondotte a cinque tematiche sovraordinate:

- Rispetto dell'altro. La non applicazione delle conoscenze terapeutiche nel contesto di vita quotidiana si configura come una scelta consapevole (e quindi non come una necessità, o un'impossibilità) maturata per favorire relazioni amicali. Queste, infatti, risulterebbero falsate nel caso in cui l'atteggiamento professionale sostituisse la complicità "spontanea" che si origina nei rapporti paritari tra conoscenti. Sono soprattutto i terapeuti di mezza età con una consolidata attività clinica a ritenere che l'uso della conoscenza terapeutica nell'ambito della vita quotidiana sia discutibile essenzialmente per una questione etica e morale.

Oppure la persona ti chiama e tu sai cosa dovresti fare, cosa dovresti dire, non è in grado di riceverlo e semplicemente dai la disponibilità su un qualcosa che è abbastanza largo ma non più di tanto, perché tu sei una persona e non sei una terapeuta che si muove e devi tenere presente che se vuoi dire qualcosa in più è necessario che l'altro lo voglia, altrimenti sei un violento e non ne hai il diritto.

[Int26, 33-34, M, 55 anni, 27 attività clinica, cognitivista, pubblico-privato, formazione pluralista, no terapia]

Poi ci ragioni e dici che "sarebbe stato meglio", ma ci sono delle situazioni nella vita e soprattutto nella relazione con gli altri, ma anche nel rapporto di coppia insomma che, secondo me, è anche abbastanza mostruoso metterle in atto perché nella relazione quotidiana sono io, non sono la terapeuta.

[Int25, 57-59, F, 44 anni, 16 attività clinica, psicodinamica, pubblico-privato, formazione pluralista, terapia personale]

La risposta comunque è che sostanzialmente li ho sempre rinviati a qualche collega perché potessero comunque, se era necessario che avessero un aiuto un po' importante, un po' specifico, altrimenti è difficile dare consigli anche

agli amici, o comunque mi sono sentita sempre un pochino più amica che non terapeuta o psicologa, poi il confine è difficile porlo, però non posso fare la psicologa con degli amici...

[Int34, 12-13, F, 48 anni, 20 attività clinica, sistemica, pubblico, formazione pluralista, terapia personale altra]

Questo ha a che fare con la mia evoluzione, nel senso che all'inizio della mia carriera mi lasciavo intrappolare da queste situazioni, pensavo di fare... boh, io faccio la psicologa, mi immaginavo che l'altro si aspettasse che lo facessi... Adesso come adesso invece, se penso che la situazione sia difficile e sofferente lo invio ad un collega, spiegandogli perché trovo utile che ci vada e che non ha senso fare qualcosa insieme, questo se è un conoscente, se è un'amica, una persona cara, ci sto insieme come amica, gli sto vicina e basta.

[Int18, 9-12, F, 43 anni, 15 attività clinica, costruttivista, privato, formazione ortodossa, no terapia]

- **Mantenimento delle relazioni.** Questa narrativa è strettamente imbricata alla precedente con una sfumatura diversa: qui la scelta di non utilizzare strategie suggerite dalla teoria di riferimento è dovuta ad una specifica analisi della domanda, che non coglie nella richiesta dell'altro un'intenzione di cambiamento. Rispondere seguendo i criteri di una teoria professionale equivarrebbe, quindi, a mettere a repentaglio la relazione stessa, nella misura in cui le azioni terapeutiche violerebbero, in modo eccessivo, le aspettative contestuali del richiedente.

Però è estremamente difficile agire, io normalmente cerco, si ascolto ecc. però normalmente dietro a questa domanda amicale c'è anche una resistenza da parte delle persone. Cioè che vogliono sentirsi dire quello che vogliono, e infatti non accettano un discorso terapeutico, vengono dall'amica, purché terapeuta e dice "tu che sei terapeuta, dimmi cosa devo fare in questa cosa", però già mi guardano e "dì che quello che sto facendo è giusto", non hanno nessuna voglia di cambiamento. Mentre una terapia teoricamente ti deve cambiare... Quando il problema è di una certa serietà gli dico, se vuoi ti prenoto un'ora ecc. perché c'è un setting da rispettare dove all'interno del setting posso dire la verità, posso muovermi in una certa maniera, mentre fuori rischi di bruciarti le amicizie, perché se tu non gli dici quello che vogliono sentirsi dire non quello che devono sentirsi dire, possibilmente poi... e poi comunque non è controllabile un discorso esterno, per cui fai l'amico "si va beh, ok ma dimmi...", "no guarda proprio", sì magari lo fai riflettere, gli dici che avrebbe bisogno ma non venire da me, vai da qualcun altro. Bisogna capire il tipo di domanda che ti fanno, normalmente è una domanda che è finalizzata ad uno scopo

"dimmi che ho ragione" e quindi non è terapeutico il discorso. Allora come amico magari nicchi... tergiversi, però devi anche fargli capire che se vuoi la soluzione di un problema devi prenderlo a 360° possibilmente in un setting terapeutico.

[Int12, 10-12/14-21, F, 56 anni, 22 attività clinica, psicodinamica, privato, formazione pluralista, terapia personale]

Perché se sono tua amica ti sto vicino, cerco di sostenerti, di stare dalla tua parte pienamente, non so, se faccio la psicologa devo stare dalla tua parte, però c'è anche l'altro, che sia il marito, che sia il figlio, devo stare forse più dalla parte degli altri, con gli amici è difficile poter, o comunque ho sempre ritenuto che non fossero compatibili questi due...

[Int34, 15-16, F, 48 anni, 20 attività clinica, sistemica, pubblico, formazione pluralista, terapia personale altra]

No, perché, le vedo come due cose distinte, nel senso che la persona in quanto conoscente, amico mi chiede un consiglio in realtà me lo sta chiedendo come professionista, quindi cerco di capire se quello che vogliono è una consulenza professionale e allora, vuol dire, mando... in alcuni casi posso pensare che potrei fargliela anch'io, chiaramente lì dipende dal tipo di relazione con quella persona, al rapporto che c'è, come magari posso pensare di rimandarlo a un mio collega; oppure se invece quello che mi sta chiedendo è un confronto, un consiglio, diciamo, non da figura professionale, quello è diverso. Quindi diciamo che come prima cosa cerco di capire se la persona... È diventata poi una terapia mentre tante altre volte capita che magari le persone ti chiedono un consiglio ma in realtà non vogliono sentirsi parlare da psicologi e nemmeno vogliono il consiglio di uno psicologo.

[Int37, 11-13/17, F, 42 anni, 19 attività clinica, costruttivista, pubblico-privato, formazione ortodossa, no terapia]

- **Strategica.** La scelta di non intervenire attraverso un "canovaccio da psicologo" si configura essenzialmente come una questione pragmatica. L'obiettivo terapeutico, cioè, può essere perseguito anche scegliendo la neutralità e la non intromissione come strategia elettiva per generare un cambiamento nella specifica situazione. Allo stesso modo, considerare la situazione "critica" in funzione dell'obiettivo, può portare a riflessioni circa il grado di efficacia che si otterrebbe "agendo in qualità di psicoterapeuti". Sono soprattutto i terapeuti giovani e con relativamente pochi anni di esperienza a ricorrere a questo genere di argomentazione.

Poi mi sono trattenuta dal fare qualsiasi intervento di tipo psicologico, perché l'ho deciso, e ho notato che questa omissione è stata la cosa più azzeccata, perché ho lasciato che si ascoltasse e che si costruisse lei da sola la possibilità di uscire dal problema.

[Int07, 11, F, 35 anni, 7 attività clinica, psicodinamica, pubblico-privato, formazione pluralista, terapia personale]

- **Impraticabilità personale.** L'applicazione della teoria sul cambiamento è considerata difficile in un contesto di vita quotidiana, sia che questa si riferisca all'utilizzo di strategie terapeutiche nei confronti di se stessi, sia per quanto riguarda la possibilità di offrire un intervento adeguato a conoscenti e familiari. Le ragioni di questo limite vanno ricercate nel forte coinvolgimento personale ed emotivo del terapeuta, nella distinzione tra un "essere terapeuti" e un "essere umani", oppure nella separazione stessa tra "agire" ed "essere", il che implica il riconoscimento di una generica incapacità nel tradurre in pratica le conoscenze teoriche più astratte. Terapeuti cognitivo-comportamentali e psicodinamici esprimono entrambi questa particolare narrazione.

Però è difficile, siamo degli esseri umani anche noi...

[Int29, 197, F, 35 anni, 6 attività clinica, cognitivista, pubblico-privato, formazione ortodossa, no terapia]

Perché nella relazione quotidiana sono io, non sono la terapeuta. Poi nella terapia hai un contenitore diverso, però là sei tu umanamente con i tuoi limiti, con i tuoi difetti, certamente con le tue risorse e ti metti completamente alla prova...

[Int25, 58-59, F, 44 anni, 16 attività clinica, psicodinamica, pubblico-privato, formazione pluralista, terapia personale]

- **Tutela del setting.** Alcuni modelli di psicoterapia forniscono una definizione rigida e formalizzata del setting come elemento costitutivo dell'azione terapeutica; in questo caso le conoscenze terapeutiche vengono ritenute inapplicabili nella vita di tutti i giorni, cioè al di fuori di una condizione standard che consenta di declinare in modo controllato la dinamica dei processi di cambiamento. Le teorie professionali infatti includono già, a livello formale, alcune indicazioni circa l'inapplicabilità del sapere clinico in un contesto non protetto. In questo caso, il terapeuta sembra non tenere nemmeno in considerazione la possibilità di agire terapeuticamente nella sua vita quotidiana, escludendo a priori questo ipotetico

scenario. In questo caso troviamo soprattutto terapeuti di orientamento psicodinamico e terapeuti con formazione eclettica familiarizzati alla prospettiva psicoanalitica.

Ho ascoltato, non ho fatto altro perché era un mio conoscente, anche un buon amico... qualcosa gli ho anche detto, ma cercando di restare il più possibile neutrale ed obiettiva, cercando di farmi coinvolgere il meno possibile nella sua storia personale.

[Int13, 9-11, F, 66 anni, 20 attività clinica, psicodinamica, privato, formazione ortodossa, terapia personale]

Molto spesso mi capita che le persone non sappiano che lavoro faccio, ma magari mi chiedono un consiglio, e di schema di azione me ne riconosco uno abbastanza chiaro, nel senso che io credo che i concetti della psicologia debbano sussistere dentro al setting psicologico, e al di fuori di quello non li uso... di conseguenza in queste situazioni qui, se la persona o se salta fuori il discorso che faccio lo psicologo, e quindi la richiesta diventa molto chiara sull'ambito psicologico, o ancora più banale, ho sognato questo, che cosa vuol dire? Io tengo a specificare che la pratica terapeutica ha significato dentro al contesto terapeutico, al di fuori di questo potrei interpretare i sogni come quelli del lotto, che tanto vale... Se la mettiamo così allora tutto diventa terapia, se la togliamo da una strutturazione che la definisca come terapia.

[Int39, 10-13/23, M, 44 anni, 14 attività clinica, costruttivista, pubblico-privato, formazione pluralista, no terapia]

Alcune considerazioni più generali si possono inoltre fare per quei terapeuti che decostruiscono totalmente il confine tra conoscenza terapeutica e conoscenza della vita quotidiana. Alcuni di loro, infatti, sembrano sostenere l'impossibilità di distinguere tra diverse forme di conoscenza, organizzate in funzione del contesto di applicazione della teoria sul cambiamento. Come riportato dagli esempi qui sotto affermazioni in questa direzione si trovano principalmente nel gruppo dei terapeuti costruttivisti, oppure tra i partecipanti intervistati con relativamente pochi anni di attività clinica.

Penso che, se succede qualcosa in psicoterapia, sono come delle altre forme di conoscenza, dopo non ne puoi fare a meno, è come sapere che il fuoco brucia, dopo non è che dici: "no il fuoco non brucia più", cioè lo sai, e ti tieni lontano, quindi in psicoterapia, quello che impari, in qualche modo diventa una conoscenza da cui non puoi prescindere, quindi di conseguenza, anzi, io penso che si dovrebbe parlare di più degli psicoterapeuti che dei pazienti...

[Int04, 183-184, M, 33 anni, 4 attività clinica, costruttivista, pubblico-privato, formazione pluralista, no terapia]

Nello stesso modo che avviene in psicoterapia, solo che in psicoterapia è come dentro un laboratorio, è tutto più ascetico, tutto più distaccato, invece fuori no, però la dinamica è la stessa, il processo è lo stesso alla fine della fiera, cambia solo il contesto.

[Int19, 19-20, F, 32 anni, 5 attività clinica, costruttivista, privato, formazione pluralista, terapia personale]

Poi credo sia inevitabile, nel momento in cui mi rapporto con le persone, il poter utilizzare il mio modo di vedere le persone che ha a che fare con il modello teorico che io sento di incarnare, per cui la mia epistemologia personale in ogni caso si sovrappone molto a quella che è l'epistemologia costruttivista, quindi di fatto credo poi di utilizzarla insomma.

[Int09, 12-13, F, 45 anni, 19 attività clinica, privato, formazione pluralista, terapia personale]

## **7.5 Discussioni sul quarto studio**

I partecipanti dei gruppi considerati parlano di cambiamento in terapia essenzialmente conferendovi caratteristiche individualistiche. Tuttavia sembra emergere una contraddizione quando i partecipanti fanno riferimento al cambiamento in generale, per come questo può accadere nella vita quotidiana: in questo secondo caso, l'aspetto sociale connota decisamente le proprietà del cambiamento, definendosi come il fattore principale responsabile della genesi e del mantenimento di un processo di cambiamento. Anche quando i terapeuti parlano di sé riconducono le argomentazioni sulla strutturazione del problema più a tematiche di ordine relazionale, mentre per il cliente si riferiscono prevalentemente a categorie psicopatologiche e individualiste. L'errore fondamentale di attribuzione (Ross, 1977), tuttavia, non spiega esaurientemente questo processo, essendo ricorrente questa peculiarità non solo nei resoconti personali (auto-attribuzioni) ma anche nei resoconti riferiti ad altre persone, non pazienti, circoscritte all'ambito di conoscenza della vita quotidiana (etero-attribuzioni). Questa discrepanza sembra avere più attinenza con il contesto di applicazione della teoria sul cambiamento che preordina, attraverso il diverso ruolo del terapeuta all'interno del sistema (cioè quello di attore, di confidente o di clinico), l'uso di sistemi rappresentazionali plurimi e non necessariamente coerenti tra loro. A questo proposito, è necessario riconoscere come il sistema di credenze non sia dipendente soltanto da una struttura di ruolo (il che renderebbe intelligibili le differenze tra conoscenze disponibili entro gli schemi di un ruolo professionale, ad esempio quello di terapeuta, e quelle valide per un ruolo familiare, ad esempio, quello di padre o di

marito) ma anche da un posizionamento discorsivo che prevede l'emergere di alcune conoscenze proprio in funzione della condivisione di un discorso collettivo (Harré & Gillett, 1994). In ragione di questo, potremmo considerare le teorie sul cambiamento non tanto come segregate in funzione del ruolo, ma come pertinenti in corrispondenza al contesto conversazionale che si viene a generare tra le persone (Shotter, 1993). Quando questi contesti sono simili tra loro, cioè sovrapponibili in termini di pattern di interazione, allora il sistema di credenze risulterà flessibile e renderà salienti quelle dimensioni di significato sovraordinate che possono di fatto essere applicate in ambiti diversi. A prova di quanto sostenuto, sembra infatti che gli scostamenti maggiori dalla rappresentazione del cambiamento (condivisa dal gruppo di riferimento) siano rilevabili nei resoconti di casi clinici la cui problematica affrontata è simile a quella narrata nell'episodio personale. Detto in altro modo, parlando di pazienti con difficoltà affini alle proprie, i terapeuti sono più disposti ad utilizzare strategie meno ortodosse (RSI) prossime alle logiche di intervento di senso comune applicate a se stessi.

## **7.6 Contesti normativi e agire situazionale**

I discorsi sono procedure di *validazione ricorsiva* attraverso cui dei principi e delle norme astratte sono concretizzati e legittimati. Tutti, formalmente, condividiamo dei significati che sono espressi in termini di norme, etiche, morali o socio-politiche, la cui ragionevolezza ci appare scontata. Tuttavia ciascuna norma richiede di essere contestualizzata e di riconoscere le implicazioni che può assumere se praticata all'interno di una determinata situazione. I significati dunque richiedono sempre e necessariamente un orientamento situazionale, sono processi dialogici attraverso i quali noi concretizziamo il significato delle norme in funzione dello specifico oggetto di discussione. "I partecipanti al dialogo non solo devono raggiungere la comprensione delle norme di cui si discute ma devono anche condividere una comprensione situazionale delle applicazioni che esse dovrebbero avere" (Benhabib, 2002, p. 12). Sebbene le interviste episodiche consentano un tentativo in questa direzione, cioè facilitino una descrizione dei contesti di vita e delle azioni "concrete" che in essi vengono intraprese, il piano mediato della narrazione e del resoconto, mantiene l'evidenza del testo più su un piano astratto, facendo registrare quelle che sono le norme ipoteticamente condivise e prendendo poco in considerazione il modo in cui queste si applicano nel contesto specifico della terapia o della vita quotidiana. Nonostante questo limite, peraltro vincolato a una difficile reperibilità di terapeuti disposti a spalancare le porte del proprio studio, l'assetto normativo recuperato dai testi offre una testimonianza piuttosto di come non esista una chiara condivisione neppure di significazioni astratte, ipotetiche, appartenenti ad una dimensione squisitamente teorica. Se è vero che è l'applicazione della norma (o il seguire le regole) a generare

l'azione, è altrettanto da registrare come quella stessa azione, piegata agli obiettivi e agli interessi circostanziati della situazione, contribuisca a ridefinire questo apparato normativo, molte volte in modo tacito. La ricerca ha tentato di occuparsi di questa revisione, cioè del modo in cui i modelli teorici siano costantemente rivisti da una dimensione pragmatica che, seppur non analizzata direttamente, viene colta negli effetti che essa ha generato. Ecco perché i testi dei terapeuti possono essere considerati *tout court* degli indicatori di un sistema di credenze capace di guidare l'azione terapeutica, sostenendola (simbolicamente) e mutandola a fronte delle situazioni (non solo cliniche) incontrate.

# VIII Capitolo

## QUINTO STUDIO

### I SISTEMI DI CONOSCENZA DEI TERAPEUTI TRA RAPPRESENTAZIONI SOCIALI E INDIVIDUALI: PRASSI INFORMALI, EVOLUZIONE DEI MODELLI E FORME DI ECLETTISMO IN PSICOTERAPIA

#### 8.1 Polifonie e forme di eclettismo in psicoterapia

I contesti di applicazione del sapere clinico richiedono spesso, a individui e a gruppi, di organizzare e adattare le categorie conoscitive di cui dispongono alle esigenze peculiari della situazione che si trovano a gestire. Il sapere specialistico, compreso quello necessario a svolgere l'intervento clinico, emerge quindi attraverso una rivisitazione attiva e creativa dei modelli formali di "scuola" evolvendosi in una nuova e diversa forma di conoscenza, guidata da finalità e scopi specifici, con una razionalità propria (Gilbert & Mulkey, 1984). Si fa dunque sempre più necessario costruire programmi di ricerca che esplicitino il rapporto intercorrente tra le procedure formali ufficialmente definite e le pratiche effettive svolte nei contesti dagli psicologi, soprattutto a fronte della polifonia caratteristica della loro disciplina, e della necessità di dialogare e confrontarsi costantemente con colleghi di diverso orientamento (cfr. Fasulo, 2002; Drew & Heritage, 1992; Garfinkel, 1972). Come sostiene Flament (1987), infatti, se due gruppi di una stessa corporazione professionale hanno, su uno stesso oggetto, concezioni radicalmente differenti, non potranno avere su questo oggetto un'efficace comunicazione.

Oltre a questo, dobbiamo rilevare come ogni sistema rappresentazionale sia strettamente connesso al contesto entro cui viene prodotto e convalidato dalle interazioni tra persone (Jovchelovitch, 2007). Così è probabile che un ingegnere edile non tratti moglie e figli utilizzando gli stessi "abiti concettuali" che indosserebbe nel produrre calcoli sulle analisi dei materiali. Al contrario, per quanto riguarda il sapere psicologico, il confine tra gli ambiti di applicazione di tali sistemi rappresentazionali non è, e non potrebbe essere, altrettanto marcato: i contesti di produzione e di utilizzo delle rappresentazioni di teorie psicologiche si sovrappongono nella misura in cui l'ordine dei significati coincide con costruzioni sovraordinate funzionali alle relazioni interpersonali in generale (Laucken, 1974; Heider, 1958). Le diverse prospettive psicologiche appartengono infatti ad una categoria ben particolare di teorie, proprio perché, non avendo un ambito di applicazione specifico, queste non possono godere di confini netti e stabiliti che le separano l'una dall'altra. Ciascuna teoria generata e sostenuta dalla divulgazione scientifica è composta infatti da un sistema

simbolico condiviso che si intreccia, con gradi diversi di diffusione, con le teorie di senso comune più generali (cfr. Moscovici, 1961), le quali forniscono gli schemi interpretativi attraverso cui le persone si orientano nella gestione dei rapporti interpersonali (Berger & Luckmann, 1966). In dette condizioni, è presumibile che anche i terapeuti abbiano la tendenza ad incorporare entro l'universo di significati proprio delle loro rappresentazioni professionali, teorie di senso comune sulle quali sono competenti per il fatto stesso di partecipare alle pratiche sociali e condivise di una cultura (Gergen, 1994; 2006): le competenze specialistiche, cioè, vengono costantemente riorganizzate entro sistemi di conoscenza più articolati di quelli prescritti dalle singole matrici di "scuola" (cfr. Hoshmand & Polkinghorne, 1992; Slife *et al.*, 2001). Se questo è vero, allora esplicitare il rapporto intercorrente tra le procedure ufficialmente definite (dalle istituzioni) e le pratiche effettive dei membri nel condurre tali attività diventa un aspetto di assoluta rilevanza per l'ambito clinico, anche perché i modelli, per quanto elaborati, non possono contenere gli schemi di valutazione con i quali si stabiliscono le condizioni della loro applicazione: questi ultimi sono parte di quelle forme specializzate di senso comune che si sviluppano internamente ai contesti di attività, con la sedimentazione di tradizioni locali e la condivisione sociale di singoli episodi (Fasulo, 2002; Boden & Zimmermann, 1991).

A fronte di quanto detto, è sempre più evidente come l'intervento psicologico sembra esprimersi attraverso una concettualizzazione eclettica della psicoterapia, dove l'uso integrato di diversi costrutti teorici (provenienti da differenti modelli) viene legittimato e incentivato al fine di garantire una migliore comprensività alle problematiche del cliente (Slife, 1987). In letteratura, per esempio, si sono rintracciati tre differenti tipi di eclettismo in psicoterapia, tutti sostenuti dall'idea comune che la pratica (clinica) superi in complessità la teoria e necessiti pertanto di un atteggiamento strumentale, da parte del terapeuta, che consenta di sopperire alla limitatezza delle categorie conoscitive implicate nel singolo approccio teorico. La prima forma di eclettismo è definita "integrazione teoretica" (Prochaska & DiClemente, 1984; Arnkoff, 1995; Held, 1995) e prevede una combinazione di diverse teorie, eludendo le incompatibilità che queste potrebbero avere sul piano epistemologico; lo scopo, come già accennato, è quello di moltiplicare il numero dei costrutti conoscitivi disponibili al terapeuta durante l'indagine clinica. Una seconda forma di eclettismo è definita "eclettismo tecnico" (Norcross, 1986; Lazarus & Messer, 1991) e prescrive l'utilizzo delle tecniche più promettenti selezionate a partire da studi e ricerche di carattere scientifico che ne abbiano comprovato l'efficacia (Beutler & Clarkin, 1990). L'appello all'oggettività del metodo e la considerazione delle tecniche terapeutiche come mero strumento di cui servirsi consente di accettare il fatto che queste possano essere estrapolate dalle matrici concettuali delle singole teorie in seno alle quali sono state originariamente formulate (Lazarus, 1995). L'ultimo tipo di eclettismo,

ampiamente criticato anche dagli stessi orientamenti eclettici, non propone invece una soluzione ragionata alle questioni e alle problematiche sollevate dai clinici e, per tale ragione, viene definito “eclettismo non sistematico” (Gilliland *et al.*, 1994). Questo contempla l’uso strumentale di tecniche o teorie differenti durante il trattamento terapeutico, senza per questo costruire un sistema esplicito di selezione delle varie componenti di queste teorie.

A questo proposito dobbiamo comunque segnalare come in letteratura siano state avanzate diverse argomentazioni per indicare l’impresa fallimentare (Slife & Reber, 2001; Slife, 1987; Lazarus, 1995), non solo di quest’ultima forma di eclettismo, ma anche delle altre due versioni, le quali sarebbero inadeguate nel garantire una risposta esauriente, sia di carattere teorico-concettuale che operativo, alle svariate istanze che hanno motivato i clinici ad adottare un atteggiamento eclettico in psicoterapia. Per tutte, basti la considerazione che lo slittamento tra teorie ed epistemologie diverse o l’uso di costrutti appartenenti a sfondi teorici alternativi non possono configurarsi come delle semplici rinunce ad un dogma teorico in funzione di una migliore pratica, proprio perché la pratica viene ritagliata su fenomeni che non possono avere uno statuto indipendente dalla teoria che li definisce (Bem & De Jong, 1997; Heiman, 1995; Slife & Williams, 1995; Salvini, 1988). La teoria, quindi, si configura come il riferimento paradigmatico della disciplina: essa è ciò che definisce a-prioristicamente l’atteggiamento conoscitivo del terapeuta, definendo per questo sia le assunzioni di partenza e le implicazioni operative, che il sistema di valori dominante (Slife, Williams & Barlow, 2001; Salvini, 1998; Woolfolk, 1998; Valentine, 1992; Bergin, 1991).

Al di là di queste classificazioni più ufficiali degli approcci eclettici (che comunque richiedono, in qualche misura, un’adesione esplicita e una scelta consapevole da parte del terapeuta) il presente contributo vuole esplorare le modalità di organizzazione della conoscenza terapeutica nelle sue attuazioni più informali, laddove l’integrazione teorica o metodologica, la revisione e la personalizzazione dei modelli, può prospettarsi come una prassi quotidiana non sempre riconosciuta e dibattuta, con la debita attenzione, nella comunità scientifica più allargata (Hoshmand & Polkinghorne, 1992; Richardson *et al.*, 1999).

Come vedremo, le configurazioni dell’attività clinica che si delineano possono essere fondate su forme di conoscenza diverse che tendono a coesistere come sapere implicito negli stessi individui (Flick, *et al.* 2004; Moscovici, 1981; Cassirer, 1957). Questi modi diversi di conoscere ed interpretare questioni problematiche, cioè, si confrontano costantemente, entrano in dialogo, a volte pacificamente, altre volte generando contrasti e producendo, nello scambio comunicativo, soluzioni innovative per la pratica psicoterapica. Il presente studio si propone quindi di esplorare le strutture di conoscenza che emergono, con differenti assetti, a fronte di una costruzione eclettica dell’intervento psicoterapeutico.

## **8.2 Approfondimenti teorici**

### **8.2.1 L'organizzazione narrativa delle rappresentazioni sociali**

Lo studio si inserisce in una cornice teorica socio-costruttivista (Contarello & Mazzara, 2000; Flick, 1998) e fa riferimento alla teoria delle rappresentazioni sociali (Farr & Moscovici, 1984) e alla teoria dell'azione diretta a scopo (von Cranach *et al.*, 1992; von Cranach, *et al.*, 1986; von Cranach & Harré, 1982). Una rappresentazione sociale può essere definita come una struttura di pensiero con caratteristiche sociali, pragmatiche e situate. Queste non costituiscono degli elementi cognitivi del singolo, ma appartengono ad una dimensione simbolica generata dall'incontro intersoggettivo e, nello specifico, dalla comunicazione tra individui. Le rappresentazioni sociali sono essenzialmente dei sistemi di credenze con due funzioni: la prima è quella di consentire agli individui di orientarsi nel mondo conferendo ad esso struttura ed ordine; la seconda è quella di rendere possibile, attraverso la condivisione implicita di una serie di premesse, la comunicazione tra i membri di una stessa comunità allo scopo di nominare, categorizzare e, più in generale, gestire lo scambio interattivo (Moscovici, 1984). Su questo ultimo punto, è necessario sottolineare anche la relazione biunivoca che intercorre tra comunicazione e rappresentazione, nella misura in cui è possibile considerare quest'ultima come organizzata, di volta in volta, dalle narrazioni costruite e negoziate nell'incontro intersoggettivo. Enfatizzando l'aspetto sociale e "linguistico" delle rappresentazioni sociali (Laszlo, 2004, 1997; Murray, 2002; Wagner *et al.*, 1999; Harré, 1989), presupponiamo dunque un isomorfismo tra la struttura cognitiva dell'individuo e la comunicazione che agisce nella vita quotidiana, cioè tra la struttura di conoscenza che si organizza e i processi di interazione simbolica ai quali prende parte.

Entro una psicologia socio-costruttivista, lo schema di apprendimento delle conoscenze è infatti postulato in termini completamente differenti rispetto alla psicologia tradizionale. La conoscenza, cioè, emerge sempre come sintesi attiva e creativa dei discorsi collettivi a cui l'individuo partecipa. Di conseguenza, la struttura di conoscenza che si sedimenta ha caratteristiche contestuali e mantiene la capacità di riorganizzarsi in funzione delle molteplici partecipazioni sociali dell'individuo. Essa, inoltre, non può costituirsi con la totale aderenza ad un sistema formale, ma si genera come sintesi personale continuamente rinegoziata nel contesto (conversazionale e simbolico) di applicazione.

La razionalità che ne risulta non può quindi essere fondata sul principio di non contraddizione, bensì su quello di partecipazione (cfr. Galli, 2006; Levy-Bruhl, 1979). Si ammette cioè l'idea che il campo rappresentazionale non sia uniforme, ma sia costellato da fratture, sovrapposizioni, convivenze di sistemi paradigmatici spesso antitetici ma legittimi in corrispondenza alle differenti comunità interpretative a cui l'individuo si rivolge.

### **8.2.2 Rappresentazioni sociali e rappresentazioni sociali individuali**

Rilevante per il presente lavoro è la distinzione euristica operata da von Cranach (1992) tra rappresentazioni sociali (RS) e rappresentazioni sociali individuali (RSI): mentre le prime sono state definite come una provvista di conoscenze ordinate, rese astratte e standardizzate di un gruppo sociale, le seconde costituiscono la componente cognitiva del singolo individuo che contempla anche un sapere idiosincratico non derivato dalle RS del gruppo di riferimento, o comunque non rilevante per esso. Le RSI contengono cioè saperi che l'individuo mutua da altri contesti simbolici traducendoli, grazie ad un atto creativo, in espedienti conoscitivi per la sua attività. Come vedremo nella sezione dedicata ai risultati, infatti, le RSI si trovano locate a differenti livelli della struttura di conoscenza e non si configurano necessariamente come produzioni originali *tout court*: queste sfruttano spesso i repertori linguistico-concettuali mutuati da differenti modelli della psicologia o, anche, da altri settori del sapere. A questo riguardo, è opportuno inserire un'ulteriore distinzione tra RSI convenzionali e RSI privatizzate: mentre le prime si costituiscono come elementi condivisi su cui esiste un elevato accordo all'interno della collettività di un gruppo, le seconde comprendono elementi significativi solo per quell'individuo, non possedendo alcuna rilevanza nell'ambito del più ampio contesto sociale.

### **8.2.3 Obiettivi del quinto studio**

Ciò che si vuole mettere in luce nel presente studio è il modo in cui vengono strutturati e organizzati questi sistemi di conoscenza che sostengono l'agire terapeutico e che intrecciano, a diversi livelli di generazione delle RSI, i saperi specifici dei vari orientamenti psicoterapeutici con altri impliciti, derivati dalla partecipazione dei clinici alle pratiche istituzionali e, più in generale, al senso comune di una cultura. Nello specifico, la struttura di conoscenza verrà investigata e ricostruita su più livelli interconnessi:

- 1) rappresentazione sociale (culturale): è l'insieme dei significati condivisi dai diversi gruppi sulla base di un sapere di senso comune, collettivo, definito culturalmente;
- 2) rappresentazione sociale egemonica della scuola di appartenenza: è l'insieme dei significati condivisi da uno specifico gruppo definito in funzione dell'orientamento teorico seguito dai suoi componenti;
- 3) rappresentazione sociale individuale convenzionale: è l'insieme dei significati generati da una parte minoritaria di un gruppo che, in qualche misura, sono sovrapponibili alle produzioni discorsive e alle logiche concettuali congruenti a quelle di un gruppo differente da quello di appartenenza;

- 4) rappresentazione sociale individuale privatizzata: è l'insieme dei significati rilevanti che i partecipanti esprimono e che non trovano "formalizzazione" nell'universo simbolico rilevato dall'insieme empirico della ricerca. Queste possono emergere come configurazioni inedite di modelli psicologici per l'intervento clinico, come narrazioni di giustificazione e legittimazione di pratiche eclettiche, come integrazioni tra modelli operativi differenti, ecc.

Oltre ad un'analisi tematica volta a circoscrivere il contenuto delle rappresentazioni, il presente studio intende approfondire soprattutto i sistemi di giustificazione e le interrelazioni che ricorrono tra le diverse dimensioni rappresentazionali, quindi spostando l'attenzione sulle produzioni narrative che, catalogate come rappresentazioni sociali individuali, offrono una ricostruzione dell'architettura su cui si reggono i sistemi di conoscenza dei terapeuti. Provando ad analizzare l'organizzazione linguistica di queste rappresentazioni, cioè, è stato possibile mettere in luce delle narrazioni principali che si offrono al terapeuta come argomentazioni sovraordinate per giustificare slittamenti operativi tra sistemi di credenze o tra una teoria psicologica ed un'altra. Secondo Vergès (1984), infatti, le rappresentazioni possono essere identificate su tre livelli distinti e gerarchicamente organizzati in ordine di complessità: le immagini mentali, le rappresentazioni referenziali e i sistemi di relazioni. Mentre i primi due livelli consentono di produrre inferenze entro una dimensione contenutistica dei testi, l'ultimo livello consente di mettere in risalto delle "autentiche organizzazioni cognitive", proprio perché siamo in grado di superare la sola analisi del contenuto ponendo in risalto il sistema di relazioni che in essa viene implicato (Grize, 1989). I risultati qui proposti si situano all'interno di questo terzo livello di analisi, partendo dall'assunto che "la contraddizione... è a sua volta coerenza perché ha le caratteristiche di poter esser eliminata, per natura, da una coerenza superiore" (Compagnon, 1998, p. 77).

## **8.3 Metodologia**

### **8.3.1 L'intervista episodica (4) e l'intervista interattiva**

Per la raccolta dati si sono utilizzati protocolli di intervista episodica (Flick, 2000) che deriva i suoi presupposti dalla psicologia narrativa (Riessman, 1993; Bruner, 1987; Riemann & Schutze, 1987; Sarbin, 1986; Ricoer, 1984) e dagli studi sulla memoria episodica e semantica (Tulving, 1972). A questo riguardo, la ricerca si propone anche di esplorare le potenzialità conoscitive dell'intervista episodica, particolarmente adatta per svelare le contraddizioni dell'interlocutore e per sondare, a differenti livelli di accuratezza e profondità, i temi ambigui dell'argomentazione (Flick, 2000). Grazie all'intervista episodica si rende praticabile l'accesso a diverse aree tematiche, coniugandole entro differenti contesti di pertinenza, e ricostruendole in ragione di forme di conoscenza di tipo episodico e dichiarativo.

Come è stato notato più volte (Suchman & Jordan, 1990; Briggs, 1986; Mishler, 1986; Cicourel, 1963) la standardizzazione delle interviste, in determinate situazioni interattive, incide sulla comprensibilità delle domande e può avere un impatto negativo, quindi, sulla validità della rilevazione delle risposte. Se è vero che il ricercatore non è mai neutrale rispetto alla raccolta dei dati, allora la consapevolezza del suo ruolo di mediazione durante le interviste può portare, oltre che ad avere maggiori cautele nella gestione dell'intervista stessa, anche a costruire contesti di conversazione in cui la flessibilità interattiva dell'intervistatore è una garanzia della qualità dei dati raccolti (Houtkoop-Steenstra, 2000). Come in questo caso, gli obiettivi della ricerca hanno richiesto un costante adattamento del protocollo alla specificità dei contenuti emergenti nel corso del dialogo coi terapeuti, permettendo di ricostruire ciò che Fontana & Frey (2000) hanno definito "un testo negoziato". Ecco allora che l'intervista, anziché definirsi come "standardizzata" sulla base di una comunanza di domande, può essere considerata attendibile sulla base della somiglianza di accesso ai significati che gli intervistati hanno durante l'interazione (cfr. Holstein & Gubrium, 1997). Dopo una breve traccia di domande d'esordio centrate sul resoconto di casi clinici, veniva infatti sollecitata la discussione su altre questioni, previste dal protocollo, ma innescate dalla specificità della situazione interattiva che andava creandosi durante l'incontro (Hermanns, 2004):

- [Ad una terapeuta che sembra esprimere costrutti teorici pertinenti per un altro modello] Come spiega la strutturazione del problema in termini cognitivo-comportamentali? Perché, come mi diceva, ha questa forte impostazione sistemica anche nel considerare i vantaggi secondari... come si integra con il suo modello di riferimento?

Con questo tipo di domande è stato possibile sondare la conoscenza dei clinici a diversi livelli di criticità, sia in riferimento all'argomentazione prodotta a giustificazione di pratiche eclettiche, sia per quanto riguarda la necessità di problematizzare le circostanze in cui vengono mutuati costrutti teorici da un paradigma ad un altro. Durante la conversazione, inoltre, il terapeuta veniva sollecitato ad esprimersi rispetto ad eventuali aree critiche del proprio orientamento teorico:

- Può raccontarmi una situazione in cui si è scontrato con la persistenza del problema (disagio) del suo cliente? Come giustifica questa impasse?
- A fronte dell'esperienza clinica che ha maturato, ci sono aspetti del suo orientamento teorico che, a suo giudizio, potrebbero essere ampliati, integrati o modificati in funzione di una migliore pratica?

L'obiettivo era quello di esplicitare le modalità di traduzione degli assunti teorici all'interno della prassi clinica, indicando il grado di adeguatezza riscontrato tra questi e le situazioni cliniche effettivamente incontrate. Ogni qual volta il terapeuta produceva argomentazioni svalutanti il

proprio riferimento paradigmatico, il protocollo di intervista prevedeva l'approfondimento delle modalità utilizzate dal clinico per gestire le situazioni critiche segnalate:

- [Ad un terapeuta che sostiene che il modello cognitivo appreso non considera adeguatamente l'aspetto emotivo del cliente] Quindi in questi anni quando ha dovuto gestire più l'aspetto emotivo del suo paziente che cosa ha fatto? Come è riuscita a integrare le cose?

In questo modo, è stato possibile sondare l'organizzazione dell'azione terapeutica a livello delle rappresentazioni sociali individuali. E' stato inoltre chiesto, a fronte dell'elenco offerto delle tecniche utilizzate, quali integrazioni venissero adottate in riferimento all'uso di teorie differenti, specificando quali condizioni (concettuali) assurgono ad elemento discriminante per optare per l'una o l'altra strategia terapeutica. Si è quindi tentato di sondare il meta-livello di conoscenza che consente al clinico di giustificare l'uso di costrutti teorici differenti oppure di ancorarsi a forme individuali di rappresentazione:

- [Ad una terapeuta di formazione eclettica] Lei ha fatto una terapia psicoanalitica e ha una formazione sistemica, mi interessava sapere se integrava queste due prospettive anche proprio nella pratica... se le integrava anche nella pratica in che modo, o anche se passava da una all'altra, sulla base di cosa?

Il resoconto dei partecipanti viene organizzato secondo uno schema di coerenza legato sia al ruolo evocato dall'interlocutore (in questo caso, principalmente un ruolo professionale) sia all'interazione conversazionale con l'intervistatore (Harré & Slocum, 2003; Harré & Secord, 1972; Blumer, 1969; Goffman, 1967; Mead, 1934). Sfruttando questo processo, un'altra tecnica utilizzata nel corso dell'intervista, per ricostruire i differenti livelli di conoscenza implicati, fa riferimento alla distinzione tra dialogo interno e dialogo esterno (Miller & Glassner, 1997; von Cranach & Ochsenein, 1986). Il dialogo interno può essere rilevato dalle comunicazioni che i partecipanti rivolgono ai componenti dello stesso gruppo: i componenti del gruppo conoscono non solo le proprie RSI ma anche le RS collettive; ciò consente all'individuo di confrontare il livello delle RS (del gruppo) con il livello delle proprie RSI stabilendo corrispondenze e divergenze. Il dialogo esterno, ricostruito in funzione delle comunicazioni che i partecipanti rivolgono a componenti di gruppi diversi dal proprio, permettono invece all'individuo di confrontare RS alternative fondate su immagini collettive contrapposte tra loro. Per ottenere questo effetto erano previste nel protocollo di intervista delle "conversazioni simulate", introdotte da consegne specifiche che si riferivano alla presenza di un ipotetico interlocutore (Mancuso & Sarbin, 1983):

- Provi ad immaginare che io sia un terapeuta di orientamento diverso dal suo, cosa mi direbbe a questo proposito...?

### 8.3.2 Criteri di analisi

Il lavoro si basa essenzialmente su una metodologia di ricerca quali-quantitativa. Il materiale testuale raccolto è stato sottoposto ad un'analisi tematica e del contenuto (Flick, 2006). La fase di codifica, condotta con l'ausilio del software Nud.Ist (Seale, 2000; Barry, 1998; Fielding & Lee, 1998), ha seguito i criteri di esclusività e di esaustività (Altheide & Johnson, 1998). Si è partiti, cioè, codificando la più piccola unità di significato per poi costruire, in un secondo tempo, delle dimensioni sovraordinate ai singoli codici (Strauss & Corbin, 1998). Di seguito, viene presentato l'albero di codifica impostato in funzione delle categorie conoscitive individuate a partire dalla segmentazione dei processi d'azione offerta dalla teoria dell'azione diretta a scopo, che configura la prassi clinica nei termini di un'attività strutturata in schemi mezzi-fini organizzati da cognizioni parzialmente coscienti e di origine sociale (cfr. Abell, 1984). A questi sono poi stati aggiunti i *childnodes* estrapolati direttamente dal testo.

- logica di intervento
  - rappresentazione del problema
  - obiettivi
  - strategie (pianificazione dell'azione)
  - valutazione

I codici sopraelencati sono stati inoltre intersecati ad un altro insieme di macrocategorie offerte dall'integrazione teorica alle RS proposta da von Cranach (1992), allo scopo di individuare i diversi piani di relazione tra i codici e i processi socio-genetici alla base della loro strutturazione. L'assegnazione delle dimensioni di significato a questi codici sovraordinati è stata operata secondariamente al processo di codifica più ancorato al testo, in funzione del grado di condivisione che tale dimensione aveva all'interno dei gruppi considerati.

- struttura di conoscenza
  - rappresentazioni sociali di "scuola"
    - cognitivista
    - costruttivista
    - psicodinamica
    - sistemica
  - rappresentazioni sociali individuali convenzionalizzate
    - cognitivista
    - costruttivista
    - psicodinamica
    - sistemica
    - altri
  - rappresentazioni sociali individuali privatizzate
    - cognitivista
    - costruttivista
    - psicodinamica
    - sistemica

Nello specifico, la collocazione delle unità semantiche entro le differenti categorie della struttura di conoscenza considerata (suddivisa in RS, RSI convenzionali, RSI privatizzate) è stata operata in funzione dei criteri esposti di seguito. Per le rappresentazioni "sociali" (trattate più approfonditamente nei capp. V e VI) si sono utilizzati sia criteri quantitativi che qualitativi (cfr. §

5.3.3). Le rappresentazioni sociali individuali convenzionali sono state ricavate dai frammenti di testo che costituiscono una deviazione rispetto ad una rappresentazione sociale del gruppo ma che è tuttavia possibile sovrapporre alle dimensioni semantiche caratterizzanti un altro gruppo (von Cranach, 1992). Per fare questo, si è tenuto conto di due livelli:

- 1) livello tecnico o nominale: le RSI sono state rintracciate in funzione dell'uso retorico, da parte del terapeuta, di forme lessicali proprie di altre tradizioni psicologiche; in particolare queste sono state ricostruite all'inizio delle analisi in funzione dell'uso da parte dei terapeuti di costrutti tecnici appartenenti a dimensioni proprie di un orientamento teorico diverso da quella di appartenenza;
- 2) livello teorico-epistemologico: le RSI sono state rintracciate ogni qualvolta il terapeuta caratterizzava le sue argomentazioni a fronte di significazioni opposte o divergenti da quelle condivise dagli esponenti del suo modello di affiliazione; alla fine delle analisi, si è individuato l'uso ricorsivo da parte del terapeuta di dimensioni di significato condivise in modo prevalente da gruppi diversi da quello di appartenenza.

Per convalidare la presenza di RSI convenzionali, inoltre, si sono seguiti due procedimenti paralleli:

- 1) si sono considerate le inferenze negoziate da parte di più ricercatori e psicologi (sulla base di asserti isolati per ogni teoria nella letteratura disponibile), i quali hanno espresso una valutazione rispetto alla pertinenza di una dimensione di significato con le matrici concettuali di uno specifico orientamento;
- 2) si sono considerate le inferenze dei terapeuti a fronte di un confronto che questi erano invitati a fare con una rappresentazione schematica degli elementi principali emersi durante l'intervista (*structure laying technique*): una volta individuati nello schema quelli che potevano essere i contenuti più dissonanti rispetto ai colleghi o ad una matrice di scuola, questi venivano discussi e argomentati, dal terapeuta stesso, in una sessione di intervista parallela.

A partire da queste integrazioni, è stato possibile ricostruire anche le RSI privatizzate, attraverso un'analisi delle risposte a domande specifiche, introdotte nel protocollo in funzione dei contenuti del resoconto che il terapeuta offriva sul caso clinico. Nello specifico le domande sono state formulate per sondare:

- 1) eventuali dimensioni critiche del modello teorico praticato;
- 2) le strategie generate dal terapeuta per superare, nell'ambito della gestione dell'attività clinica, le difficoltà incontrate;
- 3) eventuali modalità di integrazione di prospettive teoriche o di prassi di intervento non ortodosse.

Oltre a ciò, si è voluto utilizzare un metodo di analisi simile a quello “per passi paralleli”, grazie al quale si tenta di chiarire dei frammenti oscuri di testo, confrontando alcuni passi presenti nel resoconto con altri successivi, allo scopo di sciogliere le contraddizioni con l’individuazione di una struttura di plausibilità di livello logico superiore (Barthes, 1970). Questo metodo è fondato sul presupposto di intenzionalità dei partecipanti e assume che l’intervistato condivida una serie di regole e convenzioni circa la possibilità di esprimere la “sua” coerenza, argomentando sulla ragionevolezza della sua posizione in termini di giustificazione narrativa (Bruner, 1990).

Su questo punto, è inoltre importante sottolineare come, solitamente, nell’analisi del contenuto classica venga applicata la procedura del taglio di soglia per eliminare, su base statistica, i codici relativi al testo considerati infruttuosi (Smith, 2000). Tuttavia, la teoria qui utilizzata ci consente di prenderli in considerazione proprio nei termini di RSI, cioè come contributi originali apportati dai clinici alla pratica psicoterapeutica, fondati essenzialmente su saperi idiosincratici non inclusi nella rappresentazione sociale condivisa dal gruppo di riferimento.

## **8.4 Risultati del quinto studio**

### **8.4.1 Le RSI convenzionali: sovrapposizioni e comunanze tra modelli di intervento**

I risultati mostrano come la conoscenza espressa nei termini di rappresentazioni sociali individuali organizzate effettivamente sia la strutturazione delle mete che le fasi di orientamento situazionale (rilevato a partire dai resoconti sul caso clinico), di pianificazione dell’azione e di valutazione del cambiamento del cliente. A conferma di alcune rilevanze empiriche portate dalla ricerca di von Cranach (1992) sembra inoltre che alcune inferenze fornite dai terapeuti seguano un’articolazione correlata con RSI che non provengono dalle RS specifiche del gruppo professionale di riferimento, ma che corrispondono alla forma convenzionalizzata di altre rappresentazioni costituite principalmente da costrutti mutuati dalle teorie psicodinamiche e cognitivo-comportamentali. Nello specifico, il riferimento a RSI di tipo convenzionale è accentuato nelle condizioni in cui il terapeuta tenta di giustificare a se stesso e all’interlocutore i motivi di una impasse nel percorso di terapia. L’uso di rappresentazioni di matrice psicodinamica e cognitivista da parte di professionisti di altra affiliazione teorica è infatti prevalente in risposte che argomentano sulle possibili ragioni di un mancato cambiamento nel cliente, condizione questa che conduce inevitabilmente ad ampliare il repertorio delle possibilità interpretative rispetto al caso (cfr. Doise *et. al.*, 1992). Di seguito vengono riportati (in ordine di frequenza) i costrutti teorici più nominati dai terapeuti nel tentativo di giustificare e fornire spiegazioni alla mancata risoluzione del problema. Questi, per l’appunto, sono stati citati ripetutamente da terapeuti che seguivano teorie diverse da quella per cui tali costrutti sono pertinenti o semplicemente rilevanti, al punto da poterli considerare, grazie anche

all'ampia diffusione che hanno avuto nelle teorie più generali di senso comune, come dei costrutti trans-teoretici (cfr. Prochaska & DiClemente, 1994). Tra questi spiccano: l'idea di "rinforzo" (detta da 10 terapeuti, in questo caso, non cognitivo-comportamentali), quella di "motivazione" (9), il costrutto di "autostima" (6), la "conflittualità interna" (6) e l'"inconscio" (5), l'idea di cambiamento come "apprendimento/condizionamento" (5) e il costrutto di "difesa" (5). Ecco alcune frasi esemplificative:

Questo aspetto però rinforzava il lato dipendente della sua personalità, ed io ne ero consapevole, d'altro canto, nella relazione con lei sentivo che le sarebbe risultato troppo difficile modificare questo aspetto a quel punto della terapia...

[Int07 63; F; psicodinamico; 7 anni attività; pubblico-privato; formazione pluralista; terapia personale]

Io penso sia stato dovuto ad una forte motivazione...

[Int24 78; F; sistemica; 10 anni attività; pubblico-privato; formazione pluralista; terapia personale altra]

Perché lei è arrivata con un'autostima bassissima, ma veramente bassissima, che mascherava con una serie di strumenti che lei poteva, come dire, attingere dal suo contesto...

[Int23 85; F; sistemica; 5 anni attività; pubblico-privato; formazione pluralista; terapia personale altra]

Il lavoro che cerco di fare è nel creare un nuovo dialogo tra l'entità accuditrice e l'entità interna problematica, come forse un rapporto genitoriale, l'io bambino e io genitore, e questo dialogo io cerco di farlo formulare ai miei pazienti in maniera che loro possano sempre più diventare più capaci di auto-rassicurarsi e di auto-gestirsi il conflitto.

[Int28 82; M; cognitivista; 14 anni attività; pubblico; formazione pluralista; terapia personale altra]

Cioè gli elementi che il paziente non pensa ma che alla fine sono comunque collegati l'uno all'altro, come elementi inconsci. Magari uno viene per una fobia specifica e poi sotto c'è tantissimo altro... perché per quanto io non creda nell'analisi dei sogni, nell'associare le parole, però c'è un perché la persona è così, l'aspetto familiare, l'inconscio, in qualche modo c'è dentro la persona e il cognitivo comportamentale non lo vede, lo cancella e lo accantona.

[Int10 86-87/298-299; F; cognitivista; 7 anni attività; pubblico-privato; formazione ortodossa; no terapia]

E' come dire un apprendimento, un condizionamento dovuto all'esperienza fatta, reale...

[Int15 44; F; psicodinamica; 12 anni attività; privato; formazione pluralista; terapia personale]

O comunque , non so appunto, comunque abbiamo una modalità di affrontare la vita, insomma con tutte le nostre difese, con tutte le nostre dinamiche intrapsichiche che poi riproduciamo anche per esempio in terapia...

[Int34 28; F; sistemica; 20 anni attività; pubblico; formazione pluralista; terapia personale altra]

#### **8.4.2 Condizioni principali di emersione della conoscenza idiosincratca**

Come abbiamo detto, durante l'intervista, il terapeuta era sollecitato a dichiarare eventuali limiti incontrati nell'applicazione del proprio modello teorico di riferimento, a cui seguivano domande per sondare come questo vincolo venisse di fatto superato nel corso dell'attività clinica. L'individuazione di questi punti di criticità equivale ad una focalizzazione rispetto a quelle condizioni cliniche che, in modo prevalente, possono innescare il ricorso a RSI devianti dalle RS condivise dal gruppo di appartenenza e dalle prescrizioni del modello teorico di riferimento più in generale. Le insoddisfazioni più citate non sono tuttavia riferibili a limiti intrinseci alle formalizzazioni dei modelli di psicoterapia, quanto piuttosto ad una loro traduzione nell'ambito "informale" dell'attività clinica, oppure ad una loro re-interpretazione contestuale da parte dei professionisti intervistati. Di seguito elenchiamo, per ciascun orientamento considerato, le principali aree critiche individuate dai rispettivi affiliati, con alcuni estratti esemplificativi.

Alcuni terapeuti cognitivisti segnalano delle difficoltà nella gestione degli aspetti emotivi del proprio cliente (segnalate da 4 terapeuti sui 10 totali del gruppo) insieme all'inapplicabilità delle tecniche cognitivo-comportamentali a problematiche poco chiare, non definite, o genericamente connesse ad una sfera cosiddetta "esistenziale":

La difficoltà che alcune volte incontro è quella di badare forse di più alle tecniche, a quelli che sono appunto i nostri obiettivi e tralasciare forse quella parte, cioè a non saper leggere molto bene tutta quella parte emotiva, questa forse sì...

[Int02 363-364; F; cognitivista; 3 anni attività; privato; formazione ortodossa; no terapia]

In realtà le cose sono un po' più complicate nella clinica vera perché l'aspetto emotivo è quello che un po' frega l'aspetto comportamentale, e infatti è un po' il limite che come impostazione cognitivo-comportamentale, più comportamentale che cognitivista, è l'aspetto poi emotivo, cioè l'affrontare realmente la paura, un cambiamento in termini non soltanto cognitivi ma anche emotivi, ed è la parte un po' più difficile da far fare ad un paziente... cioè bisogna cambiare realmente l'aspetto emotivo di una persona, e per fare questo il mio approccio ha un limite.

[Int10 48-51/296; F; cognitivista; 7 anni attività; pubblico-privato; formazione ortodossa; no terapia]

Un'altra pecca che è un'accusa che viene spesso fatta è che [il mio orientamento] non affronta l'aspetto emotivo, nel senso che in qualche modo... innanzitutto ci stiamo evolvendo rispetto a questo problema, però stiamo dando sempre una maggiore importanza all'analisi emotiva. A questo punto però immagino prevedrà anche una formazione differente perché a un certo punto se cominci anche a gestire il ritorno emotivo, un minimo di autocontrollo lo devi avere.

[Int29 154-155; F; cognitivista; 6 anni attività; pubblico-privato; formazione ortodossa; no terapia]

Per esempio, spesso trovi dei pazienti che in realtà non hanno tanto bisogno di modificare dei comportamenti, hanno problemi esistenziali, qualcosa tipo una nevrosi, e con questi pazienti io mi sento spesso limitata, nel senso che hanno proprio bisogno di altro, perché il modello cognitivo comportamentale non ha degli strumenti.

[Int27 97; F; cognitivista; 9 anni attività; pubblico-privato; formazione pluralista; no terapia]

Il gruppo dei terapeuti costruttivisti è quello che meno di tutti ha segnalato delle limitatezze nell'applicazione del modello di riferimento, principalmente perché la teoria costruttivista viene considerata sufficientemente astratta da poter essere applicata a più circostanze senza revisioni sostanziali. Come vedremo, infatti, i componenti di questo gruppo sono quelli che hanno espresso prevalentemente una forma di conoscenza non definibile come eclettica, ma sincretica, nei presupposti e nelle modalità di organizzazione dell'azione terapeutica (cfr. Kelly, 1955; Bannister & Fransella, 1980). A tale proposito, due terapeuti rispondono:

Diciamo che non vedo la teoria costruttivista come chiusa, è una teoria molto coerente, è molto generale perché può essere applicata a tutto, ci sono dei campi in cui non è ancora mai stata applicata, perché è una teoria tutto sommato

abbastanza nuova, quindi prima di trovare nuovi aspetti da integrare, prima bisognerebbe applicarla in nuovi campi...

[Int16 115; F; costruttivista; 7 anni attività; privato; formazione ortodossa; terapia personale]

Direi di no, perché comunque è una terapia molto... così ampia che...che ha una visione così ampia delle problematiche che è difficile non poterla applicare a determinate situazioni. Cioè, sicuramente ci sono situazioni in cui magari utilizzi anche altre teorie o altri approcci, ma...

[Int37 114; F; costruttivista; 19 anni attività; pubblico-privato; formazione ortodossa; no terapia]

La mia sensazione è che il processo sia stato esattamente l'opposto [da un atteggiamento eclettico ad un rigoroso rispetto all'applicazione del modello]. All'inizio mi sembrava che questo modello non mi bastasse anche perché è un modello, quello kelliano, che ha un livello di astrazione molto alto, lascia molto... non è come un modello cognitivista che mi dice che a fronte di un determinato schema ho una specifica organizzazione, abbiamo ad esempio lo schema degli attacchi di panico, allora si fa così... comunque sai quello che dovresti fare, si le cose che si devono fare... Qui è esattamente l'opposto, non c'è nessun a priori in questo senso, e all'inizio mi sembrava di aver bisogno di altre possibilità che altri orientamenti mi fornivano, man mano che ho preso dimestichezza con il modello, sento sempre meno il bisogno di andare da altri, perché mi sono resa conto che il modello è talmente comprensivo, che mi permette di far fronte a quasi tutti i casi.

[Int18 130-133; F; costruttivista; 15 anni attività; privato; formazione ortodossa; no terapia]

In coda a queste considerazioni, un terapeuta costruttivista sottolinea comunque le difficoltà di applicazione del suo modello nell'ambito pubblico, mentre un altro avverte l'esigenza di estendere studi e ricerche per quanto riguarda la terapia di coppia:

Non è molto adeguato nel contesto pubblico per la tempistica... ho provato l'esperienza nel pubblico, la tempistica non è una tempistica da pubblico, e chi arriva al pubblico non può permettersi di gestire un lavoro del genere...

[Int38 91; F; costruttivista; 10 anni attività; privato; formazione ortodossa; no terapia]

Quando ho iniziato a studiarlo, i tentativi che ho fatto io di integrarlo sono stati ad esempio quando sono passata dalla terapia individuale a quella di coppia, non ci sono tantissimi testi costruttivisti sulla terapia di coppia...

[Int09 62; F; costruttivista; 19 anni attività; privato; formazione pluralista; terapia personale]

Il gruppo dei terapeuti psicodinamici esprime abbastanza concordemente (7 terapeuti su 10) una difficoltà nell'applicazione del modello di riferimento entro contesti differenti da quello privato, oltre a riconoscere una certa incapacità di risposta di fronte a configurazioni problematiche avvertite come urgenti e fortemente invalidanti. I ritmi imposti dai cambiamenti sociali si ripercuotono, infatti, sia nelle domande che i pazienti pongono allo psicoterapeuta, sia nelle pratiche istituzionali, dove poco spazio sembra essere concesso alle esigenze di setting e di dilatazione dei tempi previsti dall'orientamento psicodinamico.

Ricordo che una psicoterapia, per essere definita tale, ha bisogno di una certa frequenza, e in un contesto pubblico dove vi è ristrettezza di personale, questo quasi mai è attuabile... Quindi, come dire, il contesto pubblico non offre una rigorosità del setting secondo un unico modello teorico di riferimento...

[Int08 49/52; M; psicodinamico; 7 anni attività; pubblico-privato; formazione ortodossa; terapia personale]

Stavo pensando a tutte quelle situazioni che da un punto di vista classico dentro al setting psicodinamico non dovrebbero esserci... Dal punto di vista psicodinamico ad esempio se uno fa la psicologia penitenziaria non ha molto senso, perché lì c'è qualcuno che viene in trattamento e che non ha scelto il trattamento, ma è costretto al trattamento, anzi ha dei vantaggi dal trattamento e ti vorrebbe usare...

[Int11 152-153; F; psicodinamica; 12 anni attività; pubblico-privato; formazione pluralista; terapia personale]

Ma ti devo dire che la problematicità oggi è quasi tutta su questo versante, nel senso che tantissimi pazienti che ho avuto non sarebbero in grado di affrontare una terapia, come impegno economico ma anche psichico, dell'entità di un'analisi... Infatti è un po' fuori moda, cioè è utile che ci siano perché abbiamo un mucchio di patologie che non possono essere trattate altro che in quella maniera, ma ti devo dire che nel mondo che si muove attorno, l'80% delle persone ha problemi che possono essere risolti anche in un tempo molto breve, possono bastare anche dieci sedute a volte.

[Int12 98-100; F, psicodinamica; 22 anni attività; privato; formazione pluralista; terapia personale]

Oggi la gente ha bisogno di risposte presto e subito, poi magari questo presto e subito può diventare anche un bel tempo, però deve capire da subito che qualcosa può cambiare, sennò subentra la noia e a un certo punto rompono anche la terapia... Adesso devi rispondere subito, e penso che sia un po' il problema per quei terapeuti un po' schematici, un po' rigidi dentro ai sistemi per cui "allora siediti lì, mettiti sul lettino ecc.", allora li cominciamo con le proiezioni e questo mi va in pezzi.

[Int12 120/123; F, psicodinamica; 22 anni attività; privato; formazione pluralista; terapia personale]

Anche perché comunque i problemi sono sempre di più in questa società. Questa società è sempre più problematica... perché il cambiamento deriva anche dal fatto che questi modelli teorici devono essere adattati all'attuale società, e non è facile.

[In14 191-192; F; psicodinamica; 20 attività clinica; privato; formazione pluralista; terapia personale]

Cioè devi evolvere tu come persona rispetto anche a quello che ti sta intorno, rispetto alle altre persone, all'urgenza, alle problematiche che diventano sempre diverse perché hai comunque a che fare con una società in evoluzione, hai tempi, modalità, ad esempio la mia specializzazione sulla carta è bellissima però è assolutamente improponibile nella realtà d'oggi. Quindi secondo me un terapeuta deve conoscere molto bene le teorie, farle proprie, ma scremare molto e andare anche molto su quello che poi è la vita reale, altrimenti poi non è possibile. Per esempio, un'altra cosa, tre sedute alla settimana... ma chi te le fa? A livello di tempo e di costi, perché hai comunque della gente che lavora e che fa fatica ad arrivare a fine mese.

[Int21 160-163; F; psicodinamica; 7 anni attività; privato; formazione pluralista; terapia personale]

Ovviamente una psicoterapia in ambito istituzionale è difficile, in tante situazioni pubbliche ti dicono proprio che la terapia non la puoi assolutamente fare, per cui ridimensioni molto l'obiettivo e poi se capisci che è una situazione che ha bisogno del privato, lo mandi nel privato insomma.

[Int25 179-180; F; psicodinamica; 16 anni attività; pubblico-privato; formazione pluralista; terapia personale]

Il gruppo dei terapeuti sistemico-relazionali (6 partecipanti su 10) nomina una difficoltà nella gestione delle terapie individuali, riconoscendo una limitatezza delle proprie conoscenze

nell'affrontare la dimensione personale, introspettiva, il cui approfondimento è avvertito come necessario in particolari situazioni cliniche. Come negli esempi che seguono:

Soprattutto in quelle situazioni dove la persona è ricca di risorse, e quindi che riesce a lavorare su aspetti più inconsci, e dove il lavoro nelle situazioni familiari è già stato risolto, e quindi ci sono delle difficoltà più a livello individuale, ad esempio in termini di autostima, o fobie, o ansie di un certo tipo, allora lì effettivamente il lavoro sistemico deve integrarsi con un lavoro più prettamente psicodinamico...

[Int35 98-99; F; sistemica; 10 anni attività; pubblico-privato; formazione pluralista; terapia personale]

Ed avendo un approccio sistemico, dove loro ci insegnano soprattutto a lavorare con le famiglie o con le coppie, non è che non ci insegnino a lavorare con gli individui, ma con gli individui faccio più fatica...Ovviamente anche chi fa terapia individuale, il tutto può diventare pesante, perché non ce lo ha proprio chiaro in testa, quindi soprattutto questo aspetto se volgiamo a livello individuale direi... se mi viene il fobico, io non so che fare, e non che me lo debba per forza tenere se invece vogliamo stare dentro ad un approccio che ha a che fare con la relazione, con la sfera del relazionale, sento soprattutto la mancanza di quell'aspetto lì.

[Int40 48-49/83-85; F; sistemica; 7 anni attività; pubblico-privato; formazione pluralista; terapia personale altra]

Manca la parte intrapsichica, sicuramente affiancare anche un modello di dinamica intrapsichica è molto utile...

[Int34 104; F; sistemica; 20 anni attività; pubblico; formazione pluralista; terapia personale altra]

#### **8.4.3 Le RSI privatizzate: gestione e giustificazione dei modelli eclettici in terapia**

Quando il terapeuta dichiarava un limite o una difficoltà nel proprio modo di utilizzare il modello teorico di riferimento, il protocollo di intervista prevedeva immediatamente una serie di domande per sondare come, nei casi specifici, il terapeuta superasse da un punto di vista operativo e concettuale le restrizioni avvertite nella conduzione dell'attività clinica. Molte volte la risposta del terapeuta prevedeva un disimpegno dalla situazione problematica, contemplando la possibilità di invio del cliente a un collega o ad un'istituzione oppure segnalando l'ampio ricorso alla supervisione del caso. Ad esempio:

E' ovvio che se hai davanti una persona e capisci subito come funziona e che ha bisogno di un cognitivo comportamentale lo mandi direttamente, dici "io non sono la persona adatta a lei", ma poi funzionano. Ecco dipende molto da chi ti trovi davanti...

[Int25 183; F; psicodinamica; 16 anni attività; pubblico-privato; formazione pluralista; terapia personale]

In altri casi, tuttavia, i terapeuti raccontavano episodi in cui l'iniziativa personale appariva decisamente rilevante, creativa e risolutiva, consentendo loro di mettere a punto interventi originali, molte volte costruiti sulla base di una configurazione eclettica della prassi e (quindi) della conoscenza psicoterapeutica sulla quale questa si regge.

La deviazione, in termini di contenuti semantici, dalle RS del gruppo di riferimento viene di solito sostenuta da un insieme di RSI che si offrono come sistema normativo per l'azione terapeutica. Proprio perché queste producono una maggiore variabilità individuale nell'agire, esse richiedono un grado più elevato di rappresentazione cosciente ed una maggior presenza di argomentazioni e giustificazioni (von Cranach, 1992). Indagando questo livello astratto-concettuale, le produzioni discorsive inerenti la giustificazione supplementare, da parte del terapeuta, di modalità di intervento eclettiche sono state organizzate su tre tipologie di argomentazione:

- 1) Valoriale: l'opzione eclettica è sostenuta come un'esigenza dovuta alle peculiarità della personalità del clinico. I terapeuti si identificano spesso con valori quali la curiosità, la tolleranza, che vengono tradotti in un atteggiamento aperto alla sperimentazione e alla commistione di pratiche diverse, nuove, arricchenti. Ecco alcuni esempi:

Io credo che il modello cognitivo, come tutti i modelli, ha i propri limiti, nel senso che tutte le cose che facciamo, tutti gli psicoterapeuti, che ci occupiamo di questo mestiere, dovremmo essere molto eclettici, con la mente molto ampia, per prendere quello che in caso può servire al di là del proprio orientamento.

[Int27 96-97; F; cognitivista; 9 anni attività; pubblico-privato; formazione pluralista; no terapia]

Io faccio psicodinamica, però faccio anche terapia corporea, non sono un terapeuta schermato... quindi al di là degli schemi, sono un po' anti-schemi io! Io direi di non essere rigidi, che non ci si può attenere rigidamente ad una teoria, ma di attenersi alla teoria che uno sente di più, conoscendo le altre...Io almeno agisco così, poi sono anche una persona che continua a leggere e a studiare ma perché è una mia curiosità... tutto fa brodo, io riesco ad aggregare il tutto.

[Int12 114/181-182; F, psicodinamica; 22 anni attività; privato; formazione pluralista; terapia personale]

- 2) Pragmatica: l'opzione eclettica è spesso accompagnata da considerazioni su quanto sia necessario utilizzare più di una teoria per il benessere del paziente, anche sottolineando come l'attività clinica sia enormemente più complessa della teoria psicologica. Come nelle frasi che seguono:

I modelli ideali, sono una rappresentazione del mondo, questa è un'altra cosa che cerco di focalizzare, la rappresentazione ideale del mondo è una cosa, la realtà è un'altra... Allora i modelli ideali insegnano, danno delle strade. Poi la clinica è un'altra.

[Int28 91/95; M; cognitivista; 14 anni attività; pubblico; formazione pluralista; terapia personale altra]

Non è che le teorie ti concedano uno spazio, sei tu che ti concedi uno spazio, che è una cosa diversa, le teorie sono teorie, tu ci puoi aderire come se fossero il tuo credo, oppure ci puoi ragionare su, le teorie ti permettono sempre uno spazio, sono cose scritte sui libri, sono interpretabili tutte.

[Int19 131-132; F; costruttivista; 5 anni attività; privato; formazione pluralista; terapia personale]

In parte questo ampliamento della mia visione in parte viene dalla mia formazione, che mi ha portato già a vivere la scuola pensando di imparare degli strumenti da integrare in un ottica più ampia. Sicuramente il grosso arriva con l'esperienza, perché è con la pratica che realizzi l'effettiva integrazione, su quello che fai, poi nelle difficoltà... dall'esperienza di terapie interminabili, che andavano per le lunghe, o quelle in cui si ha il senso di non arrivare a niente, e quindi da queste sensazioni, da questi momenti che chiamerei di difficoltà è venuta la necessità di dire "utilizzo altri strumenti"...

[Int36 73-75; F; costruttivista; 7 anni attività; privato; formazione ortodossa; terapia personale]

- 3) Teorico-metodologica: l'opzione eclettica si rende praticabile a fronte di specifiche valutazioni sullo *status* delle teorie, considerate spesso come intercambiabili, o come lenti da integrare perché consentono di vedere parti diverse di uno stesso oggetto. Alcuni terapeuti, cioè, mettono in rilievo come diverse teorie psicologiche utilizzino linguaggi differenti, pur aderendo ad una comune traduzione clinica rilevabile attraverso l'uso di strategie simili, del tutto ragionevoli e condivisibili. Altri, invece, ricorrono all'uso di

tecniche eclettiche allo scopo di compensare le mancanze conoscitive ed operative intrinseche al singolo orientamento clinico.

Ci sono tutto un insieme delle altre teorie che ti aiutano a vedere il problema da altri punti di vista, non per fare un minestrone ma per vedere da diversi punti lo stesso elemento. La persona ha degli aspetti dinamici, degli aspetti che possono essere visti da un punto di vista cognitivo, si può intervenire a livello comportamentale per alcuni passaggi, utilizzare modalità non-direttive laddove se pressa fai più danno che altro.

[Int26 109-110; M; cognitivista; 27 anni attività; pubblico-privato; formazione pluralista; no terapia]

Sì però la configurazione, cioè... diciamo che la strategia di intervento, che sia psicanalista, che sia cognitivista, che sia costruttivista è quella. Cioè le cose semplicemente si chiamano con termini diversi... Per cui credo che una terapia valga l'altra... cioè si fanno le stesse identiche cose... Sono anche convinta che noi abbiamo orientamenti diversi, però, poi, dal punto di vista clinico, sì, non si fanno sicuramente cose diverse.

[Int37 116/120/122; F; costruttivista; 19 anni attività; pubblico-privato; formazione ortodossa; no terapia]

Io direi che si può scrivere un manuale che equipari le varie teorie, non so se è una cosa assurda o impossibile e impensabile. Ma io non credo che una teoria disconfermi l'altra, ci vorrebbe una teoria che le rappresenta un po' tutte, ogni teoria ha delle cose giuste e importanti...

[Int14 178-179; F; psicodinamica; 20 anni attività; privato; formazione pluralista; terapia personale]

Che sia l'interpretazione dello psicanalista, che sia il meccanismo classico del gruppo terapeutico, che sia un prete, chiunque sia, l'importante è apprezzare un punto di vista diverso, per vedere la stessa cosa...

[Int31 185; M; sistemico; 4 anni attività; pubblico-privato; formazione pluralista; terapia personale altra]

Per guardare quello che succede dentro gli strumenti me li da di più la psicoanalisi, perché di per sé i sistemici hanno guardato fino ad un certo punto, quella è una scuola in realtà che omette un po' delle cose, non guardavano la scatola nera.

[Int32 122-123; F; sistemica; 25 anni attività; pubblico-privato; formazione pluralista; terapia personale altra]

Per la gestione delle emozioni e la questione della consapevolezza secondo me è... alcune scuole lo fanno a livello di gruppo... noi non lo facevano proprio per scelta, ma va anche bene, perché se è consapevole la cosa vuol dire che non lo facciamo perché noi vogliamo insegnarvi questo livello qui, è onesto. Quindi bisogna integrare...

[Int34 104; F; sistemica; 20 anni attività; pubblico; formazione pluralista; terapia personale altra]

Anche la sistemica oggi si occupa di emozioni, però l'ottica psicodinamica diciamo che va più in profondità, mi aiuta insomma mettere insieme i due approcci...

[Int24 63; F; sistemica; 10 anni attività; pubblico-privato; formazione pluralista; terapia personale altra]

#### **8.4.4 Strutture di conoscenza e modalità di gestione dell'elettismo in terapia**

Nello specifico, sembra che i terapeuti che hanno mostrato una struttura di conoscenza eclettica, al di là dell'orientamento professato, possano essere inseriti in tre gruppi distinti, in funzione delle modalità differenti di gestione di tecniche e costrutti appartenenti a paradigmi diversi dal proprio.

Un primo gruppo tende a sviluppare un livello di meta-conoscenza che organizza, a livello subordinato, l'uso di costrutti teorici differenti: la presenza di almeno due elementi tra loro dissonanti produce ad un meta-livello della struttura di conoscenza una rappresentazione inedita, capace di implicare, ai livelli subordinati, i costrutti reciprocamente incompatibili. Detto altrimenti, alcuni terapeuti costruiscono un livello sovraordinato di giustificazione delle differenti procedure eclettiche che vengono utilizzate nel corso della seduta clinica. Sono soprattutto i terapeuti "veterani", cioè, coloro che hanno maturato diversi anni di attività clinica (mediamente 20 anni) a costruire sistemi di conoscenza originali, esplicitando quelle che potrebbero essere considerate delle potenziali linee evolutive dei modelli psicologici. Ecco alcuni esempi:

[parlando delle teorie psicodinamiche e cognitiviste] Sono diverse, però hanno degli aspetti contigui. Una lavora, secondo me, sul profondo, mentre l'altra lavora sulla superficie e sul subconscio. La terapia cognitivo comportamentale ristrutturata la dimensione cognitiva, cioè una lavora ad una maniera e l'altra in un altro modo, ma sono entrambe valide. Io sono aperta ad ogni teoria, a me piace sapere tutto, cosa dice una, cosa dice l'altra, mi piace apprendere. Per cui non dico che la mia terapia è l'unica ed è quella elettiva... Sono due filtri diversi, una lavora più a livello inconscio, cioè tu dici così perché chissà cosa vuoi dirmi, e io interpreto, però devo anche pensare a livello conscio, cioè a livello razionale, quindi sono due livelli diversi ed io devo sempre fare i conti con livelli diversi. Io lavoro un po' così e vedo che funziona.

[Int14 119-123/185-186; F; psicodinamica; 20 anni attività; privato; formazione pluralista; terapia personale]

[proponendo un'integrazione tra approccio psicodinamico e sistemico] Il problema è dovuto al fatto che la persona usa per sé più l'area negativa che quella positiva, quindi io sono dentro un dialogo interno con un genitore critico, o salvatore, quindi con un genitore negativo, e questo genera dentro di me delle ingiunzioni; se dovessi usare anche l'ottica sistemica potrei aggiungere che è vero che il genitore negativo è dentro di me, ma è altrettanto vero che le relazioni potrebbero rinforzarlo... E' certamente interno ma si costruisce anche con l'esterno: se io ho un genitore interno che mi dice che sono stupido e che non combinerò niente nella vita, è ovvio che lo ho costruito grazie alla mia relazione con un genitore esterno, che magari è quello che ho a casa, e che ogni volta che mi vede mi dice che sono uno stupido, rinforzando quindi il genitore interno.

[Int20 82-86; F; sistemica; 20 anni attività; privato; formazione pluralista; terapia personale altra]

Un secondo gruppo tende a sviluppare dei sistemi rappresentazionali plurimi tra loro segregati, che consentono di intervenire diversamente a seconda della configurazione del problema trattato e della domanda specifica che il cliente pone. A questo proposito, il costrutto di "polifasia cognitiva" può rendere conto di come la conoscenza di uno stesso individuo possa oscillare tra sistemi di credenze differenti, consentendogli di costruire percorsi d'azione distinti e strettamente imbricati a forme di rappresentazione tra loro antitetiche (Wagner & Hayens, 2004; Wagner *et. al.* 2000; Wagner, 1998; Moscovici, 1961). Il sistema di credenze si organizza, in questo caso, in funzione di una molteplicità di rappresentazioni sul cambiamento totalmente segregate l'una dall'altra: questa polifasia cognitiva è cioè l'indicatore di un sistema rappresentazionale complesso, non organizzato ad un livello sovraordinato, ma che attiva specifiche modalità interpretative in funzione delle configurazioni retoriche del problema affrontato in terapia. In altri termini, la forma del problema presentato (e non necessariamente la sua categorizzazione nosografica) costituisce l'elemento distintivo che il terapeuta adotta per discriminare la scelta di una specifica prassi operativa. A tale proposito, è interessante cogliere i punti nodali che all'interno di un sistema rappresentazionale consentono al terapeuta di selezionare un certo intervento, restringendo il numero dei percorsi d'azione considerati viabili. In particolare, è il gruppo dei terapeuti con formazione eclettica e di orientamento prevalentemente psicodinamico a sostituire, con più facilità, il paradigma di riferimento con un altro che, per qualche aspetto, viene considerato più adeguato alla specifica configurazione del problema presentato dal cliente in terapia. La dimensione di significato più

rilevante nell'organizzazione del problema psicologico che può implicare slittamenti importanti nel sistema rappresentazionale del terapeuta sembra essere la polarità astratto/concreto: a fronte di problemi "ben definiti", invalidanti e "concreti", il terapeuta opterà per tecniche (soprattutto di matrice cognitivo-comportamentale) centrate sulla risoluzione del sintomo, considerate più rapide e di immediata praticabilità; mentre a fronte di problemi "relazionali" o "esistenziali" l'azione terapeutica si mantiene entro le prescrizioni del paradigma teorico di affiliazione. Negli estratti che seguono, i terapeuti esplicitano le caratteristiche di alcune situazioni in cui sono indotti a modificare il tipo di approccio da utilizzare in seduta passando, ad esempio, da modalità più psicodinamiche, centrate sull'ascolto e la relazione, ad altre cognitive, più direttive e quindi focalizzate sul sintomo.

Certo, quando le richieste dei pazienti sono di essere sostenuti nella contenzione del sintomo, senza aprire una dimensione di comprensione affettivo emozionale... Quindi sulla base della domanda del paziente, potrò usare più o meno il modello psicoanalitico... Ho provato ad indagare con un'anamnesi approfondita la dimensione relazionale, il paziente mi ha fatto raccogliere un'anamnesi approfondita, però era reticente sulla sua richiesta, cioè tentava di riportare il focus dell'attenzione della nostra relazione terapeutica sul suo problema specifico; io ho seguito questa sua indicazione, cercando di utilizzare una tecnica afferente alla teoria di tipo cognitivo, ho provato ad utilizzare delle tecniche nell'area della desensibilizzazione sistematica, cercando prima di approfondire la sua conoscenza sull'oggetto fobico, cercando poi di farlo studiare ed avvicinare...

[Int08 40/44/57-60; M; psicodinamico; 7 anni attività; pubblico-privato; formazione ortodossa; terapia personale]

Allora diventava dare a lei immediatamente questi strumenti, perché io non potevo permettermi di mettere a fare una lettura che sarebbe stata molto più lunga, per arrivare agli stessi tipi di risultati. Cioè dare prima a lei una lettura di ciò che si metteva in moto da un punto di vista psicodinamico, perché succedeva sta cosa, in questo momento, non sarebbe servito a lei. Io ho bisogno di dare in mano qualcosa a questa persona. Qui c'è una cosa concreta e di urgenza, una cosa che arriva dalla realtà di vita della persona che non ti può permettere di aspettare, per cui non posso stare a non anche, non dico consigliare, ma ad incentivare alcuni elementi che magari già ci sono.

[Int11 46-48; F; psicodinamica; 12 anni attività; pubblico-privato; formazione pluralista; terapia personale]

Allora gli spieghi che non è così però è una terapia breve, e non è necessario andare a pescare del quando eri piccolo ecc. ovviamente mi muovo più sull'attualità, quali sono le cose che lo angosciano oggi, in questo momento, qual è la preoccupazione più grande, e poi da lì ti orienti.

[Int12 111; F, psicodinamica; 22 anni attività; privato; formazione pluralista; terapia personale]

In questo caso, essendo una persona molto razionale e concreta, ho fatto fatica prima a farlo riuscire a sentire, più che a ragionare, però sono dovuta partire dal ragionamento, e quindi mettere in atto non più tecniche psicodinamiche ma quasi cognitive...

[Int13 57-58; F; psicodinamica; 20 anni attività; privato; formazione ortodossa; terapia personale]

Anche sai, io sono comunque psicodinamica, però sono anche una persona concreta, nel senso che quando vedo delle persone che arrivano con gli attacchi di panico, non sono certo quella che non utilizza quel minimo di conoscenze che ha anche a livello comportamentale, per aiutarli a contenere il problema...

[Int21 144-145; F; psicodinamica; 7 anni attività; privato; formazione pluralista; terapia personale]

Quindi diciamo che il mio modo di "intervenire" dipende dal problema che ho davanti, se la persona mi porta un "problema" definito, un sintomo, l'uso di alcune tecniche, di alcuni strumenti aiuta molto per far arrivare il paziente ad una remissione del sintomo e quindi ad un cambiamento evidente, quando però si partiva comunque da un "evidenza" già nel problema da risolvere; mentre se la situazione è meno definita, il disagio su cui vado ad intervenire è meno definito, mi baso molto sulla relazione terapeutica e quello che vi succede all'interno.

[Int40 30-31; F; sistemica; 7 anni attività; pubblico-privato; formazione pluralista; terapia personale altra]

Il terzo gruppo esprime una posizione definibile come "sincretica" che propone cioè dei tentativi di revisione delle procedure proprie di un modello altro all'interno di uno schema concettuale di plausibilità costruito a partire dal proprio orientamento teorico. Seppur questa forma di eclettismo si esprima sempre a livello di un eclettismo tecnico, la costruzione dell'azione terapeutica, così come la valutazione della pertinenza e dell'efficacia delle strategie seguono sempre criteri e regole proprie di un unico modello di riferimento. Il "sincretismo" è dunque un'operazione concettuale che consente di rileggere tecniche differenti all'interno di una comune matrice teorica di riferimento. In

questo caso, l'eclettismo viene decisamente respinto, ammettendo invece una rilettura teorica degli effetti che alcune tecniche (la cui efficacia viene spiegata diversamente all'interno delle cornici teoriche d'origine) possono avere su un sistema conoscitivo individuale (cfr. Marhaba & Armezzani, 1988). Tra i partecipanti è soprattutto il gruppo dei costruttivisti (ma non solo) a ricorrere a questa modalità di riordino della conoscenza terapeutica:

Dipende da quello che intendiamo per costruttivismo... perché io ho una visione abbastanza ampia, e va oltre a quella che mi è stata presentata a scuola... rispetto invece alla visione della scuola sicuramente, io l'ho ampliata... nel costruttivismo c'è tutto un aspetto legato alla fenomenologia, c'è tutto un aspetto legato al costruttivismo sistemico, se vogliamo fare riferimento ad altre teorie, c'è un aspetto legato alla relazione, c'è tutto un aspetto legato al corpo perché io ho una formazione di questo tipo, se vogliamo prendere qualcosa dalla psicodinamica c'è tutto il discorso sull'inconscio, quindi dal mio punto di vista ti direi no, perché nel costruttivismo ci sono tutte queste cose, però se uno ha una visione del costruttivismo che va in un'altra direzione, allora sì, però per me. In parte questo ampliamento della mia visione in parte viene dalla mia formazione, che mi ha portato già a vivere la scuola pensando di imparare degli strumenti da integrare in un'ottica più ampia.

[Int36 70-73; F; costruttivista; 7 anni attività; privato; formazione ortodossa; terapia personale]

Per cui credo che una terapia valga l'altra, non... cioè si fanno le stesse identiche cose: distribuzione delle dipendenze, che ne so, la creazione di un ruolo di un certo tipo di una persona, può benissimo essere equiparata a quella che è la norma sufficientemente buona di Winnicott.

[Int37 120; F; costruttivista; 19 anni attività; pubblico-privato; formazione ortodossa; no terapia]

Poi è una teoria talmente comprensiva, talmente flessibile quella kellyana, che è molto facile fare queste operazioni, che non sono eclettismo, è il riuscire a tenere un'epistemologia di fondo e guardarsi intorno, il provare e mettere dentro, a rileggere delle cose...

[Int09 66; F; costruttivista; 19 anni attività; privato; formazione pluralista; terapia personale]

In alcuni casi, tuttavia, l'importazione di strategie da un paradigma all'altro non è sempre l'esito di una traduzione chiara e consapevole, ma avviene rilevando le comunanze tra i costrutti di modelli teorici differenti, interpretandoli indebitamente come appartenenti allo stesso sistema di

conoscenze. In questo caso, l'assunzione di costrutti da una teoria all'altra non viene problematizzata in modo adeguato, generando forme peculiari di sincretismo: le strategie di integrazione implicano una focalizzazione sugli aspetti comuni ai due orientamenti, laddove un costrutto viene assunto come pertinente ma ridefinito nei termini dell'altra teoria, privandolo di fatto delle sue caratteristiche originarie. I terapeuti sembrano allora utilizzare prevalentemente quei costrutti che non contrastano con lo schema normativo di riferimento (Galli, 2006), generando equivalenze per somiglianze spesso solo nominali o per semplici analogie tra i costrutti, come negli estratti che seguono, dove costrutti differenti vengono riportati come simili nonostante il riferimento a cornici paradigmatiche tra loro incommensurabili:

Io mio chiedo che tipo di orientamento seguo, se quello sistemico o questo altro psicoanalitico che ho imparato attraverso l'analisi personale... di fatto penso che comunque a volte sembra che non ci siano differenze perché entrambi i sistemi puntano al cambiamento, dal punto di vista tecnico di conduzione della seduta, no siamo sicuramente su piani molto diversi, il sistemico è vis a vis, il sistemico c'è un intervento molto diretto, l'analitico è libere associazioni ecc. però di fatto poi quando hai la persona di fronte è la persona che stai guardando e io non riesco a trovare tanti confini tra le due tecniche se non per... non so ad esempio nell'ambito sistemico ho imparato che non so quei tre concetti fondamentali da cui è partita la scuola di Milano sono assolutamente attuali che sono l'ipotizzazione, la circolarità e la neutralità. Non so la neutralità è l'assenza di giudizio e quindi porre tutti sullo stesso piano, sia che tu abbia lì una persona, se sei in un colloquio individuale, sia che sei in un colloquio familiare, poni tutti sullo stesso piano, ma in un colloquio individuale altrettanto, non puoi mettere la moglie, non so se sto lavorando con la moglie e il marito deve stare pari nel racconto che lei mi fa o che lei mi porta o comunque io lo metto pari, anche se lei non me lo propone pari, questo anche col figlio... Quindi questo è un dato che io ho imparato prima alla scuola sistemica, ma ho visto anche nella pratica analitica attraverso le libere associazioni, perché è una tecnica diversa però alla fine comunque emergono le immagini interne che sono persone e anche lì il terapeuta me le metteva pari, per esempio...

[Int34 48-56; F; sistemica; 20 anni attività; pubblico; formazione pluralista; terapia personale altra]

Credo che non ci sia niente di più semplice del cambiamento per contrasto, una volta, o altri, lo avrebbero chiamato spostamento del sintomo, e le cose possono anche corrispondere...

[Int39 34; M; costruttivista; 20 anni attività; pubblico-privato; formazione pluralista; no terapia]

#### **8.4.5 La psicoterapia tra dogma e rigore: i sistemi ortodossi di conoscenza**

Nonostante una netta prevalenza di terapeuti esprima una struttura di conoscenza fondata per lo più su base eclettica, alcuni partecipanti hanno manifestato un sistema ortodosso di credenze (cfr. Deconchy, 1991; 1984) costruito in funzione delle premesse teoriche caratteristiche del modello di psicoterapia praticato. La mancanza di contraddizioni nel nucleo semantico della rappresentazione sul cambiamento terapeutico è predominante nei terapeuti che, oltre a non trovarsi in condizioni facilitanti l'eclettismo (contesto pubblico, formazione eclettica, terapia personale ibrida) esprimono narrative svalutanti gli altri orientamenti: più questa teoria è elaborata (e quindi non sostenuta da semplici prese di posizione fondate su stereotipie degli altri gruppi) e più sembra mantenere il clinico all'interno di una integrità teorica. Un esempio viene riportato nell'estratto che segue:

*Questi sono interventi più cognitivi, quando si indica un comportamento sbagliato e si esorta la persona ad evitare di compierlo, come se la persona non sapesse già che non riesce ad evitarlo! Non mi interessa sapere qual è il modo migliore di comportarsi, ma mi interessa sapere come mai non riesce a comportarsi in maniera diversa...*

[Int16 60-61; F; costruttivista; 7 anni attività; privato; formazione ortodossa; terapia personale]

#### **8.5 Discussioni sul quinto studio**

Da quanto è emerso nel corso delle interviste, i sistemi di conoscenza dei terapeuti sembrano organizzarsi entro dimensioni di significato decisamente più articolate delle rispettive matrici di scuola, lasciando presumere che l'attività terapeutica possa effettivamente configurarsi sulla scorta di una rivisitazione costante e attiva di diversi orizzonti del sapere (professionali, sociali e personali) a cui l'individuo prende parte. Infatti, accade spesso che i terapeuti, pur ribadendo a livello esplicito un'adesione teorica pressoché totale al proprio orientamento, sembrano non rispettare sempre tali presupposti (argomentativi) nel resoconto episodico che offrono sui casi clinici affrontati. Per dare un esempio, nel seguente estratto la terapeuta afferma di non "credere" alla presenza di fattori interni in grado di facilitare o, al contrario, di rallentare il processo di cambiamento. Tuttavia, riferendosi al caso di una paziente, la stessa terapeuta attribuisce la difficoltà riscontrata nel processo di cambiamento alla mancanza di qualche elemento durante il

percorso evolutivo, lasciando presumere il riferimento ad un presupposto normativo taciuto o negato nell'affermazione precedente.

Intervistatore: Può raccontarmi una situazione in cui si è scontrato con la persistenza del problema (disagio) del suo cliente?

Terapeuta: Beh, ad esempio io sto seguendo una persona con un percorso di crescita, una ragazza che ha anche dei problemi motori e che, cioè sicuramente c'è la persistenza di una determinata serie di cose, anche se, guardandola nel lungo tempo, c'è stata anche una crescita. Credo che lì sia una questione proprio... di crescita, cioè, nel senso che perché è una persona che ha ancora non si è definita come persona, che ha fatto determinati passi, che una persona che ha un'esperienza normale magari...

Intervistatore: Secondo lei possono esserci dei fattori interni alla terapia o esterni ad essa, che facilitano sia il raggiungimento sia il mantenimento del cambiamento?

Terapeuta: Fattori, boh, interni rispetto alla persona; cioè come dire se c'è una maggiore o minore disponibilità al cambiamento nelle persone... Non lo so. Mi sa quasi di idea logica, che cerchiamo l'aspetto che possa generare una maggiore tendenza al cambiamento, che possa favorire la prospettiva... non saprei. Cioè sicuramente ci sono molte teorie che ritengono che ci sia, però dal mio punto di vista cerco di non...

Ricercatore: Per esempio, rispetto al racconto che mi hai fatto prima della ragazza che ha impiegato più di un anno per cambiare perché le mancava qualcosa in termini di esperienza, di maturità. Quello lo vedi come un elemento che se c'è o non c'è può decretare un cambiamento di un certo tipo?

Terapeuta: Sì, però le mancava nei termini... cioè... Era una persona che aveva anche un problema motorio però in realtà non era legato al problema motorio... Nel senso che ci sono delle persone che pur avendo una certa età rimangono estremamente legate alla famiglia, ad una vita in seno alla mamma, alle cugine, alle zie, non hanno grosse amicizie proprie, non hanno una vita propria, vivono un po' in una nicchia, in una specie di nicchia protetta di famigliari, probabilmente lavorerebbe nella ditta di casa e probabilmente i problemi si sposterebbero più in là. Cioè... Perché magari non... si andrebbe un po' a perdere e poi, se uno guarda questa ragazza, per l'età che ha sicuramente vive in un... sì, non a livello di autonomia e di autogestione che potrebbe avere. Cioè diciamo che si noterebbe... ecco, la sua mancanza di autonomia, ma, credo appena appena...

[Int37 70-72/104-105/107-112; F; costruttivista; 19 anni attività; pubblico-privato; formazione ortodossa; no terapia]

Nello specifico del lavoro svolto, cenni di eclettismo risultano prevalenti sia nei terapeuti che segnalano una formazione pluralista, sia in quelli che, pur avendo una formazione in psicoterapia di

carattere ortodosso, hanno avuto percorsi di terapia personale con orientamenti diversi da quello di specializzazione. Queste si configurano come condizioni pregresse che facilitano un evolversi della struttura di conoscenza secondo schemi non convenzionali, più aperti e, nei termini delle distinzioni sopra tracciate, di ispirazione eclettica. Come abbiamo detto, tuttavia, tali strutture di conoscenze sono malleabili, flessibili, circoscrivibili al contesto entro il quale emergono, essendo queste continuamente costruite, confermate, ma anche riviste e modificate durante lo scambio comunicativo che avviene tra gli individui. Se questo processo non ha conseguenze rilevanti per le conoscenze specialistiche del terapeuta nello svolgersi della sua attività clinica (laddove nella relazione terapeuta-cliente il gioco di ruoli tutela le convinzioni del clinico attribuendogli di fatto l'esclusiva di poter meta-comunicare sulla situazione), la possibilità di discutere l'attività svolta con altri colleghi sembra incidere sull'organizzazione e l'ampliamento del sistema di conoscenze (cfr. Watzlawick, *et al.*, 1967). Una significativa inclinazione a mantenere un atteggiamento eclettico, infatti, ci viene offerta dal gruppo di terapeuti che lavorano in contesti pubblici, in equipe, o che hanno l'occasione ripetuta di conversare con professionisti di diversa appartenenza teorica. Questi momenti si configurano, infatti, come situazioni interattive entro cui è possibile negoziare dei significati proprio a partire dalla coordinazione che sussiste tra figure professionali differenti (che si occupano dello stesso "caso") e dalla possibilità di partecipare, attraverso la conversazione con i colleghi, ad universi di discorso plurimi in funzione dei quali vengono a configurarsi diversamente le istanze relative al processo terapeutico (Duranti & Goodwin, 1992).

Da quanto sopra esposto, ricordiamo inoltre che le RSI forniscono gli schemi di interpretazione del mondo, organizzando le azioni dei singoli e rendendo possibili, tra questi, delle comunicazioni e delle interazioni ordinate. Il rapporto che intercorre tra la formazione di queste RSI e le condizioni (socio-geniche) sopra esposte è dunque di natura bi-direzionale e non causale: mentre le prime si organizzano a fronte dei processi di interazione sociale che si svolgono nei contesti, l'interazione sociale stessa è resa praticabile dallo strutturarsi di queste RSI. Volendo applicare il modello della co-evoluzione sociale (von Cranach, *et al.* 1992; Thommen, *et al.*, 1988) ai modelli teorici della psicoterapia (Figura 11), possiamo allora dire che le RS sulle quali questi vengono fondati evolvono storicamente sia in funzione dei cambiamenti strutturali delle società che delle diverse rivisitazioni personali ricostruite come RSI convenzionali e privatizzate (cfr. Moscovici, 1976). Come sostiene von Cranach (1992), possiamo immaginare la relazione tra RS e RSI come un processo circolare: nel corso dell'interazione sociale con colleghi e istituzioni, come abbiamo detto, i professionisti tendono a riorganizzare il proprio sistema di credenze non solo in relazione alle RS del proprio gruppo di riferimento (in questo caso della scuola di affiliazione), ma anche in ragione di un sapere generico sulla psicologia e di teorie implicite di senso comune, che costituiscono la base sociale per

la pianificazione dell'azione clinica. Attraverso l'agire dei singoli, le RS del gruppo vengono in tal modo replicate, materializzate e rese tangibili, ma anche criticate, ampliate e riviste nel configurarsi della prassi clinica. Come abbiamo mostrato, infatti, tra i componenti del gruppo esiste un consenso solo parziale rispetto all'organizzazione delle RS di riferimento e questo può far nascere conflitti, contraddizioni e dibattiti che conducono al mutamento sociale. In questo caso, alla modificazione delle RS ufficiali dei modelli di psicoterapia, chiudendo di fatto il cerchio dell'interazione reciproca tra livello individuale e sociale.

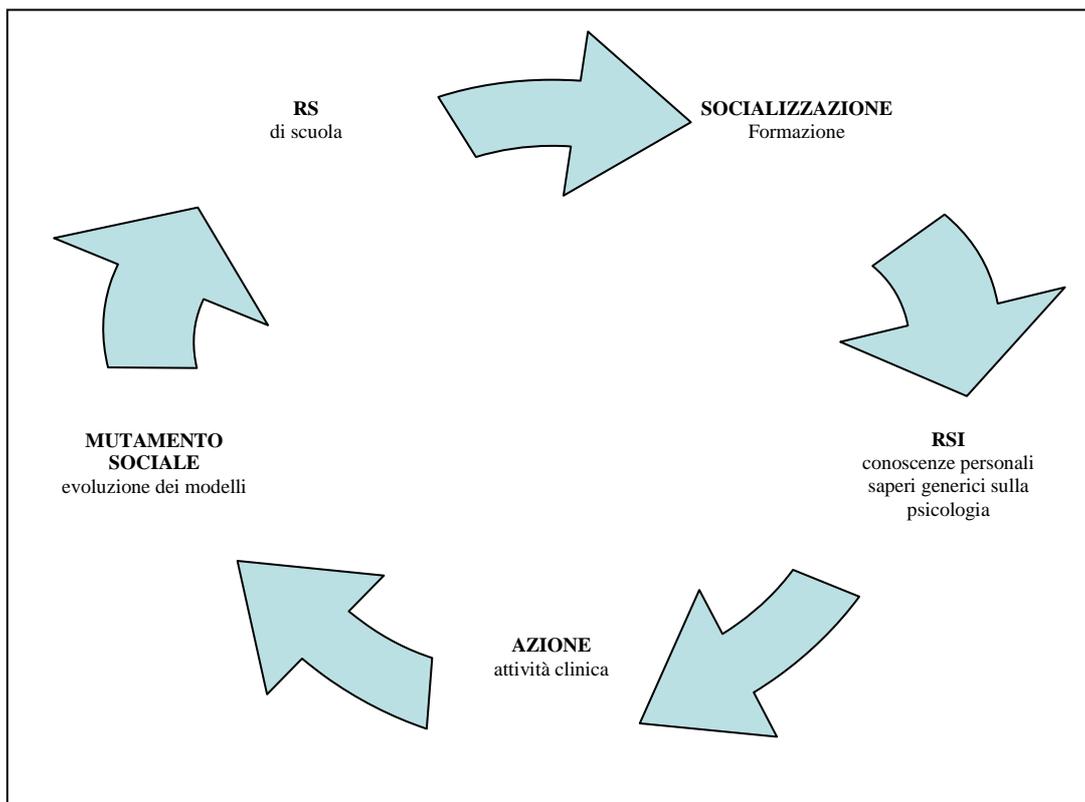


Figura 11. “Schema della co-evoluzione sociale di modelli”

### 8.6 Evoluzione dei modelli tra moniti e potenzialità

Il presente studio intende offrire alcuni spunti di riflessione in previsione di alcune modifiche socio-organizzative che, ad esempio nel contesto italiano, vorrebbero includere la psicoterapia in ambito pubblico. Come segnalato, il contesto pubblico è un contenitore importante all'interno del quale il terapeuta può negoziare, con diverse figure professionali, i significati relativi all'organizzazione della sua pratica psicoterapeutica. Questo fattore diventa decisivo e dovrebbe coinvolgere modifiche sostanziali all'interno dei percorsi formativi laddove, ad esempio, vengono tracciati i presupposti per la sedimentazione di un sapere che possa sfuggire ai rischi di una mera esecuzione eclettica della clinica. Inoltre, le discrepanze presenti tra le rappresentazioni sociali emerse dai resoconti e le rappresentazioni di scuola possono suggerire delle linee evolutive non ancora formalizzate entro cui

i diversi costrutti teorici pertinenti ad un modello si stanno modificando, anche in relazione alla prassi clinica e all'adeguamento costante delle conoscenze del terapeuta ai mutamenti culturali e macro-strutturali delle società contemporanee. In questo senso, la distanza che si può evidenziare tra rappresentazioni sociali e individuali non è necessariamente un indicatore negativo della competenza clinica del terapeuta ma, al contrario, può configurarsi come occasione per una riflessione critica, per un arricchimento e una condivisione del potenziale euristico presente in queste forme di conoscenza quotidiana. Se è vero che, in alcuni casi, i contributi personali dei terapeuti dipendono unicamente da una erronea interpretazione della teoria, in altri, possono rappresentare un allontanamento ragionato dai rischi che i modelli di psicoterapia possono correre. Cioè quello di trasformarsi, con il passare del tempo, in apparati normativi e istituzionali, impermeabili al cambiamento, imprigionati in ortodossie di linguaggio, e celebrati da discepoli dogmatici impegnati in conferme reciproche. Proprio su questo punto, riportiamo di seguito le attente precisazioni di una terapeuta:

Bisogna fare una distinzione fra ciò che vuol dire essere ortodossi, ciò che vuol dire essere un bravo discente della tua scuola e fra cosa vuol dire essere un intellettuale... Se sei ortodosso devi prendere la teoria, capirla fino alla fine e applicarla. Se sei un bravo discente della tua scuola, già interpreti quella teoria, avrai la tua tecnica preferenziale, una cosa che dovresti fare, poi magari te la giri perché dici questa cosa non esiste, e via via. Poi puoi essere un intellettuale, puoi prendere quello che di buono ti ha dato la tua scuola, un po' di buono che ti ha dato la teoria, un po' di buono che sei te, metterti in gioco e iniziare a ragionare su questa cosa.

[Int19 122-124; F; costruttivista; 5 anni attività; privato; formazione pluralista; terapia personale]

A quanto sopra, non ci resta che aggiungere l'enfasi pragmatica e il monito espresso lucidamente da Rosati (cfr. Marhaba & Armezzani, 1988) in una metafora, mentre parla di eclettismo: "chi cerca di battere un chiodo col manico di una chiave inglese fa benissimo se non ha nulla di meglio a portata di mano, ma farebbe pensare al peggio se cercasse di svitare un bullone con un martello".

# RIFLESSIONI CONCLUSIVE

*Quando vi sono certezze, viene meno lo stile: la cura dell'espressione è la prerogativa di coloro che non possono addormentarsi in una fede. Mancando di un solido appoggio, essi si aggrappano alle parole – simulacri di realtà; gli altri, invece, forti delle loro convinzioni, disprezzano l'apparenza delle parole e si abbandonano all'agio dell'improvvisazione.*

E.M. Cioran

## 9.1 Un breve sommario

La ricerca ha proposto un'esplorazione quali-quantitativa delle teorie sul cambiamento di diversi gruppi sociali coinvolti, a vario titolo, all'interno del mondo della psicologia e della psicoterapia in particolare. Il primo studio si colloca al livello dei processi di formazione delle rappresentazioni sociali e, nello specifico, ha preso in considerazione i processi di ancoraggio in funzione dei quali gli studenti riorganizzano il loro sapere professionale. Il lavoro si è quindi proposto di indagare come le teorie psicologiche (personali) tendano a modificarsi in relazione al percorso di studi, attraverso un confronto tra le conoscenze espresse agli esordi accademici con le competenze cliniche maturate durante l'iter universitario. I principali risultati suggeriscono che la formazione ricevuta tende a consolidare le teorie sul cambiamento all'interno di un'ottica individualista e razionalista. Inoltre i costrutti principali che compongono le rappresentazioni di questi gruppi risultano essere più simili a quelle veicolate dagli psicoterapeuti di orientamento psicodinamico e cognitivo-comportamentale: un dato in parte giustificato dalle vicissitudini storiche e sociali che hanno decretato un'ampia diffusione di queste teorie all'interno della nostra tradizione culturale.

Il secondo studio ha proposto un'indagine delle oggettivazioni che sostengono le rappresentazioni del cambiamento nel gruppo dei terapeuti. Attraverso uno studio di immagini, metafore e analogie presenti nei resoconti dei partecipanti si sono ricostruiti i quadri iconici predominanti dei diversi gruppi in riferimento alla scuola teorica di appartenenza. Questi nuclei figurativi contribuiscono infatti a strutturare la conoscenza dei terapeuti in due modi principali: da un lato costituiscono una strategia di semplificazione che i clinici sfruttano per dare forma ai concetti più astratti delle teorie. Dall'altro consentono di replicare i presupposti teorici di un modello all'interno della realtà clinica, fornendo ai terapeuti un sistema di pre-comprensione in funzione del quale vengono organizzate le informazioni sul cliente. I principali risultati hanno messo in evidenza come gli esponenti di ciascuna Scuola facciano riferimento in modo preferenziale ad una o più metafore generative anche se, in alcuni casi, tendano a condividere un sistema rappresentazionale comune e più generico.

Il terzo studio ha preso in considerazione le modalità di organizzazione dell'agire terapeutico a partire dalle rappresentazioni dominanti sul cambiamento. A partire da un'analisi del contenuto sui testi delle interviste si sono ricostruiti gli obiettivi, le strategie e le valutazioni operate dai gruppi di terapeuti al fine di promuovere un cambiamento nel cliente: è stato quindi possibile differenziare logiche di intervento specifiche per ciascuno dei modelli analizzati. Tra i risultati principali segnaliamo l'emergere di alcuni principi organizzatori in funzione dei quali i terapeuti si posizionano nella costruzione della *fenomenologia* del cambiamento: questa sembra definirsi, in particolare, tenendo conto del livello di realismo adottato (Realtà-Interpretazione) e della natura intra o inter-personale attribuita ai processi psicologici (Individuo-Relazione).

Il quarto studio ha proposto un'indagine di come i terapeuti gestiscano le conoscenze specialistiche nell'ambito della vita di tutti i giorni. Ai terapeuti è stato chiesto di raccontare, oltre ad un caso clinico, anche un episodio centrato su un cambiamento vissuto personalmente e un episodio riferito al cambiamento di un conoscente. Il confronto dei diversi resoconti ha consentito di ricostruire dei sistemi di conoscenza più articolati che dalle domande centrate sulla sola attività clinica non sarebbero potuti emergere. I risultati hanno messo in luce come le teorie sul cambiamento subiscano delle modificazioni qualora applicate a contesti diversi da quello prettamente terapeutico: quanto emerge dalla comparazione delle significazioni dei terapeuti in contesti diversi è infatti uno spostamento delle rappresentazioni sul cambiamento da una dimensione 'individualista' ad una essenzialmente 'relazionale'.

Il quinto studio ha voluto esplorare le modalità di organizzazione della conoscenza terapeutica nelle sue attuazioni più informali. In particolare, si sono prese in considerazione le argomentazioni dei clinici per giustificare, durante l'attività clinica, l'integrazione teorica e metodologica di differenti modelli, o la personalizzazione degli stessi al fine di incrementare l'efficacia di una prassi rivolta al cambiamento. Durante l'intervista, i terapeuti sono stati invitati ad individuare le eventuali aree critiche del proprio modello di riferimento, a cui seguivano domande per sondare come questi limiti venissero superati nel corso dell'attività clinica. L'individuazione di questi punti di criticità equivale ad una focalizzazione rispetto alle situazioni cliniche che possono innescare il ricorso a RSI devianti dalle RS condivise dal gruppo di appartenenza. I principali risultati mostrano infatti come l'attività clinica sia spesso fondata su forme di conoscenza pluralista e non ortodossa. Inoltre, i terapeuti che hanno mostrato una struttura di conoscenza eclettica possono essere inseriti in tre gruppi distinti, in funzione delle modalità di gestione delle teorie implicate nell'agire terapeutico: 1) il primo gruppo sembra sviluppare una meta-conoscenza su modelli diversi; 2) il secondo gruppo tende ad utilizzare modelli specifici in funzione della situazione clinica incontrata; 3) il terzo

gruppo tende ad utilizzare strategie differenti riconducendole all'interno di un medesimo schema concettuale.

## 9.2 Considerazioni metodologiche: critiche, soluzioni, dubbi

Prima di affrontare considerazioni di carattere meta-teorico che questi risultati ci consentono di avanzare, presentiamo qui una breve discussione critica sui metodi utilizzati, sia per la fase di raccolta dei dati verbali, sia per la fase di analisi del materiale testuale.

- *L'intervista narrativa.* Il problema principale riscontrato nell'uso di questa strumentazione d'indagine è che non tutti i partecipanti sono stati capaci, allo stesso modo, di produrre narrative ampie ed informative sull'argomento. Per questo motivo, l'intervista narrativa andrebbe selezionata accuratamente in funzione degli interlocutori della ricerca. Occorre infatti valutare che il metodo sia applicabile alle peculiarità del partecipante, motivo per cui il protocollo è stato qui utilizzato solo con una parte ristretta del campione di studenti. Un'ulteriore difficoltà riscontrata è strettamente connessa all'uso di questo tipo di intervista all'interno di disegni di ricerca comparativi come quello seguito in questo lavoro. La difficile focalizzazione su tematiche specifiche rende infatti più faticoso il confronto tra le produzioni narrative dei partecipanti. Nello studio riportato, si è tentato di ovviare a questo impedimento incrementando la sezione dedicata alle *domande di bilanciamento* (cfr. § 4.3.3). Queste sono composte da quesiti più mirati che venivano formulati con l'obiettivo di dettagliare la storia principale nei punti rilevanti per le domande di ricerca (si veda Appendice III).
- *Storia da commentare.* Il limite principale di questa opzione metodologica è quello di fornire una traccia testuale che può fungere da ancoraggio concettuale per le risposte dei partecipanti. All'interno di ricerche qualitative volte ad esplorare i punti di vista dei partecipanti, questo effetto può limitare fortemente il tipo di resoconti che si raccolgono. Durante le procedure di analisi lessicale sul testo, comunque, si sono adottati alcuni accorgimenti (cfr. cap. IV) per ridurre al minimo l' 'influenza' del lessico che i partecipanti mutuavano direttamente dalla traccia proposta.
- *L'intervista episodica.* Come già accennato nel § 6.3.1, la limitazione principale di questo tipo di intervista consiste nella difficoltà a far rispettare il principio guida ai rispondenti: ovvero quello di rendicontare, oltre ai resoconti su temi generali, anche e soprattutto storie centrate su episodi particolari vissuti in prima persona. Durante le interviste si sono applicati i suggerimenti di Flick (2006) per ovviare a questa difficoltà, riformulando semplicemente la richiesta all'interlocutore. In fase di analisi, tuttavia, si sono costruiti alberi di codifica

specifici per consentire una distinzione tra rispondenti che preferivano esprimersi attraverso modalità episodiche e rispondenti che prediligevano modalità più ‘dichiarative’. A questo riguardo, è scaturita una riflessione teorica su come l’apprendimento di specifici modelli teorici potesse favorire un certo tipo di espressione narrativa nei terapeuti affiliati. Ad esempio, si è registrata una forte tendenza del gruppo dei terapeuti costruttivisti ad utilizzare modalità episodiche, mentre sono soprattutto i terapeuti cognitivo-comportamentali ad esprimersi attraverso formule generali. Una possibile interpretazione potrebbe chiamare in causa il diverso riferimento paradigmatico dei due modelli teorici: uno principalmente orientato a perseguire una conoscenza idiografica (costruttivista), mentre l’altro impegnato a consolidare una conoscenza nomotetica (cognitivista).

- *Software*. Le analisi con Spad non sono sempre risultate adeguate da un punto di vista statistico. Le ragioni possono essere imputate alla misura dei testi delle interviste (piuttosto ridotta per le applicazioni del programma) e alla presenza di matrici di dati disperse, dovute essenzialmente ad aspetti caratteristici del materiale trattato, come la presenza di un lessico ricco e variamente eterogeneo. E’ anche per questa ragione che l’ACL è stata riportata soltanto in riferimento ad alcuni *parent nodes* e non invece applicata sulla totalità delle tematiche prese in esame. Per quanto riguarda le analisi svolte con Nud.Ist, la difficoltà maggiore è stata quella di trovare un compromesso tra un sistema di codifica più aderente al testo e un altro più astratto ma capace di meglio sintetizzare i dati raccolti. Nel lavoro svolto, quindi, si sono costruite più codifiche sequenziali (cfr. § 6.3.2.2) con l’obiettivo di rispondere a differenti domande di ricerca: alcune di queste, infatti, erano volte a semplificare la dispersione dei dati e a proporre dei modelli sintetici (§ 5.2.2); altre invece erano virate a dettagliare i modelli teorici e moltiplicare le differenze (§ 6.2.2). Complessivamente la versatilità del *software* ha garantito la possibilità di organizzare alberi di codifica pertinenti con i temi specifici della ricerca. La durata delle procedure di codifica, tuttavia, emerge come il vero punto di criticità per questo tipo di analisi, soprattutto se i testi da studiare richiedono l’elaborazione di una codifica concettualmente articolata come quella presentata. Questa procedura, infatti, occupa molto tempo, sia perché richiede una lettura attenta di ogni proposizione, sia perché alberi di codifica concettualmente distinti devono essere applicati a ciascuna unità d’analisi. Questo significa che ogni locuzione richiede, in pratica, una codifica multipla attraverso l’uso di più etichette contemporaneamente (cfr. § 6.3.2.2). Per certi aspetti, il lavoro assiduo che richiede questa procedura non viene proporzionalmente compensato dalla qualità e dalla quantità delle informazioni che può offrire.

- *Altre criticità metodologiche.* Un ulteriore punto critico riscontrato nell'uso di metodologie qualitative, soprattutto quando intrecciate con altre procedure e valutazioni di carattere quantitativo, risulta essere la generalizzabilità dei dati. Nel presente lavoro, si sono definiti dei criteri *a priori* per poter attribuire ragionevolmente un elemento alla dimensione *sociale* della rappresentazione. Allo stesso tempo, questa attribuzione continua ad essere, almeno in parte, un'operazione arbitraria del ricercatore. Nell'ambito delle metodologie qualitative (Flick, 2006; Denzin & Lincoln, 2000) diverse opzioni concettuali sono state proposte per ovviare alla questione; ad esempio, l'aspetto più rilevante consiste nel sostituire un criterio di generalizzabilità fondato sul numero, con criteri più esplicitamente fondati sulla teoria, che consentirebbero cioè la trasferibilità dei dati della ricerca a contesti (teoricamente) simili tra loro. Tuttavia, se questa operazione risulta applicabile con una certa facilità a fronte di domande di ricerca specifiche e caratterizzate da una forte valenza locale, la viabilità della stessa strategia appare più compromessa di fronte a quesiti centrati su 'oggetti' di ricerca più astratti: è il caso, ad esempio, del cambiamento e della conoscenza terapeutica.

### **9.3 Epistemologia e psicoterapia: per una meta-teoria sull'intervento**

La ricerca si è proposta di investigare le rappresentazioni sociali condivise da studenti di psicologia e da gruppi di terapeuti nel generare una prassi rivolta al cambiamento. Queste rappresentazioni possono essere viste come:

- delle costruzioni trans-teoriche;
- dei discorsi caratteristici di determinati gruppi sociali (o corporativi);
- delle interpretazioni personali dell'attività terapeutica (rappresentazioni sociali individuali).

Tuttavia, se questi sistemi rappresentazionali si riferiscono o meno ad uno schema accreditabile come "scientifico", non spetta a noi dirlo. In merito a questo, la ricerca può solo promuovere uno spazio di confronto tra gli esperti della psicoterapia, i ricercatori di psicologia clinica e gli epistemologi della psicologia. Il lavoro, quindi, non porta avanti un discorso epistemologico in modo esplicito, tentando di ricercare le infrazioni alle coerenze prescritte dai diversi quadri di riferimento a cui le teorie dei clinici si rifanno. Ciò nonostante, alcune riflessioni circa la praticabilità del "coerentismo" epistemologico (Castiglioni & Corradini, 2003; Schwandt, 2000) dovrebbero essere prese in considerazione come conseguenza di un'analisi volta ad indagare il modo in cui i principi teorici del terapeuta si armonizzano per configurare un'attività (clinica) significativa. Detto in altri termini, la ricerca psicosociale non si propone come un'investigazione epistemologica, ma può mettere i filosofi della scienza nella condizione di poter rivedere, entro un procedimento ricorsivo, le declinazioni del sapere nell'ambito scientifico indagato. L'epistemologia

è sempre una ricostruzione *post-hoc* che consente di risalire all'insieme di regole che sottostanno all'applicazione di un certo sapere conoscitivo e, da un certo punto di vista, la presente ricerca offre indirettamente il materiale necessario all'elaborazione di una prima fase che potrebbe caratterizzare questa impresa.

Dai resoconti dei terapeuti, infatti, sono emersi dei principi organizzativi imperniati su alcune dicotomie fondamentali, nominate differentemente a seconda dell'orientamento teorico professato dal rispondente: è quindi plausibile ritenere che la formazione in psicoterapia sensibilizzi il clinico verso alcune tematiche sovraordinate che contribuiscono a costituire simbolicamente la sua identità professionale. Allo stesso tempo, in risposta ad una domanda (poi omessa dalle analisi qui mostrate) volta a chiarire le assunzioni meta-teoriche dei modelli di psicoterapia, la maggior parte dei terapeuti non esprime un chiaro riferimento concettuale, lasciando presumere che il livello epistemologico retrostante l'assunzione di una prospettiva teorica rimanga per lo più implicito all'organizzazione dei sistemi di credenze. Questo significa che per alcune questioni basilari, i terapeuti non organizzano la propria attività entro uno schema di consapevolezza e coerenza meta-teorica, ma all'interno di una dimensione di plausibilità che ha più a che vedere con la razionalità del senso comune. La coerenza metodologica riscontrata, infatti, non è tale in conseguenza dell'applicazione di un criterio logico, ma si esprime nei termini di una coerenza narrativa, definita essenzialmente sulla base di criteri di ordine sociale e relazionale.

Da un punto di vista logico, dunque, un'analisi epistemologica dei resoconti delle interviste riscontrerebbe inadeguatezze a due livelli:

- le rappresentazioni sul cambiamento costruite dal terapeuta non sono coerenti rispetto agli assunti meta-teorici di riferimento;
- le rappresentazioni sul cambiamento (che comprendono la definizione dei costrutti di “problema”, “causa” e “strategia” e la loro interrelazione) sono incoerenti al loro interno a diversi livelli di implicazione, ad esempio tra configurazione e giustificazione del problema e la logica di intervento che ne dovrebbe conseguire.

Questo ci porterebbe ad avanzare alcune considerazioni: ad esempio, che la formazione in psicoterapia sia insufficiente o inadeguata per fondare le competenze del clinico entro criteri epistemologici definiti. Tuttavia, ad un esame più attento, è possibile rilevare come i criteri logico-razionali propri del discorso epistemologico siano inapplicabili (e quindi da riformulare) per quanto concerne l'epistemologia della pratica, cioè per decodificare le regole di gestione applicativa di un sapere pragmatico rivolto, ad esempio, a gestire i processi di cambiamento in psicoterapia (Polkinghorne, 1992). In questo senso, i discorsi prodotti dai terapeuti, seppur epistemologicamente scorretti, non vanno interpretati come confusioni, aberrazioni concettuali o mancanze, ma si

evincono come dato significativo a partire dal quale il filosofo della scienza dovrebbe cominciare a descrivere l'assetto epistemologico, per come esso si declina durante l'interazione, cioè per come esso viene effettivamente applicato. L'ambito della psicoterapia, infatti, essendo strettamente ancorato ad una competenza circa i discorsi di senso comune che preconstituiscono l'oggetto su cui intervenire, rilancia l'esigenza di stabilire criteri (formativi, valutativi e operativi) del tutto particolari. Quindi, se è vero che le antinomie epistemologiche sono state definite in funzione di teorie formali (Marhaba, 1976), è forse opportuno rintracciare una griglia epistemologica relativa alla conoscenza "informale" dei clinici. Una riflessione, in questa direzione, dovrebbe dunque tenere in considerazione quelle condizioni in cui gli individui non si occupano solamente della formalizzazione di un sapere, ma anche della sua applicazione. Di conseguenza, l'attenzione andrebbe rivolta alla costruzione di modelli terapeutici che tengano conto, ad esempio, dell'irrinunciabile partecipazione del terapeuta al senso comune di una cultura, della natura dialogica della psicoterapia e della configurazione di un ente (il cliente) le cui caratteristiche principali sembrano polarizzarsi verso una dimensione antropomorfa (cfr. Armezzani e Marhaba, 1988).

A fronte di quanto detto, è opportuno sviluppare un apparato teorico (o meta-teorico) che tenga conto di aspetti propri dell'attività clinica al fine di sviluppare prassi che siano informate e regolate, piuttosto che opportunistiche. Ad esempio, ciascun modello potrebbe:

- ancorarsi inevitabilmente ad una dimensione pragmatica (rilevata a partire da una configurazione ingenua della psicoterapia ma anche in funzione dello stesso mandato sociale che lo psicoterapeuta può avere). Potremmo cioè dire che la psicoterapia sia intrinsecamente configurata in ragione di un pragmatismo conoscitivo che la regola (Salvini, 1988);
- prendere in considerazione l'aspetto normativo del suo operato e di come questo possa intervenire sia nella ridefinizione dei valori e degli obiettivi della psicoterapia, sia nelle configurazioni cosiddette psicopatologiche degli individui.

Il pluralismo che ne deriva implica inoltre l'esigenza per il clinico di possedere una teoria sulle teorie che gli consenta di non reificarne i costrutti, né di assolutizzarne le matrici concettuali, assumendone le prescrizioni normative in forma ideologica. Infatti, la provocazione che i terapeuti lanciano affermando che "la pratica trascende sempre la teoria" dovrebbe essere portata alle sue estreme conseguenze e riflettersi su tutti i livelli del fare attività clinica. Ad esempio, questo significherebbe che ogni lente teorica si adotti in psicoterapia, non sia vera né costitutiva della realtà in sé, ma assume la valenza di un espediente della ragione *temporaneamente* vero in funzione dell'utilità che può avere nel lavoro col cliente. La proposta che scaturisce da questa ricerca è dunque quella di accogliere, in tutta la loro ricchezza, le diverse tradizioni psicologiche,

declinandole all'interno di una nuova modalità d'uso di cui lo psicologo può avvalersi. Se il pragmatismo viene infatti riconosciuto come un orizzonte plausibile e sostenibile, idoneo alla pratica della psicoterapia, è necessario poterne cogliere tutte le implicazioni, non solo a livello operativo, ma anche e soprattutto a livello meta-teorico: ciò equivale a stabilire dei nuovi riferimenti paradigmatici entro i quali è possibile muoversi in una logica di realismo critico e concettuale, dove i costrutti psicologici (cognitivi, sistemici, dinamici, costruttivisti, ecc.) si configurano come potenziali espedienti della ragione più o meno adeguati per contribuire a generare, nella situazione, un processo di cambiamento.

#### **9.4 Il pragmatismo riflessivo**

Lo studio delle psicoterapie ha finora organizzato due modalità di sopravvivenza al pluralismo teorico e alla proliferazione di modelli di intervento così eterogenei tra loro. Da un lato, assistiamo al solleccito verso un eclettismo sfrenato giustificato essenzialmente dalle necessità pragmatiche del lavoro in psicoterapia; dall'altro, si è promosso un movimento di integrazione più o meno a-critico dei modelli che, ancorandosi ad un unico paradigma epistemologico (quello del naturalismo), ha messo tra parentesi le incommensurabilità epistemologiche e concettuali delle diverse tradizioni di psicoterapia. La presente ricerca ha invece l'auspicio di proporre una terza via, riferendosi ad un filone di studi volto a promuovere l'uso strategico e pragmatico di una pluralità di teorie, a fronte di una consapevolezza meta-teorica ed operativa del terapeuta.

Occorre tuttavia sottolineare come sia stato proprio il "pragmatismo" di molti terapeuti ad impedire la maturazione di una consapevolezza in questo senso. Ogni consapevolezza, infatti, viene considerata troppo spesso come una "filosofia" anziché come una "scienza", indicando la comprensione della fondazione intellettuale dei modelli come superflua. A questo proposito, ricordiamo che anche il pragmatismo ha la sua fondazione concettuale (James, 1907; Pierce, 1931), così come l'atteggiamento pragmatico, di per sé, non può sfuggire dall'aver a sua volta delle assunzioni e delle implicazioni. Tuttavia molti terapeuti hanno proceduto come potevano, aderendo alla logica del "tutto è consentito". Questo pragmatismo 'triviale' (cfr. Slife, 2004), non approfondito, appare come una variazione dell'oggettivismo epistemologico e sembra sottostare a molte tendenze della psicoterapia contemporanea legittimando, ad esempio, l'enfasi recentemente posta dagli studi sull'efficacia delle psicoterapie.

Il presente contributo, tuttavia, vuole essere un richiamo ad un'altra forma di pragmatismo, che chiameremo "riflessivo", dove non solo i terapeuti sono invitati a riflettere sulle proprie costrizioni concettuali, ma anche di trovare delle alternative ad esse nel momento in cui i limiti riscontrati non sortiscono gli effetti che, almeno da un punto di vista terapeutico, desideravano produrre.

L'auspicio è cioè quello di contribuire ad incrementare la presenza di psicoterapeuti "predittivi" (o anticipatori), che ammettono l'esigenza metodologica di conoscere le conseguenze di un'azione clinica, piuttosto che riprodurre serialmente psicoterapeuti "casuali", il cui livello di auto-correzione in termini di strategia è limitato dall'uso di costrutti teorici assunti dogmaticamente.

La difficoltà operativa è che, da un punto di vista formativo, il pragmatismo riflessivo richiede ben più di una semplice consapevolezza: esso richiede uno sviluppo attivo e una ricerca deliberata di costruzioni circostanziate che risultino plausibili e viabili all'interno della relazione con il cliente. Senza questa operazione, come abbiamo visto ad esempio nello studio sulle dimensioni iconiche della rappresentazione, le costruzioni più familiari finiscono con l'essere assunte per vere, punti di vista popolari diventano reificati e un'organizzazione possibile della realtà diventa *l'organizzazione della realtà*.

### **9.5 Direzioni comuni: alcune proposte per una psicoterapia riflessiva**

Un'esigenza che sembra nascere prendendo in considerazione i risultati della presente ricerca (pur volendoli ritenere parziali e circoscritti – in termini di generalizzabilità – al contesto preso in esame) è quella di implementare, nei percorsi di formazione degli psicoterapeuti, riflessioni meta-teoriche che consentano ai futuri professionisti di "utilizzare", anziché subire, la ricchezza offerta dalle conoscenze di senso comune (sulla psicologia) e dall'eterogeneità delle prospettive teoriche (Massironi...). Affrancandosi da programmi di ricerca riduzionisti che semplificano la realtà, riducendola, sembra decisamente più opportuno dotarsi di criteri conoscitivi che consentano di gestire la complessità dell'umano senza perdersi o confondersi in essa. Per quanto riguarda la psicologia clinica e la psicoterapia, spunti in questa direzione ci vengono offerti da riflessioni sia di carattere epistemologico (Gergen, in stampa; Slife & Williams, 1995; Polkinghorne, 1992; Salvini, 1988), sia di carattere teorico applicativo (Slife *et al.*, 2001; Safran & Messer, 1997). Ad esempio, nella proposta di Slife *et al.* (2001) un modo illuminato di organizzare la pratica psicoterapeutica potrebbe prevedere l'uso di costrutti teorici differenti in *tempi* differenti, abbandonando quindi l'idea che essi siano dei contenitori di verità tangibili in concorrenza tra loro. Piuttosto ciascun discorso teorico dovrebbe essere considerato alla stregua di una procedura che può risultare più o meno adeguata a gestire l'interazione del momento in funzione di specifici obiettivi che ci si è posti per organizzare la psicoterapia. Una deduzione del tutto simile è quella espressa da Duncan e Miller (2000) circa la complementarità delle teorie sul cambiamento. Queste, infatti, si dimostrerebbero valide non in termini assoluti ma soltanto all'interno di una reciprocità tra costruzioni del terapeuta e costruzioni del cliente: più queste teorie sul cambiamento risultano simili tra loro e capaci di configurare uno scenario di ragionevolezza condiviso all'interno della relazione terapeutica e più la

psicoterapia sembra incrementare il suo grado di efficacia e di efficienza. Ancora, Safran & Messer (1997) propongono un pluralismo teorico dal momento in cui ciascuna prospettiva tende ad imprigionare l'identità del cliente entro sistemi di pensiero finiti. Moltiplicando i discorsi possibili si può invece promuovere una maggiore libertà d'azione che consenta di affrancarsi dal rischio di congelare l'altro all'interno di visioni stereotipate, categorizzazioni sterili e versioni dogmatiche della realtà. Ma è soprattutto al contributo di Gergen (2008) che la presente ricerca sembra portare un chiaro sostegno empirico, confermando l'esigenza di sviluppare un pragmatismo riflessivo capace di gestire la polifonia dei discorsi, non solo dei clienti in psicoterapia, ma anche e soprattutto degli stessi psicoterapeuti. All'interno di una *multi-being perspective* come quella proposta dall'autore, ciascun individuo sembra perdere i connotati di coerenza e di razionalità che lo rendono riconoscibile come *soggetto*, per sfumare entro una dimensione relazionale, la quale contribuisce a costruire, in un processo costante di negoziazione, il senso delle azioni proprie e altrui. A fronte di quanto detto, dunque, anche il terapeuta non potrà permettersi di estinguere il senso della propria attività nel riflesso di una sola teoria, in quanto molteplici saranno le teorie che lo abitano, per necessità, come essere umano in relazione con altri esseri umani. Detto in questi termini, ammettere che gli interlocutori della psicoterapia siano persone "multiple", coinvolte in una pluralità di mondi di significato, implica un nuovo modo di fare e pensare la psicoterapia, sia per quanto concerne la sua pratica sia per quanto riguarda il *training* degli psicoterapeuti.

## **9.6 Tranelli e riforme: contro i presupposti taciti della ricerca**

La costruzione del protocollo di domande, in parte mutuato dalla definizione qui mantenuta di una teoria sul cambiamento, era a sua volta vincolata da uno schema implicito che poteva presumere e di fatto, almeno discorsivamente, presumeva:

- la "presenza" di un problema psicologico;
- la necessità di disporre di criteri di giustificazione per il suo "esistere", o di nozioni utili per rendere conto della sua persistenza;
- una lettura ascensionale del cambiamento, inteso come "meta" da raggiungere attraverso l'uso appropriato di strategie cosiddette terapeutiche.

Sebbene esistano, in letteratura delle elaborazioni teoriche e delle evidenze empiriche che sfidano queste presupposizioni, nessuno dei partecipanti qui intervistati ha messo in discussione questo semplice schema di base (Gergen, 2006; 2008).

Le configurazioni date del processo di cambiamento sono strettamente vincolate al concetto di identità che la persona ha di sé o delle concezioni che condivide sull'essere umano più in generale. Sebbene questo aspetto sia stato preso poco in considerazione a livello esplicito, si può facilmente

porre in evidenza come un discorso sul cambiamento faccia necessariamente riferimento al cambiamento di “qualcosa” e che il processo di cambiamento, per come esso viene descritto in termini di caratteristiche, implica a sua volta la definizione di proprietà – anche e soprattutto – per quel “qualcosa” che è oggetto di cambiamento. Detto altrimenti, la ricostruzione della fenomenologia del cambiamento è un’operazione concettuale attuabile solo a patto di possedere una fenomenologia dell’ente che cambia, dalla quale essa è derivata (Heidegger, 1927). In questo senso, possiamo concordare sul fatto che, con poche eccezioni, la maggioranza dei partecipanti di questa ricerca condivide principalmente l’idea di un ente stabile, più o meno strutturato, autonomo, costituito da caratteri specifici e riconoscibile entro il perimetro di un’identità precisa e psicologicamente connotata. Entro questa cosmologia il cambiamento rappresenta di conseguenza una semplice fase di passaggio che consente di spostarsi da una condizione di persistenza ad un’altra. Ma quali consapevolezza si aprirebbero, per l’agire terapeutico, se cominciasimo a mettere in discussione proprio queste assunzioni basilari? Quali potenzialità inesplorate potrebbero affacciarsi al mondo delle psicoterapie qualora il costrutto di identità, tradizionalmente considerato come un agglomerato di attributi psicologici, fosse (parzialmente) rivisto e interpretato alla luce di nuove costruzioni? Un tentativo in questa direzione è stato in parte intrapreso in una mia recente collaborazione con K.J. Gergen, ridefinendo l’identità psicologica “da monolite a corteo sociale”, un’identità multipla, diffusa nelle relazioni e sostenuta dai processi sociali a cui l’individuo prende parte. All’interno di questa metafora alternativa, l’“ente” emerge più come un qualcosa di intrinsecamente mutevole, di polivalente e di sfaccettato. E il cambiamento potrebbe forse cominciare ad apparire come un costrutto inadeguato e superfluo: togliendo l’obbligo della stabilità, semplicemente, l’idea stessa di cambiamento non avrebbe ragione di essere. In effetti, al di fuori delle prescrizioni dei modelli formali, le narrative qui analizzate che più si approssimano a questa versione sono espresse (almeno in parte) dal senso comune degli studenti del primo anno o dagli stessi psicoterapeuti quando parlano a proposito della loro esperienza personale. Abbracciando un’ottica relazionale, infatti, non si potrebbe più distinguere ciò che rappresenta un cambiamento da ciò che definisce una condizione di normalità, proprio perché questa emergerebbe come fenomeno intermittente, incostante e circostanziale. In questa opzione, che altro non è se non una costruzione sociale, la pratica psicoterapeutica potrebbe andare incontro a revisioni sostanziali.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Abell, P. (1984), Comparative Narratives: Some Rules for the Study of Action. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 14 (3), 309-331.
- Abric, J.C. (1989), L'étude expérimentale des représentations sociales. In C. Jodelet (eds.) *Les représentations sociales*, PUF, Paris, 187-203.
- Agazzi, E. (1997), On the Criteria for Establishing the Ontological Status of Different Entities. In E. Agazzi (eds.), *Realism and Quantum Physics, Poznan Studies in the Philosophy of the Science and the Humanities*, Radopi, Atlanta, 40-73.
- Altheide, D.L. & Johnson, J.M. (1998), Criteria for Assessing Interpretative Validity in Qualitative Research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (eds.), *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*, Sage Publications, Thousand Oaks, 283-397.
- Armezzani, M. (2002), *Esperienza e significato nelle scienze psicologiche*, Edizioni Laterza, Roma.
- Arnkoff, D.B. (1995), Theoretical Orientation and Psychotherapy Integration. *Journal of Counseling Psychology*, 42 (4), 423-425.
- Austin, J. (1955), *How to Do Things with Words*, J.O. Urmson & Marina Sbisa Editor, NY. Tr. It. *Come fare cose con le parole*, Marietti, Genova 1987.
- Bakhtin, M. (1986), *Speech Genres and Other Late Essays*, University of Texas Press, Austin.
- Bannister, D. & Fransella, F. (1986), *Inquiring Man: The Psychology of Personal Construct*, Routledge, London.
- Barry, C.A. (1998), Choosing Qualitative Data Software: AtalsTi and Nud.Ist Compared. *Sociological Research On Line*, 3 (3), [www.socresonline.org.uk/socresonline/3/3/4.html](http://www.socresonline.org.uk/socresonline/3/3/4.html)
- Barthes, R. (1970), *S/Z: An Essay*, Hill & Wang, New York.
- Bateson, G. (1973), *Steps to an Ecology of Mind*, Paladin Books.
- Beck, A.T. (1997), La psicoterapia cognitiva. In J.F. Clarkin & M.F. Lenzenweger (eds.), *I disturbi di personalità: le cinque principali teorie*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bem, S. & De Jong, H.L. (1997), *Theoretical Issues in Psychology: An Introduction*, Sage Publications, London.
- Benhabib, S. (2002), *The Claims of Culture: Equality and Diversity in the Global Era*, Princeton University Press, PA.
- Benzécri, J.P., Benzécri, F., Birou, A., Blumenthal, S., De Bœck, A., Bordet *et al.* (1973), *L'analyse de données Vol. 2: L'analyse des correspondances*, Dunod, Paris.
- Berger, P.L. & Luckmann, T. (1966), *The Social Construction of Reality: a Treatise in Sociology of Knowledge*, Doubleday, New York.

- Bergin, A.E. (1991), Values and Religious Issues in Psychotherapy and Mental Health. *American Psychologist*, 46, 394-403.
- Bergin, A.E. (1997), Neglect of the Therapist and the Human Dimension of Change: A Commentary. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 83-89.
- Bernstein P.M. & Landaiche N.M. (1992), Resistance, Counterresistance, and Balance: a Framework for Managing the Experience of Impasse in Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 22(1), 5-19.
- Beutler, L.E. & Clarkin, J.F. (1990), *Systematic Treatment Selection: Toward Targeted Therapeutic Interventions*, Brunner/Mazel, New York.
- Billig, M (1996), *Arguing and Thinking. A Rhetorical Approach to Social Psychology*, Cambridge University Press, Cambridge. Tr. It. *Discutere e pensare. Un approccio retorico alla psicologia sociale*, Raffaello Cortina, Milano 1999.
- Bishop, M.A. & Trout, J.D. (2005), *Epistemology and the Psychology of Human Judgment*, Oxford University Press, Oxford.
- Blumer, H. (1969), *Symbolic Interactionism*. Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Boden , D & Zimmermann, D. (eds.) (1991), *Talk and Social Structure*, Polity Press, Cambridge.
- Bolasco, S. (1999), *L'analisi multidimensionale dei dati*, Carocci, Roma.
- Bolasco, S. (2002), *Integrazione statistico-linguistica nell'analisi del contenuto*. In B.M. Mazzara (a cura di), *Metodi qualitativi in psicologia sociale*, Carocci, Roma.
- Bourdon, S. (2002), *The Integration of Qualitative Data Analysis Software in Research Strategies: Resistances and Possibilities*. In "Forum: Qualitative Social Research", (3) 2.
- Briggs, C. L. (1986), *Learning How to Ask: A Sociolinguistic Appraisal of the Role of the Interview in Social Science*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Bruner, J. (1987), Life as narrative. *Social Research*, 54, 11-32.
- Bruner, J. (1990), *Acts of Meaning*, Harvard University Press, Cambridge. Tr. It. *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*, Bollati Boringhieri, Torino 1992.
- Campbell, S. (2004), Rapid Psychological Change. *Analysis*, 64 (3), 256-264.
- Cassirer, E. (1957), *The Philosophy of Symbolic Forms*, Yale University Press, New Haven.
- Castiglioni, M. & Corradini, A. (2003), *Modelli epistemologici in psicologia*, Carocci, Roma.
- Ceruti M. & Lo Verso, G. (a cura di) (1998), *Epistemologia e psicoterapia. Complessità e frontiere contemporanee*, Raffaello Cortina, Milano.
- Cicourel, A. (1963), *Method and Measurement in Sociology*, Free Press, New York.
- Cole, M. (1995), Culture and Cognitive Development: From Cross Cultural Research to Creating Systems of Cultural Mediation. *Culture & Psychology*, 1, 25-54.

- Colucci, F.P. (1995), Contraddittorietà del senso comune tra norma e devianza. *Marginalità e Società*, 32.
- Compagnon, A. (1998), *Le démon de la théorie*, Seuil, Paris.
- Contarello, A. & Mazzara, B.M. (2000), *Le dimensioni sociali dei processi psicologici*, Laterza, Roma.
- Cox, M. J. & Paley, B. (1997), Families as Systems. *Annual Review of Psychology*, 48, 243-267.
- Curd, M. & Cover, J.A. (1998), *Philosophy of Science: The Central Issues*, W. W. Norton, New York.
- Deconchy, J.P. (1984). Rationality and Social Control in Orthodox Systems. In H. Tajfel (eds.), *The Social Dimension: European Developments in Social Psychology (Vol. 2)*, Cambridge University Press, Cambridge, 425-445.
- Deconchy, J.P. (1991), Religious Belief Systems: Their Ideological Representations and Practical Constraints. *International Journal for the Psychology of Religion*, 1 (1), 5-21.
- De Leo, G., Patrizi, P. & De Gregorio, E. (2004), *L'analisi dell'azione deviante*, Il Mulino, Bologna.
- Denzin, N.K. (2000), The practice and Politics of Interpretation. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (eds.), *Handbook of Qualitative Research (2<sup>nd</sup> Edition)*, Sage, London, 897-922.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (2000), *Handbook of Qualitative Research (2<sup>nd</sup> Edition)*, Sage, London
- Doise, W. (1989), *Livelli di spiegazione in psicologia sociale*, Giuffré, Milano.
- Doise, W., Clemence, A., & Lorenzi-Cioldi, F. (1992), *Représentations sociales et analyses de données*, Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble.
- Drew, P. & Heritage, J. (eds.) (1992), *Talk at Work. Interaction in Istitutional Settings*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Duncan, L.D. & Miller, S.D. (2000), The Client's Theory of Change: Consulting the Client in the Integrative Process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, (2), 169-187.
- Duncan, B. & Moynihan D. (1994), Applying Outcome Research: Intentional Utilization of the Client's Frame of Reference. *Psychotherapy*, 31, 294-301.
- Duranti, A. & Goodwin, C. (eds.) (1992), *Rethinking Context. Language as an Interactive Phenomenon*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Ellenberger, H.F. (1970), *La scoperta dell'inconscio*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Elliott, R., Slatick, E. & Urman, M (2001), Qualitative change process research on psychotherapy: alternative strategies. In J. Frommer & D. Rennie (Eds.), *Qualitative psychotherapy research: methods and methodology*, Pabst Science Publishers, Lengherich.

- Elliott, R. & Zucconi, A. (2006), Doing Research on the Effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training: A Person-Centered/Experiential Perspective. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 82-100.
- Faccio, E. & Salvini, A. (2007), Le “metaforizzazioni” nelle pratiche discorsive della psicologia. In E. Molinari & A. Labella (eds.), *Psicologia clinica. Dialoghi e confronti*, Springer, Milano 123-138.
- Farr, R.M. & Moscovici S. (eds.) (1984), *Social Representations*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Fasulo, A. (2002), Studiare l’interazione sociale. Epistemologie e pratiche di ricerca. In B.M. Mazzara (eds.) *Metodi qualitativi in psicologia sociale*, Carocci, Roma, 21-39.
- Feyerabend, P.K. (1975), *Against Method. Outline of an Anarchist Theory of Knowledge*, Verso, London.
- Fish, S. (1980), *Is There a Text in this Class? The Authority of Interpretative Communities*, Harvard University Press, Cambridge.
- Fielding N.G., Lee R.M. (ed.) (1998), *Computer Analysis and Qualitative Research*, Sage Publications, London.
- Fisch, R., et. al. (1982), *The Tactics of Change: Doing Therapy Briefly*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Fish, S. (1980), *Is There a Text in this Class? The Authority of Interpretative Communities*, Harvard University Press, Cambridge.
- Flament, C. (1987), Pratiques et représentations sociales. In J.L. Beauvois, R.V. Joule & J.M. Monteil (eds.), *Perspectives cognitives et conduites sociales*, DeVal, Cousset.
- Flick, U. (1992), Triangulation Revisited: Strategy of or Alternative to Validation of Qualitative Data. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 22 (2), 175-197.
- Flick, U. (eds.) (1998a.), *The Psychology of the Social*, Sage, London.
- Flick, U. (1998b), The Social Construction of Individual and Public Health: Contributions of Social Representations Theory to a Social Science of Health. *Social Science Information*, 37, 639-662.
- Flick, U. (2000), Episodic Interviewing. In M. Bauer & G. Gaskell (eds.), *Qualitative Researching with Text, Image and Sound: A Handbook*, Sage Publications, London, 75-92.
- Flick, U. (2006), *An Introduction to Qualitative Research, 3<sup>rd</sup> Edition*, Sage Publications, London.
- Flick, U., Kardoff E. V. & Steinke I. (eds.) (2004), *A Companion to Qualitative Research*, Sage Publications, London.

- Fontana, A. & Frey, J.H. (2000), The Interview: From Structured Questions to Negotiated Text. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (eds.) *Handbook of Qualitative Research, 2<sup>nd</sup> Edition*, Sage Publications, Thousand Oaks.
- Foucault, M. (1966), *Les Mots et les Choses. Une archéologie des sciences humaines*, Gallimard, Paris. Tr. It. *Le parole e le cose. Una archeologia delle scienze umane*, Rizzoli, Milano 1967.
- Frank, J.D. (1995), Psychotherapy as Rethoric: Some Implications, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 90-93.
- Fransella, F. (1993), The Construct of Resistance in Psychotherapy. In L.M. Leitner & N.G.M. Dunnet (eds.), *Critical Issues in Personal Construct Psychotherapy*, Florida: Krieger, Malabar, 117–134.
- Gadamer, H.G. (1975), *Verità e Metodo*, Bompiani, Milano.
- Galli, I. (2006), *La teoria delle rappresentazioni sociali*, Il Mulino, Bologna.
- Garfinkel, H. (1972), Studies on the Routine Grounds of Everyday Activities, in D. Sudnow (eds.) *Studies in Social Interaction*, The Free Press, New York.
- Gauld, A. & Shotter, J. (1977), *Human Action and its Psychological Investigation*, Routledge and Kegan Paul, London.
- Gee, J.P. (1986), Units in the Production of Narrative Discourse. *Discourse Processes*, 9, 391-422.
- Gee, J.P. (1991), A Linguistic Approach to Narrative. *Journal of Narrative and Life History*, 1 (1), 15-39.
- Gergen, K.J. (1985), The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. *American Psychologist*, 40, (3), 266-275.
- Gergen, K.J. (1989), *Warranting Voice and the Elaboration of the Self*, Sage, Thousand Oaks.
- Gergen, K.J. (1990), Metaphor, Metatheory, and the Social Word. In D. Leary (eds.) *Metaphors in the History of Psychology*, Cambridge University Press, Cambridge, 267-299.
- Gergen, K.J. (1994), *Realities and Relationship*, Harvard University Press, Cambridge.
- Gergen, K.J. (1999a.), *An Invitation to Social Construction*, Sage Publications, London.
- Gergen, K.J. (1999b.), Agency: Social Construction and Relational Action. *Theory and Psychology*, 9 (1), 113-115.
- Gergen, K.J. (2006), *Therapeutic Realities*, Sage publication, London.
- Gergen, K.J. (2008), Therapeutic Challenge of Multi-Being. *Journal of Family Therapy*, 30 (4), 335-350.
- Gergen, K.J. (forthcoming), *All my Relations*, Sage, Thousand Oaks.

- Gergen, K.J. & Gigerenzen, G. (1991), Cognitivism and its Discontents: An Introduction to the Issue. *Theory and Psychology*, 1 (4), 403-405.
- Gergen, K.J. & Zielke, B. (2006), Theory in Action. *Theory and Psychology*, 16 (3), 299-309.
- Gergen, M. (1995), Postmodern, Postcartesian Positionings on the Subject of Psychology. *Theory & Psychology*, 5 (3), 361-368.
- Gilbert, G. N. & Mulkay, M. (1984), *Opening Pandora's Box: A Sociological Analysis of Scientists' Discourse*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Gilliland, B. E., James, R. K. & Bowman J. T. (1994), *Theories and Strategies in Counseling and Psychotherapy*, Allyn and Bacon, Boston.
- Goffman, E. (1967), *Interaction Ritual*, Doubleday, New York.
- Goldfried, M.R. & Wolfe, B.E. (1996), Psychotherapy Practice and Research: Repairing a Strained Alliance. *American Psychologist*, 51, 1007-1016.
- Goodman, N. (1978), *Vedere e costruire il mondo*, Laterza, Roma-Bari 1988
- Grize, J.B. (1989), Logique naturelle et représentations sociales. In C. Jodelet (eds.), *Les représentations sociales*, PUF, Paris.
- Habermas, J. (1997), *Il discorso filosofico della modernità*, Laterza, Bari-Roma.
- Hall, C. S., Lindzey, G. & Campbell, R. (1998), *Theories of Personality*, John Wiley & Sons, New York.
- Hanna, F.J. (1996), Precursors of Change: Pivotal Points of Involvement and Resistance in Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 6 (3), 227-264.
- Harré, R. (1980), Man as a rhetorician. In A. J. Chapman, D. M. Jones (eds.), *Models of Man*, British Psychological Society, Leicester.
- Harré, R. (1989), Language and Science of Psychology. *Journal for the Theory of Social Behaviour and Personality*, 4, 165-188.
- Harré, R. & Secord, C. V. (1972), *The Explanation of Social Behaviour*, Blackwell, Oxford.
- Harré & Gillett (1994), *The Discursive Mind*, Sage, London.
- Harré, R. & Slocum, N. (2003), Disputes as Complex Social Events: On the Use of Positioning Theory. *Common Knowledge*, 9 (3), 100-118.
- Heidegger, M. (1927), *Being and Time*, University of New York Press, New York, 1996.
- Heider, F. (1958), *The Psychology of Interpersonal Relations*, Wiley, New York.
- Heiman, G. W. (1995), *Research Methods in Psychology*, Houghton Mifflin, Boston.
- Held, B. S. (1995), *Back to Reality: A Critique of Postmodern Theory in Psychotherapy*, Norton and Company, New York.

- Hermans, H. (2004). Interviewing as an Activity. In U. Flick, E. Kardorff e I. Steinke (eds.), *A Companion to Qualitative Research*. London: Sage Publications, 209-214.
- Holstein, J.A. & Gubrium, J.F. (1997), Active Interviewing. In D. Silverman (eds.), *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*, Sage Publication, London, 113-129.
- Hollway, W. & Jefferson, T. (2000), *Doing Qualitative Research Differently: Free Association Narrative and the Interview Method*, Sage publication, London.
- Hoshmand, L. & Polkinghorne, D. (1992), Redefining the Science-Practice relationship and Professional Training. *American Psychologist*, 47, 55-66.
- Houtkoop-Steenstra, H. (2000), *Interaction and the Standardized Survey Interview: The Living Questionnaire*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Howard, K.I., Moras, K., Brill, P.L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996), Evaluation of Psychotherapy: Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress. *American Psychologist*, 51, 1059-1064.
- Jackson, D. D. (1965), The Study of the Family. *Family Process*, 4 (1), 1-20.
- Jacobson N.S. & Truax, P. (1991), Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), 12-19.
- James, W. (1907), *Pragmatism*, Longman, Green & Company, New York.
- Jaspers, K. (1954), *Way to Wisdom: An Introduction to Philosophy*, Yale University Press, New Haven.
- Jodelet, C. (eds.) (1989), *Les représentations sociales*, PUF, Paris. Tr.It. *Le rappresentazioni sociali*, Liguori, Napoli (1992).
- Jovchelovitch, S. (2007), *Knowledge in Context. Representations, Community and Culture*, Routledge, London.
- Kendall, P.C. (1998), Empirically Supported Psychological Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 3-6.
- Kelly, G. (1955), *The Psychology of Personal Construct*, Norton, New York.
- Kuhn, T.S. (1962), *The Structure of Scientific Revolutions*, University of Chicago Press, Chicago.
- Kuhn, T. S. (1979), Metaphor in science. In A. Ortony (Ed.), *Metaphor and Thought*, Cambridge University Press, Cambridge, 409-419.
- Kvale, S. (eds.) (1992), *Psychology and Postmodernism*, Sage, London.
- Lakoff, G. & Johnson M., (1980) *Metaphors we Live by*, University of Chicago Press, Chicago.
- Lakatos, I. & Musgrave, A. (eds.) (1970), *Criticism and the Growth of Knowledge*, Cambridge University Press, Cambridge.

- Lambert, M. (eds.) (2004), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, Wiley, New York.
- Laszlo, J. (1997), Narrative Organization of Social Representations. *Papers on Social Representations*, 6 (2), 155-172.
- Laszlo, J. (2004), Narrative's Psychology Contribution to the Second Cognitive Revolution. *Journal of Cultural and Evolutionary Psychology*, 2 (3), 337-354.
- Laucken, U. (1974). *Naive Verhaltenstheorie*. Klett, Stuttgart.
- Laudan, L. (1977), *Progress and its Problems*, University of California Press, Berkley.
- Lazarus, A. A. (1995), Different Types of Eclecticism and Integration: Let's Be Aware of The Dangers. *Journal of Psychotherapy Integrations*, 5 (1), 27-39.
- Lazarus, A. A. & Beutler, L. E. (1993), On Technical Eclecticism. *Journal of Counseling and Development*, 71 (4), 381-385.
- Lazarus, A. A., Messer, S. B. (1991), Does Chaos Prevail? An Exchange on Technical Eclecticism and Assimilative Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(2), 143-158.
- Leary, D. (1990) (eds.) *Metaphors in the History of Psychology*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Levitt H., Angus, L. (1999), Psychotherapy Process Measure Research and the Evaluation of Psychotherapy Orientation: A Narrative Analysis. *Journal of Psychotherapy Integration*, 9 (3), 279-300.
- Levy-Bruhl, L. (1979), *How Natives Think*, Arno Press, New York.
- Mancuso, J.C. & Sarbin, T.R. (1983), The Self Narrative in the Enactment of Roles. In T.R. Sarbin & K.E. Scheibe (eds.), *Studies in Social Identity*, Praeger, New York, 233-253.
- Mahler, M. S.(1971), A Study of the Separation-Individuation Process and its Possible Application to Borderline Phenomena in the Psychoanalytic Situation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 403-424.
- Mahoney, M. (1991), *Human Change Processes*, Basic books, New York.
- Mahrer, A. R. (2000), Philosophy of Science and the Foundations of Psychotherapy. *American Psychologist*, 55 (10), 1117-1125.
- March, J.G. (1994), *A Primer on Decision-Making*, The Free Press, New York.
- Marhaba, S. (1976), Antinomie epistemologiche nella psicologia contemporanea, Giunti, Firenze.
- Marhaba, S. & Armezzani, M. (1988), *Quale Psicoterapia?*, Liviana Editrice, Padova.
- Maslow, A.H. (1970), *Motivation and Personality*, Harper & Row, New York.
- Maturana, H.R. (1988), Reality: The Search of Objectivity or the Quest for a Compelling Argument. *Irish Journal of Psychology*, 1: 25-82

- Maturana, H.R. & Varela, F.J. (1987), *The Tree of Knowledge: The Biological Roots of Human Understanding*, New Science Library, Boston.
- Mazzara, B.M. (2002a.), *I metodi qualitativi: una sfida e un'occasione di riflessione per le scienze umane e per le discipline psicologiche*. In B.M. Mazzara (a cura di) *Metodi qualitativi in psicologia sociale*, Carocci, Roma, pp. 21-39.
- Mazzara, B.M. (a cura di) (2002b.), *Metodi qualitativi in psicologia sociale*, Carocci, Roma.
- Mazzara, B.M. (eds.) (2007), *Prospettive di psicologia culturale*, Carocci, Roma.
- McGuire, W. J. (1983), A Contextualist Theory of Knowledge: its Implications for Innovation and Reform in Psychological Research. In L. Berkowitz, *Advances in Experimental Social Psychology*, 16, 1-47.
- Mcnamee, S. & Gergen, K.J. (eds.) (1998), *La terapia come costruzione sociale*, Franco Angeli Editore, Milano.
- Mead, G. H. (1934), *Mind, Self and Society*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Mecacci, L. (1999), *Psicologia moderna e postmoderna*, Laterza, Roma-Bari.
- Messer, S. (2001), Empirically Supported Treatments: What's a Non-Behaviourist to Do?. In B.D. Slife, R. Williams & S. Barlow (eds.), *Critical Issues in Psychotherapy: Translating New Ideas into Practice*, Sage, Thousand Oaks, 3-19.
- Miller, D.T. (1999), The Norm of Self Interest. *American Psychologist*, 54, 1053-1060.
- Miller, J. & Glasner, B. (1997), The "Inside" and the "Outside". Finding Realities in Interviews. In D. Silverman (ed.), *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*, Sage Publication, London, 99-112.
- Mishler, E. G. (1986), *Research Interviewing: Context and Narrative*, Harvard University Press, Cambridge.
- Montali, L., Colucci, F.P & Pieri, M. (2005), Il conflitto tra consensuale e deificato: il caso Di Bella a Porta a porta. *Ricerche di Psicologia*, 4, 30.
- Moody, J.W., Will R.P. & Blanton, J.E. (1998), Enhancing Knowledge Elicitation Using the Cognitive Interview. *Expert System with Applications*, 10(1), 127-133.
- Moscovici, S. (1961). *La Psychanalyse, son image et son public*. Puf, Paris.
- Moscovici, S. (1976), *Social Influence and Social Change*, Academic Press, London.
- Moscovici, S. (1981a.), Social representations. In J.P. Forgas (eds.), *Social Cognition*, Academic Press, New York.
- Moscovici, S. (1981b.), Le rappresentazioni sociali, in V. Ugazio (a cura di), *La costruzione della conoscenza. L'approccio europeo alla cognizione sociale*, Franco Angeli, Milano.

- Moscovici, S. (1984). The Phenomenon of Social Representations. In R.M. Farr & S.M. Moscovici (ed.). *Social Representations*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Moscovici, S (1986), Editoriale. *Psicologia e società*, Numero speciale, 3-4.
- Moscovici, S. (1988), Notes Towards a Description of Social Representations. *European Journal of Social Psychology*, 18 (3), 211-250.
- Moscovici, S. (2005), *Le rappresentazioni sociali*, Il Mulino, Bologna.
- Muhr, T. (1997), *AtlasTi Short User's Guide*, Scientific Software Development, Berlin.
- Murray, M. (2002), Connecting Narrative and Social Representation Theory in Health Research. *Social Science Information*, 41 (4), 653-673.
- Nathan, P.E. (1998), Practice Guidelines: Not Yet Ideal. *American Psychologist*, 53, 290-299.
- Nathan, P.E. & Gorman, J.M. (1998), *A Guide to Treatment that Work*, Oxford University Press, New York.
- Nencini A., Sarrica M., Romaioli D., Contarello A. (2008), Verso Oriente. Intrecci metodologici per l'analisi di un diario di viaggio multimediale. In B.Mazzara (a cura di), *I discorsi dei media e la psicologia sociale*, Carocci Editore, Roma.
- Norcross, J.C. (eds.) (1986), *Handbook of Eclectic Psychotherapy*, Brunner/Mazel, New York.
- Oppenheimer, R. (1956), Analogy in Science, *American Psychologist*, 11, 127-136.
- Ortony, A. (1979) (eds.), *Metaphor and Thought*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Paolicchi, P. (2002), L'intervista narrativa nella psicologia sociale. In B.B. Mazzara (eds.) *Metodi qualitativi in psicologia sociale*, Carocci, Roma, 193-205.
- Pierce, C.S. (1931), *Collected Papers*, George Braziller, New York.
- Polkinghorne, D.E. (1983), *Methodology for the Human Sciences: Systems of Inquiry*, Suny Press, Albany.
- Polkinghorne, D.E. (1988), *Narrative Knowing and the Human Sciences*, Suny Press, New York.
- Polkinghorne, D.E. (1992), Postmodern Epistemology of Practice. In S. Kvale (eds.) *Psychology and Postmodernism*, Sage, London.
- Popper, K. (1959), *The Logic of Discovery*, Unwin Hyman, London.
- Prochaska. J.O. & Di Clemente, C.C. (1986), The Transtheoretical Approach. In J.C. Norcross (eds.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy*, Brunner/Mazel, New York, 163-200.
- Prochaska. J.O. & Di Clemente, C.C (1994), *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*, Krieger Pub Co, Malabar, Fla.
- Reichertz, J. (2004), Objective Hermeneutics and Hermeneutic Sociology of Knowledge. In U. Flick, E. V. Kardoff & I. Steinke (eds.), *A Companion to Qualitative Research*, Sage Publications, London, 290-295.

- Richards, T.J. & Richards, L. (1994), Using Computers in Qualitative Research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (eds.) *Handbook of qualitative research 2<sup>nd</sup> Edition*, Sage, Thousand Oaks.
- Richardson, F.C, Fowers, B.J., Guignon, C.B. (1999), *Re-envisioning Psychology: Moral Dimensions of Theory and Practice*, Jossey Bass, San Francisco.
- Ricoeur, P. (1981), Mimesis and Representation, *Annals of Scholarship*, 2, 15-32.
- Ricoeur, P. (1984), *Time and Narrative*, The University of Chicago Press, Chicago.
- Riemann, G. & Schütze, F. (1987), Trajectory as a Basic Theoretical Concept for Analysing Suffering and Disorderly Social Processes. In D. Maines (eds.) *Social Organisation and Social Process - Essays in Honour of Anselm Strauss*, Aldine de Gruyter, New York, 333-357.
- Riessman, C.K. (1993), *Narrative Analysis*, Sage Publications, London.
- Rogers, C. (1970), Toward a Modern Approach to Values: The Valuing Process in the Mature Person. In J.T. Harr & T.M. Tomlinson (eds.), *New Directions in Client-Centred Therapy*, Houghton Mifflin, Boston, 430-441.
- Romaioli, D., Faccio, E. & Salvini, A. (2008). On Acting Against One's Best Judgement: a Social-Constructionist Interpretation for the Akrasia Problem. *Journal For The Theory of Social Behaviour*, 38 (2), p. 179-192
- Ross, L. (1977), The Intuitive Psychologist and his Shortcomings: Distortions in the Attribution Process. In L. Berkowitz (eds.), *Advanced in Experimental Social Psychology*, Academic Press, New York, 10.
- Rychlak, J.E. (2000), A Psychotherapist's Lessons from the Philosophy of Science. *American Psychologist*, 55 (10), 1126-1132.
- Safran, J.D. & Messer, S.B. (2006), Psychotherapy Integration: A Postmodern Critique. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(2), 140-152.
- Salvini, A. (1980) (a cura di), *Ruoli e identità devianti*, Cleup, Padova.
- Salvini, A. (1988), Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo: assunti metateorici in psicologia della personalità. In Fiora E., Pedrabissi L., Salvini A., *Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo in psicologia della personalità*, Giuffré Editore, Milano.
- Salvini, A. (1998), *Argomenti di psicologia clinica*, Domeneghini, Padova.
- Salvini, A. & Galieni, N. (2002), *Diversità, devianze e terapie: strumenti, ricerche e interventi in psicologia clinica*, Upsel Domeneghini, Padova.
- Sarbin, T.R. (eds.) (1986), *Narrative Psychology - the Storied Nature of Human Conduct*, Praeger, New York.

- Schiele, B. & Boucher, L. (1992), L'esposizione scientifica: un modo di rappresentare la scienza. In D. Jodelet (eds.), *Le rappresentazioni sociali*, Liguori Editore, Napoli.
- Schutz, A. (1962), *Collected Papers, Vols I, II*, Nijhoff, Den Haag.
- Schwandt T.A, (2000), Three Epistemological Stances for Qualitative Inquiry: Interpretivism, Hermeneutics and Social Constructionism. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (eds.) *Handbook of qualitative research 2<sup>nd</sup> Edition*, Sage, Thousand Oaks.
- Seale, C. (2000), Using Computer to Analyze Qualitative Data. In D. Silverman (ed.), *Doing Qualitative Research. A Practical Handbook*, Sage Publication, London, 154-174.
- Searle, J.R. (1969), *Speech Acts: An Essay in the Philosophy of Language*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Searle, J.R. (2001), *Rationality in Action*, MIT Press, Cambridge.
- Shotter, J. (1993), *Conversational Realities: Constructing Life Through Language*. Sage, London.
- Silverman D. (2001), *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction, 2<sup>nd</sup> Edition*, Sage, London.
- Slife, B.D. (1987), The Perils of Eclecticism as Therapeutic Orientation. *Theoretical and Philosophical Psychology*, 7 (2), 94-103.
- Slife, B.D. (2004), Theoretical Challenges to Therapy Practice and Research: The constraint of naturalism. In M. Lambert (eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, Wiley, New York, 44-83.
- Slife, B.D., Williams, R. & Barlow, S. (eds.) (2001), *Critical issues in psychotherapy: Translating new ideas into practice*, Sage Publications, Thousand Oaks.
- Slife, B.D. & Reber, J. (2001), Eclecticism in Psychotherapy: Is it Really the Best Substitute for Traditional Theories?. In B.D. Slife, R. Williams, & S. Barlow (eds.) *Critical issues in psychotherapy: Translating new ideas into practice*, Thousand Oaks, Sage Publications, 213-233.
- Slife B.D., Williams, R.N. (1995), *What's Behind the Research? Discovering Hidden Assumptions in the Behavioural Sciences*, Sage, Thousand Oaks.
- Slife, B.D., Williams, R.N. & Barlow, S. (2001), *Critical Issues in Psychotherapy: Translating New Ideas Into Practice*, Sage, Thousand Oaks.
- Smith, C.P. (2000), Content Analysis and Narrative Analysis. In H.T. Reis & C.M. Judd (eds.), *Handbook of Research Methods in Social and Personality Psychology*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Strauss, A.L. & Corbin, J. (1998), *Basic of Qualitative Research, 2nd Edition*, Sage, London.

- Suchman, L. & Jordan, B. (1990), Interactional Troubles in Face to Face Survey Interviews. *Journal of the American Statistical Association*, 85 (409), 232-241.
- Thommen, B., Ammann, R. & von Cranach, M. (1988), *Handlungsorganisation durch soziale Repraesentationen: Welchen Einfluss haben therapeutische Schulen auf das Handeln ihrer Mitglieder?*, Huber, Bern.
- Tulving, E. (1972), Episodic and Semantic Memory. In E. Tulving e W. Donaldson (eds.), *Organization of Memory*, Accademic Press, New York, 381-403.
- Valentine, E. R. (1992), *Conceptual Issues in Psychology*, 2<sup>nd</sup> Edition, Routledge, London.
- Verges, P. (1984), Une possible méthodologie pour l'approche des représentations économiques. *Communication-Information*, 6 (2-3), Quebec.
- von Cranach, M. (1992), The Organisation of Individual Action Through Social Representations: A Comparative Study of Two Therapeutic Schools. In M. von Cranach, G. Mugny & W. Doise (eds.), *Social Representation and the Social Bases of Knowledge*, Hogrefe & Huber Pub, Lewiston NY.
- von Cranach, M. (1995), A Reply to Wolfgang Wagner. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 25 (3), 285-293.
- von Cranach, M. & Harré, R. (1982), *The Analysis of Action: Recent Theoretical and Empirical Advances*, Cambridge University Press, Cambridge.
- von Cranach, M., Mugny G. & Doise W. (eds.) (1992), *Social Representation and the Social Bases of Knowledge*, Lewiston NY: Hogrefe & Huber Pub.
- von Cranach, M., Ochsenein, G. & Valach (1986). The Group as a Self-Active System: Outline of a Theory of Group Action. *European Journal of Social Psychology*, 16, (3), 193-229.
- von Cranach, M. & Ochsenein, G. (1994), *Agire, la forma umana del comportamento*, Il Mulino, Bologna.
- von Foerster, H. (1991), *Through the Eyes of the Other*. In F. Steier (eds.) *Research and Reflexivity*, Sage, London, 63-75.
- von Glasersfeld, E. (1995), *Radical Constructivism*, Falmer press, Washington.
- Vygotskij, L. (1986), *Thought and Language*, The Mit Press, London.
- Wagner, W. (1995), Everyday-Folk Politics, Sensibleness and the Explanation of Action-An Answer to Cranach. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 25 (3), 295-301.
- Wagner, W. (1997), Word Associations in Questionnaires. *Paper in Social Research Method*, London.
- Wagner, W. (1998), Social Representations and beyond: Brute Facts, Symbolic Coping and Domesticated Worlds. *Culture & Psychology*, 4 (3), 297-329.

- Wagner, W., Duveen, G., Farr, R., Jovchelovitch, S., Lorenzi-Cioldi, F., Markova, I., Rose, D. (1999), Theory and Method of Social Representations. *Asian Journal of Social Psychology*, 2 (1), 95-125.
- Wagner, W., Duveen, G., Verma, J. e Themel, M. (2000), I Have Some Faith and at the Same Time I don't Believe - Cognitive Polyphasia and Cultural Change in India. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 10, 301-314.
- Wagner, W. & Hayes, N. (2004), *Everyday Knowledge and Common Sense. The Theory of Social Representations*, Palgrave Macmillian.
- Watzlawick, P. (1985), The Invented Reality: How Do We Know What We Believe we Know?. *Family Process*, 24 (2), 287-290.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B. & Jackson, D. D. (1967), *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes*, Norton, New York.
- Watzlawick, P. Weakland, J.H. & Fisch, R. (1974), *Change: Principles of Problem Formation and Problem Solution*, Norton, New York.
- Watzlawick, P. & Nardone G. (a cura di) (1997), *Terapia breve strategica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Wertsch, J.V. (1991), *Voices of the Mind: A Sociocultural Approach to Mediated Action*, Harvard University Press, Cambridge.
- Whitehead, A. N. (1929), *The Aims of Education and Other Essays*, New York, The New American Library.
- Wile, D. (1977), Ideological Conflicts between Clients and Psychotherapists. *American Journal of Psychotherapy*, 37, 437-449.
- Wittgenstein, L. (1953), *Philosophische Untersuchungen*, Blackwell, Oxford.
- Woolfolk, R (1998), *The Cure of Souls: Science, Values and Psychotherapy*, Jossey Bass, San Francisco.
- Worrell, M. (1997), An Existential-Phenomenological Perspective on the Concept of 'Resistance' in Counselling and Psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 10 (1), 5-15.
- Worthington, R. & Atkinson, D. (1996), Effects of Perceived Etiology Attribution Similarity on Client Ratings of Counselor Credibility. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 423-429.

## APPENDICE I

### Informazioni contestuali (studenti)

Data:

.....

Luogo dell'intervista:

.....

Genere:

.....

Età:

.....

Residenza:

.....

Domicilio:

.....

Con chi ha vissuto:

.....

Titolo di studio:

.....

Professione:

.....

Famigliarità alla psicologia:

.....

Percorso di studi

.....

Terapia personale (?):

.....

A quale orientamento psicologico si sente più vicina? Per quali ragioni?

.....

Ha intenzione di iscriversi ad una scuola di specializzazione in psicoterapia? Quale?

.....

## **APPENDICE II**

### **Questionario (studenti)**

1. Come descriverebbe, in modo sintetico, la situazione problematica presentata?
  
2. Secondo lei, quali sono le ragioni del persistere del problema? Come se lo spiega?
  
3. Se fosse lei il protagonista di questa vicenda cosa farebbe o cosa penserebbe di poter fare per rendere possibile un cambiamento?
  
4. Immagini di essere uno psicologo clinico e che questa persona si rivolga a lei raccontandole le sue difficoltà: come organizzerebbe l'intervento in funzione di un cambiamento? Quali comunicazioni darebbe per cambiare il suo problema?
  
5. Quali informazioni in più vorrebbe ricevere per poter pianificare l'intervento?
  
6. A suo giudizio, cosa dovrebbe accadere in generale per facilitare un cambiamento?
  
8. Nell'ipotesi in cui il cambiamento auspicato non dovesse accadere, quali potrebbero esserne le ragioni. Come se lo spiegherebbe?
  
9. Secondo quali considerazioni, in questo caso, potrebbe essere utile una psicoterapia?

## APPENDICE III

### Protocollo intervista narrativa

[Cosa associa alla parola cambiamento? Psicoterapia? Me stesso?]

Può raccontarmi un'esperienza passata in cui lei ha vissuto un periodo di cambiamento legato ad una difficoltà psicologica?

- Secondo lei quali sono le ripercussioni più significative che questa problematica ha avuto nella sua vita?
- Per quale motivo, secondo lei, ha vissuto questo tipo di problema? Come se lo spiega?
- Cosa ha fatto per rendere possibile questo suo cambiamento?
- Cosa hanno fatto le altre persone nel tentativo di aiutarla?
- Quali sono, a suo giudizio, i fattori che avrebbero potuto promuovere un cambiamento più rapido? Quali lo avrebbero rallentato?
- Quanto tempo le è occorso per raggiungere questo suo obiettivo? Perché?
- Da cosa si è accorto di essere cambiato?
- Se potesse definire con un'immagine, o con una metafora, il cambiamento di cui mi ha parlato, cosa potrebbe essere?
- Secondo lei, cosa farebbe o penserebbe per cambiare, una persona con il suo stesso problema?
- Immagini una situazione in cui un/a suo/a amico/a le racconta di avere una difficoltà simile e di voler cambiare, lei cosa gli/le direbbe?
- A quali “figure” sociali o professionali si rivolgerebbe per ricevere un aiuto nella direzione del cambiamento?
- Secondo lei, quando, per chi e in che modo potrebbe essere utile una psicoterapia?

## APPENDICE IV

### Protocollo intervista episodica

Nella seguente intervista le chiederò di raccontarmi alcune situazioni da lei vissute legate al fenomeno del cambiamento.

- Cosa associa alla parola cambiamento e che significato ha per lei?
  - Ha qualche, immagine, metafora o frase evocativa, che potrebbe rendere bene l'idea che lei ha del cambiamento?
- Può raccontarmi un episodio in cui un suo conoscente si è rivolto a lei, non in qualità di psicoterapeuta, per cambiare una situazione problematica?
  - Di cosa si trattava?
  - Da cosa dipendeva la difficoltà?
  - Cosa ha tentato di fare il suo conoscente per risolverla?
  - Lei cosa ha fatto per sostenere questo suo tentativo?
  - Più in generale, come pensa che possa accadere il cambiamento nella vita quotidiana?
- Parlando della sua esperienza, può raccontarmi un esempio su come le è capitato di cambiare una difficoltà personale che avvertiva come problematica? Quando e come è stato/a terapeuta di se stessa?
  - Di cosa si trattava?
  - Da cosa dipendeva la difficoltà?
  - Cosa ha tentato di fare per risolverla?
- Mi può raccontare se e come un suo cliente cambia in psicoterapia e come lei organizza la sua azione terapeutica? Mi può descrivere un caso tipico nella sua esperienza che possa rendermi chiara questa evoluzione?
  - Di cosa si trattava?
  - Da cosa dipendeva la difficoltà?
  - Cosa ha tentato di fare il suo paziente per risolverla?
  - Lei come ha organizzato l'azione terapeutica (obiettivi, piani e strategie, mete intermedie)?
  - Da cosa si rende conto che il cambiamento è avvenuto?
- Può raccontarmi una situazione in cui si è scontrato con la persistenza del problema (disagio) del suo cliente?
  - A suo giudizio, cosa manteneva l'impasse?
  - A cosa attribuisce l'eventuale mancanza di risultati significativi in psicoterapia?

- Può raccontarmi una situazione clinica in cui è avvenuto un cambiamento rapido? Secondo lei, cos'era coinvolto in quella situazione? Come se lo spiega?
    - Quanto tempo ritiene sia necessario in media per ottenere un cambiamento significativo in psicoterapia? Perché?
  - In generale, quali scopi tenta di perseguire durante il suo lavoro in psicoterapia? Può darmi qualche esempio?
  - Quali sono i fattori interni alla terapia o esterni ad essa, che facilitano il processo di cambiamento?
  - Secondo il modello teorico da lei seguito, come vengono concepiti i seguenti termini: problema, cause, risoluzione [oppure malattia, cause, guarigione]?
  - A fronte dell'esperienza clinica che ha maturato, ci sono aspetti del suo orientamento teorico che, a suo giudizio, potrebbero essere ampliati, integrati o modificati in funzione di una migliore pratica?
  - Qual è la “concezione di individuo” che è sottesa al suo modello di psicoterapia?
  - Ritiene che l'esperienza clinica avuta in questi anni l'abbia cambiata? In che modo?
- C'è qualche aspetto che l'intervista ha tralasciato che potrebbe essere necessario per esprimere al meglio il suo punto di vista? Altri suggerimenti?

## APPENDICE V

### Informazioni contestuali (esperti)

Data:

.....

Luogo dell'intervista:

.....

Genere:

.....

Età:

.....

Professione:

.....

Contesti lavorativi:

presente.....passato.....

.....

Rete sociale (e professionale)/collaboratori:

.....

N. anni di lavoro nella professione (attività clinica):

.....con supervisione.....

Corsi di formazione:

.....

Terapia Personale:

.....

Orientamento teorico:

.....

Tipologia di clienti:

genere:.....età:.....problematiche:.....

Città:

.....

Peculiarità dell'intervista:

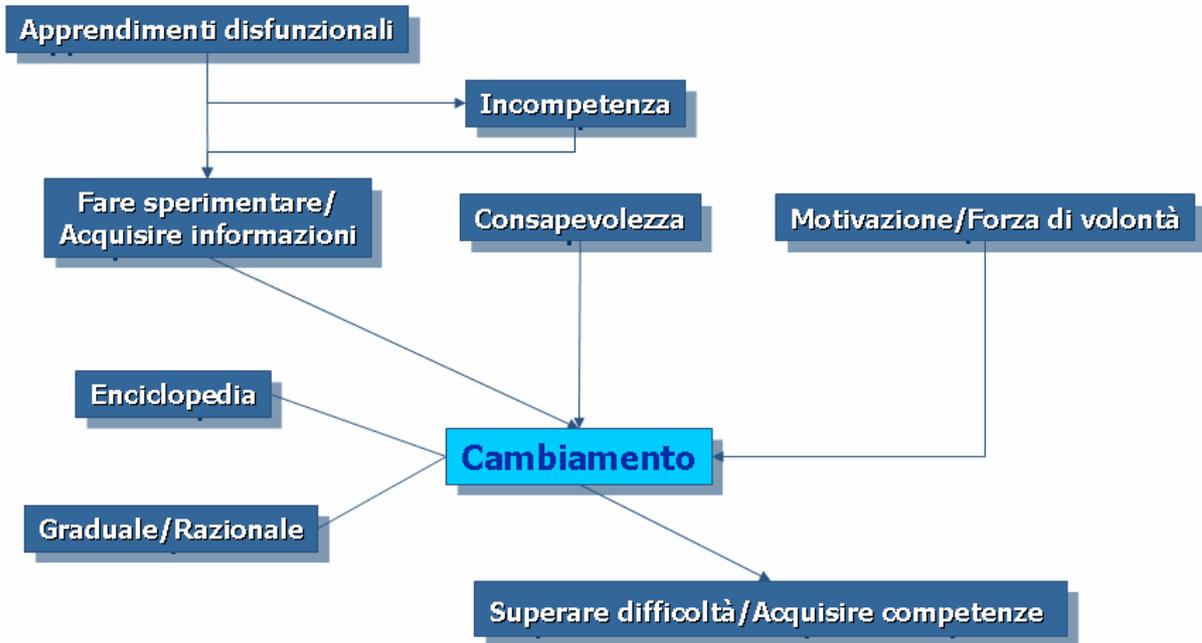
.....

.....

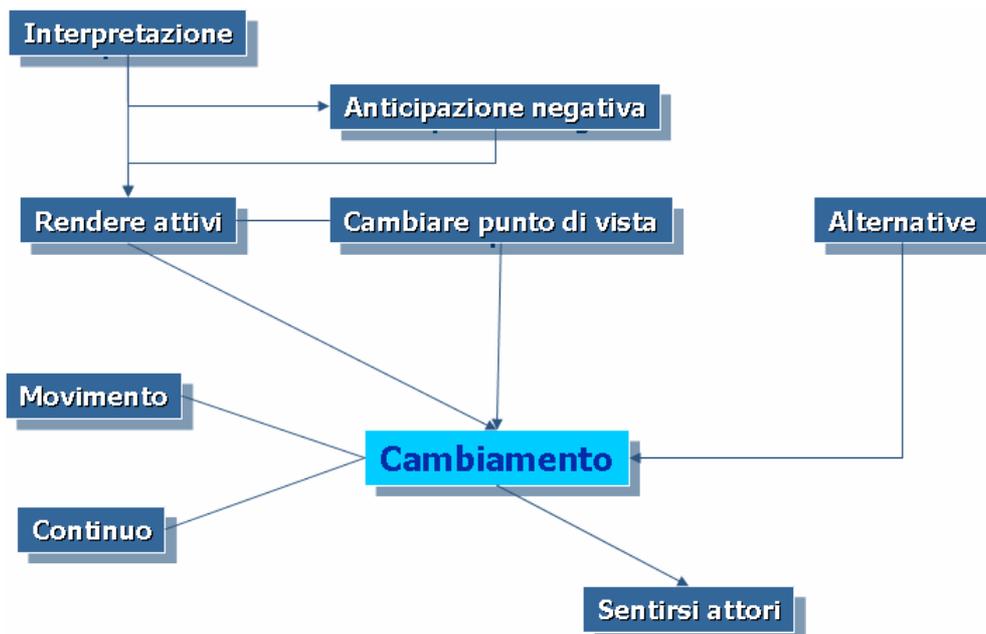
## APPENDICE VI

### Structure Laying Technique

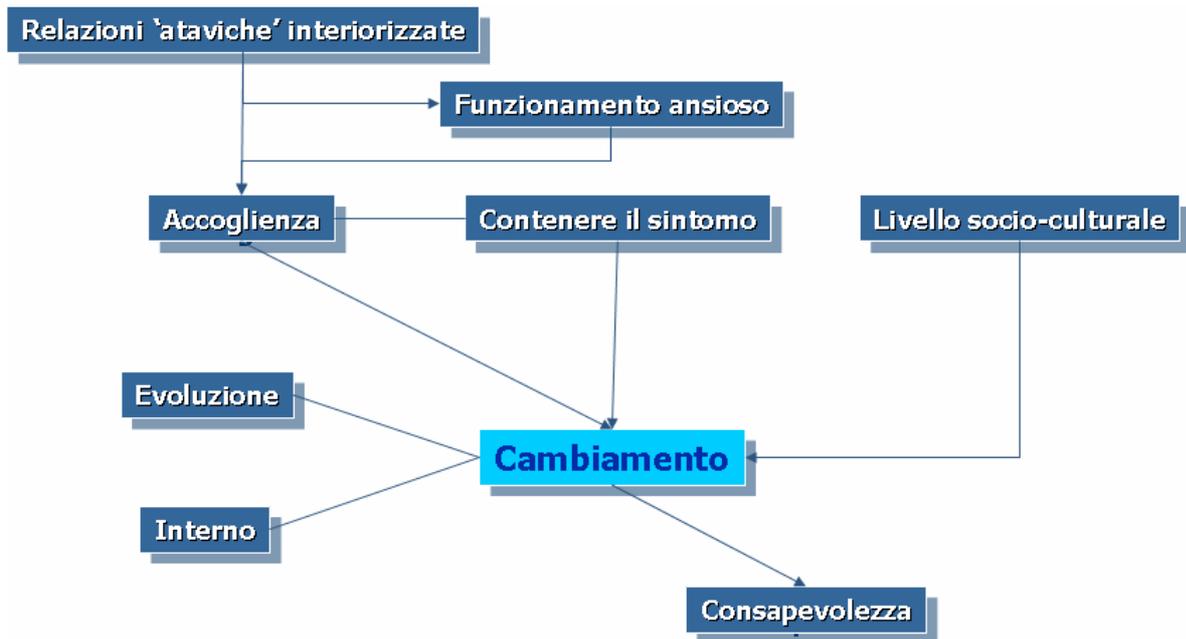
Esempi di teorie sul cambiamento condivise con i terapeuti



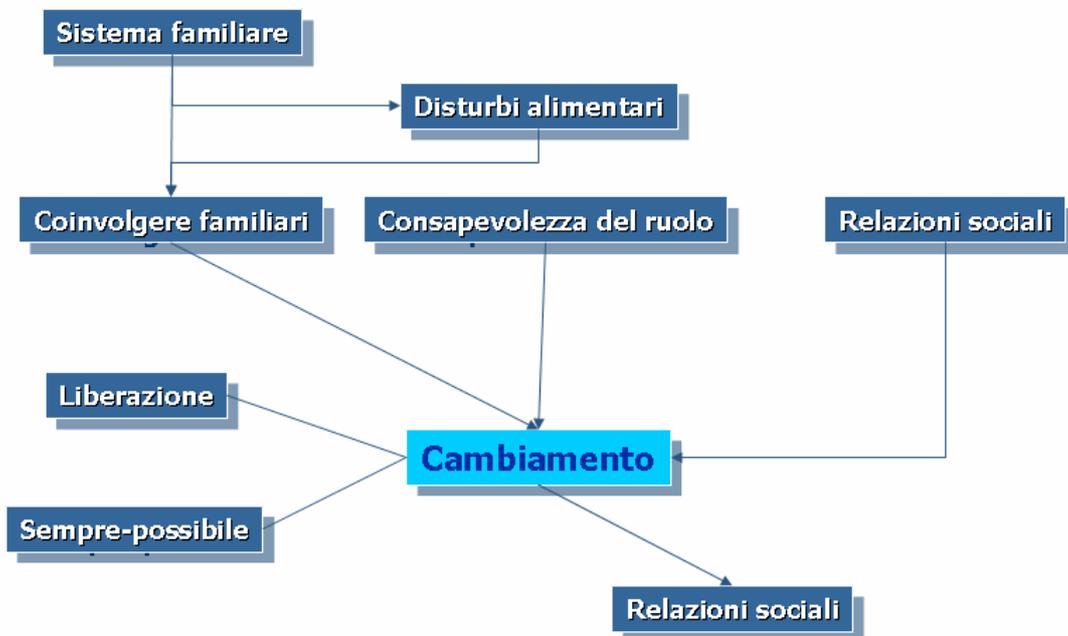
[Int01, F, 36 anni, 3 attività clinica, cognitivista, pubblico-privato, formazione ortodossa, no terapia]



[Int04, M, 33 anni, 4 attività clinica, costruttivista, pubblico-privato, formazione pluralista, no terapia]



[Int07, F, 35 anni, 7 attività clinica, psicodinamica, pubblico-privato, formazione pluralista, terapia personale]



[Int20, F, 53 anni, 20 attività clinica, sistemica, privato, formazione pluralista, terapia personale altra]