

## IL TERAPEUTA COSTRUTTIVISTA TRA MODELLI, STRATEGIE, TECNICA E RELAZIONE

Furio Lambruschi<sup>1</sup> e Riccardo Bertaccini<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Psicologo, Psicoterapeuta, Direttore e docente SBPC – Scuola Bolognese Psicoterapia Cognitiva, Centro Terapia Cognitiva Forlì, Didatta SITCC.

<sup>2</sup> Psicologo Psicoterapeuta, Docente SBPC – Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva; UONPIA Ausl Romagna; Centro Terapia Cognitiva Forlì, Didatta SITCC.

### Corrispondenza

E-mail: furio.lambruschi@gmail.com

### Riassunto

Il contributo di ricerca e clinico di Bruno Bara sui processi interpersonali che si determinano all'interno della relazione terapeutica, viene analizzato alla luce del rapporto ricorsivo che in psicoterapia si rende necessario tra osservazione analitica dei processi relazionali; tecnica/metodo utilizzati per esplorarli; strategie terapeutiche, senza le quali qualunque tecnica perde di direzionalità e di senso; e infine un modello del funzionamento umano chiaro ed esplicitabile capace di orientare osservazione, strategie e tecniche.

**Parole chiave:** relazione terapeutica, obiettivi strategici, tecnica/metodo, diacronico, sincronico, enactment

### THE CONSTRUCTIVIST THERAPIST BETWEEN MODELS, STRATEGIES, TECHNIQUE AND RELATIONSHIP

### Abstract

The research and clinical contribution of Bruno Bara on the interpersonal processes that occur within the therapeutic relationship is analyzed in light of the recursive relationship that in psychotherapy is necessary between analytical observation of relational processes; technique/method used to explore them; therapeutic strategies, without which any technique loses directionality and meaning; and finally a clear and explicit model of human functioning capable of orienting observation, strategies and techniques.

**Key words:** therapeutic relationship, strategic objectives, technique/method, diachronic, synchronic, enactment

### Introduzione

“Sia il Grande Inquisitore sia Gesù sono accomunati dal desiderio di rendere felice l'umanità: il primo lo realizza assumendo su di sé la responsabilità delle scelte e offrendo la sicurezza

DOI: 10.36131/COGNCL20240201

RICEVUTO IL 5 LUGLIO 2024, ACCETTATO IL 20 AGOSTO 2024

dell'obbedienza, il secondo mostrando la via dell'amore e lasciando la libertà di sceglierla" (Bara, 2018). Così, riprendendo un passaggio di *Dostoevskij* ne *I Fratelli Karamazov*, Bara mette a confronto l'atteggiamento verso la persona che aveva il Grande Inquisitore di Siviglia e quello che invece aveva Gesù, al quale evidentemente sarebbe per noi terapeuti più auspicabile ispirarci. Questo invito alla non direttività e alla libertà rappresenta, come vedremo, uno degli aspetti fondanti la visione del cambiamento sostenuta da Bruno Bara.

In questo contributo cercheremo di portare una riflessione sia teorica che clinica sulla figura del terapeuta costruttivista partendo dalla centralità che Bara assegnava alla dimensione relazionale all'interno del processo terapeutico. Lo faremo, inevitabilmente, sulla base del modello concettuale che nutre il nostro pensare, sentire ed agire clinico (Lambruschi, 2024), cercando in particolare di evidenziare ciò che Bara ha voluto mettere maggiormente in risalto degli ingredienti del processo terapeutico, ma anche ciò che ha voluto lasciare sullo sfondo, in un gioco suggestivo di luci e ombre che va a costituire l'intreccio distintivo del suo stile terapeutico, così come noi l'abbiamo potuto cogliere.

## Centralità della relazione terapeutica nei processi di cambiamento

Moltissimo del lavoro di ricerca di Bara è stato centrato sui processi interpersonali in terapia, sulle complesse e affascinanti dinamiche che vengono a strutturarsi fra terapeuta e paziente. La peculiarità della concettualizzazione del cambiamento sostenuta da Bara risiede proprio nel fondare la relazione terapeutica primariamente sull'esperienza che il terapeuta e il paziente vivono insieme a livello cognitivo, emotivo e incarnato; esperienza che si svolge nel qui-e-ora della seduta e all'interno di un contesto non giudicante, benevolo e volto alla cooperazione e alla fiducia reciproca.

La tecnica terapeutica di marca relazionale trova le sue basi epistemologiche e teoriche nella psicologia evolucionista, nella motivazione alla cooperazione e alla condivisione. La prima è definita come l'essere impegnati congiuntamente in un'attività tesa ad un obiettivo comune; una conquista evolutiva legata all'affermarsi di un progressivo bisogno di organizzazione sociale per massimizzare l'adattamento attraverso alleanze e azioni svolte in maniera cooperativa (Del Giudice, 2018). La nostra predisposizione a cooperare porrebbe le condizioni perché possa prendere forma anche il processo della condivisione intesa come "stare consapevolmente vicini". La condivisione si basa sulla ricorsività e consiste nel riconoscere reciprocamente che si sta consapevolmente vivendo un momento comune, nello specifico implica che quel particolare stato mentale sia comune ad entrambi i partecipanti all'interazione, ma anche che entrambi siano consapevoli che anche l'altro condivide quello stato. La verifica concreta della percepita e potenziale condivisione sta nel momento dell'espressione intenzionale dei propri stati mentali all'altro: è da quel momento che si attivano cicli ricorsivi di consapevolezza reciproca che arricchiscono in maniera inequivocabile l'interazione, aggiungendovi elementi che rimarranno stabili nella storia interpersonale di entrambi.

Partendo da questi presupposti, per Bara la relazione terapeutica è essa stessa luogo del cambiamento per il paziente, attribuendo minor rilievo al concetto più specifico di "alleanza terapeutica" che ritroviamo invece come centrale in altre prospettive, ad esempio, in Safran e Muran (2000, 2003), per condividere maggiormente la cornice cognitivo-evolucionista (Liotti, 1994, 2001; Liotti & Monticelli, 2008, 2014): non si parla infatti di "rottura" o "riparazione" dell'alleanza di lavoro, in quanto per Bara il processo terapeutico è fatto di continue operazioni di allineamenti e disallineamenti, sempre faticosamente monitorate, governate e regolate dal

ripristino del sistema interpersonale cooperativo.

La relazione terapeuta-paziente si muove, secondo Bara, su più livelli: uno umano che solitamente rimane secondario e che rappresenta il requisito essenziale di base per poter avviare un processo di lavoro insieme; un livello clinico caratterizzato principalmente da processi cooperativi ma in cui potrebbero emergere altre dinamiche connesse all'attivazione di altri schemi motivazionali interpersonali; un terzo, definito *enactment*, che rappresenta il momento cruciale della relazione terapeutica in cui il paziente non si limita a descrivere il proprio schema relazionale disfunzionale ma lo mette in atto con il terapeuta, facendoglielo sperimentare dal vivo, in diretta. Ciò può manifestarsi anche con il ruolo opposto rispetto a quello che il paziente tende normalmente ad agire nell'ambito delle sue relazioni significative: ad esempio, colui che si trova spesso a sperimentare vissuti di umiliazione da parte dell'altro, può accadere che in terapia si conceda di diventare egli stesso umiliante verso il terapeuta. In tal modo si crea l'opportunità per la coppia terapeutica di vivere l'esperienza diretta e poterla così comprendere in tutte le sue componenti corporee, emotive e cognitive. Grazie alla consapevolezza condivisa, il paziente è aiutato a decentrarsi e ad osservare il sé in azione intersoggettiva, assumendo una prospettiva diversa e liberandosi dalla "coazione a ripetere" i propri schemi disfunzionali.

All'interno della matrice relazionale costruttivista viene data particolare rilevanza al concetto di *tempo*. Il modello relazionale di Bara si focalizza nel sottolineare l'importanza del *tempo presente* rispetto ad un passato troppo sopravvalutato e ad un futuro inconsistente e difficilmente esperibile; è nel presente che si vive l'esperienza diretta, in esso può avere luogo un processo di cambiamento fondato sulla conoscenza incarnata. Il concetto di *presente continuo* (Bara, 2018) rimanda proprio a come il paziente possa esperire e ritrovare un senso di continuità e coerenza di sé, specificando proprio come l'obiettivo della tecnica relazionale sia quello di focalizzarsi su *come* il paziente sia oggi e su come funzioni ora, non sul *perché* abbia strutturato uno specifico schema di funzionamento.

La specifica sulle differenti condizioni temporali dell'esperire soggettivo porta ad una ulteriore differenziazione fra due stili possibili di conduzione della seduta e di mettere in atto il dialogo clinico: un primo stile più narrativo o *diacronico* in cui si parla di qualcosa che è accaduto nella vita del paziente in un momento passato, remoto o prossimo che sia e in cui l'esperienza è unica e propria del narrante, il terapeuta ne condivide unicamente il racconto; un secondo stile detto *sincronico* invece si focalizza su quello che sta accadendo nel *hic et nunc* della seduta, fra terapeuta e paziente, cercando di analizzare gli schemi di funzionamento relazionali attivi. Nella modalità sincronica il terapeuta da spettatore diventa anch'egli attore, prova emozioni in diretta e questo massimizza ogni suo intervento.

In questa accezione l'*enactment* rappresenta il momento sincronico più significativo della dimensione clinica della relazione terapeutica.

La relazione terapeutica diventa pertanto il luogo operativo in cui il principio evolucionistico di motivazione cooperativa e quello di conoscenza incarnata trovano la loro massima integrazione. Il modello evolucionista propone che la modalità cooperativa sia non solo la caratteristica evolutiva della specie homo ma anche la condizione che consente il più ampio dispiegarsi della coscienza riflessiva e che quindi conferisce il maggiore benessere psicologico alle persone. La conoscenza incarnata propone che i meccanismi di cambiamento e crescita individuale debbano avvenire soprattutto a livello emotivo e profondo. La relazione terapeutica punta, pertanto, a tale obiettivo: attraverso processi cooperativi aumentare la consapevolezza del proprio funzionamento e di conseguenza il proprio repertorio relazionale e comportamentale, massimizzando l'adattamento e ampliando i propri gradi di libertà.

Sin dalle prime sedute, si allena il paziente a monitorare sé stesso nella relazione con il terapeuta. Una delle abilità del terapeuta è quella di riuscire a muoversi con disinvoltura dal *diacronico* al *sincronico*. Tutto ciò presuppone, ovviamente, che il terapeuta conosca bene e padroneggi le proprie aree emozionali più critiche per evitare di entrare in eccessiva risonanza e collusione con quanto portato dal paziente. Pertanto, secondo Bara, è imprescindibile che la formazione passi anche attraverso un proprio percorso di terapia personale.

## Relazione vs tecnica: una falsa dicotomia

Bruno Bara, oltre che un raffinato clinico e attento scienziato, è stato anche un appassionato didatta e formatore di giovani terapeuti; ovviamente il punto centrale dei suoi insegnamenti era la relazione, l'attenzione alla pragmatica della comunicazione e all'autosservazione del terapeuta. Il suo focus didattico non è mai stato orientato sulle tecniche cognitivo-comportamentali e sui protocolli di intervento per aree psicopatologiche specifiche, che evidentemente trovava troppo permeati di un riduzionismo che non dà sufficiente valore all'unicità del singolo, al processo autopoietico di costruzione della conoscenza e che rischia di spostare l'attenzione del terapeuta verso un "fare" a discapito di un "essere con".

Un approccio clinico così fortemente centrato sulla *relazione* potrebbe apparire (e, in effetti, spesso è stato posto) in netta contrapposizione con quelli centrati prevalentemente sulle *tecniche*. Com'è noto, alcuni sostenitori dell'approccio "protocollare", basato sull'applicazione in modo stereotipato della singola procedura-tecnica *evidence based* alla singola area psicopatologica, hanno voluto provocatoriamente assegnare alla relazione terapeutica un ruolo assolutamente ancillare nel processo terapeutico, più o meno il rilievo che la "buona educazione" dovrebbe avere in tutte le relazioni umane. Ciò porta non solo ad oscurare l'enorme mole di studi che sostengono il peso dell'alleanza di lavoro e della relazione nel condizionare tutto il processo psicoterapeutico, compresa la modalità di applicazione delle singole tecniche e ovviamente l'outcome terapeutico; ma anche a porre le due prospettive in una antitesi del tutto artificiosa.

Di fatto, ad oggi, tutti gli approcci psicoterapeutici, volenti o nolenti, sono arrivati a fare i conti col problema dell'analisi e gestione della relazione terapeutica (per un'ampia e dettagliata rassegna in tal senso, cfr. Semerari, 2022), se non altro per la necessità di ottimizzare l'implementazione delle tecniche e per fronteggiare in qualche modo quel fenomeno trasversalmente riconosciuto e definito come "resistenza" al trattamento. I volumi di Gilbert e Leahy (2007) o di Kazantzis et al. (2017), ad esempio, evidenziano come anche per la CBT sia ormai diventato imprescindibile ampliare in modo sostanziale il proprio campo d'indagine all'osservazione attenta e alla cura della relazione terapeutica, considerando sia i fattori specifici sia quelli aspecifici del cambiamento.

In effetti, la dicotomia tecnica/relazione è solo apparente e fuorviante, perché anche il lavoro sulla relazione terapeutica richiede necessariamente la chiara formalizzazione di un metodo/tecnica che andrebbe esplicitato e condiviso. Un buon terapeuta cognitivista, con lo stesso identico metodo/tecnica, dovrebbe saper lavorare sia sul materiale *esterno* alla seduta (gli eventi di vita del paziente) utilizzando lo stile *diacronico*, sia su quello *interno* (relazione) spostandosi sul piano *sincronico*. Peraltro, com'è noto, una chiara condivisione del metodo rappresenta uno dei punti chiave dell'alleanza di lavoro, per cui lavorare sulla relazione con un metodo poco chiaro e condivisibile, confliggerebbe anche con questo punto e rappresenterebbe una sorta di contraddizione interna.

A questo riguardo, già nelle prime parole della prefazione del suo libro *Il Terapeuta Relazionale*, Bara afferma: "In accordo con tutti i metodologi della psicoterapia penso che la relazione

terapeutica sia il punto determinante per la buona riuscita di una psicoterapia. In disaccordo con quasi tutti gli studiosi della relazione penso che questa possa essere analizzata scientificamente, spiegata nel suo costituirsi in modo valido ed efficace sia nel suo disgregarsi in modo iatrogeno e inefficace” (Bara, 2018, p.7). E, in effetti, tutti gli ultimi contributi di Bara sono volti a cercare di formalizzare sempre più la tecnica e il metodo relazionale all’interno del processo clinico, andando a individuare quattro passaggi successivi: il primo è la ricostruzione diacronica degli schemi interpersonali attraverso l’analisi delle narrazioni del paziente e cercando di individuare ricorsività di funzionamento relazionale nel corso delle vari fasi di vita (infantile, adolescenziale, attuale) e nei vari contesti, cercando di coglierne anche gli aspetti corporei, emotivi e cognitivi; il secondo riguarda l’osservazione in vivo che il paziente è invitato a svolgere quando si trova in uno degli schemi interpersonali disfunzionali individuati; il terzo passaggio è rappresentato dall’*enactment* in cui ci si aspetta che l’interazione disfunzionale venga realizzata in seduta e questo, come già detto, rappresenta un fondamentale passaggio al livello sincronico; il quarto e ultimo passaggio è scandito dal cambiamento agito dal paziente nella sua vita, portando fuori dal setting clinico le consapevolezze incarnate raggiunte e che possono essere rese operative in un modo nuovo di agire nella quotidianità.

Per Bruno Bara, nel lavoro sulla relazione terapeutica così come sul sogno, l’ancoraggio al metodo cognitivista come metodo di esplorazione e riorganizzazione dei significati personali è rigoroso e costante: in forma certamente più simile alla “moviola” di guidaniana memoria (Guidano, 1991; Lambruschi & Lenzi, 2024) che all’ABC classico cognitivista, con una insistenza particolare sull’esperienza emotiva e corporea, sia in termini sensoriali che motori.

## Metodo e tecnica richiedono una chiara ed esplicitabile cornice teorica

Attualmente, la proposta di “tecniche” psicoterapeutiche e relativa offerta formativa è a dir poco impressionante. Tuttavia, chi svolge questo difficile mestiere con sufficiente serietà e responsabilità, sa bene che il problema non sta tanto nei mezzi, nelle tattiche, quanto piuttosto negli obiettivi che siamo in grado di darci, e cioè nelle *linee strategiche* più generali del processo psicoterapeutico. Troppo spesso il pensiero psicopatologico e strategico che sta dietro le nostre opzioni tecniche risulta poco chiaro, confuso o scarsamente coerente. Il lavoro psicoterapeutico è e sarà sempre una vicenda complessa e per fortuna non sempre prevedibile nei suoi sviluppi, nei suoi inciampi, talvolta nei suoi balzi positivi improvvisi. Tuttavia ogni tecnica acquisisce un senso solo rispetto agli scopi e al di fuori di una chiara e definita visione strategica si svuota completamente di senso. Com’è noto, Guidano (1988, 1992) parlava a questo riguardo di terapeuta come *perturbatore strategicamente orientato*.

Ma, per formulare ipotesi chiare e condivisibili, ci vuole una teoria chiara e condivisibile. Chi dice che in psicoterapia non c’è necessità di teorie complesse e che anzi le teorie complesse finiscono per farci perdere di vista ciò che il paziente ci porta nell’immediatezza della relazione terapeutica e per farci sovrascrivere la sua esperienza con le nostre categorie predefinite, oltre a sostenere una posizione del tutto incompatibile con l’ottica costruttivista, in realtà utilizza, senza accorgersene, sue tacite teorie *naïve* della personalità e della relazione e quindi finisce per sovrascrivere l’esperienza del paziente in modo assai poco consapevole e quindi potenzialmente più pericoloso. “Nella relazione psicoterapeutica teoria e tecnica devono nutrirsi ricorsivamente, mantenendo sempre chiara la consapevolezza del carattere provvisorio e ipotetico delle nostre formulazioni diagnostiche e della necessità di una loro continua revisione e riformulazione a fronte dei dati (contenutistici, processuali e relazionali) provenienti dal paziente. Un terapeuta

con una teoria raffinatissima e complessa, ma senza una precisa procedura e tecnica di lavoro sul piano operativo, è come un pilota dotato di un sistema di navigazione straordinario, un insieme dettagliatissimo di mappe, che però non sa guidare! E se ne sta a dissertare in modo colto su tragitti possibili e orari di percorrenza, seduto su una fuoriserie che magari non sa neanche mettere in moto. Al contrario, un terapeuta con una dotazione procedurale straordinaria, capace di applicare con maestria tecniche di tipo comportamentale, cognitivo, esperenziale, ma senza teoria, è come un pilota eccellente nella guida, capace di stupire con strabilianti testacoda e virtuosismi da *stuntmen*, ma che non sa dove andare e, privo di direzionalità, può finire per girare a vuoto prima di andare rovinosamente a 'schiantarsi' da qualche parte" (Piro e Lambruschi, 2024).

Questo è importante per chiarire la nostra posizione clinica come cognitivisti, perché sulla relazione anche altri terapeuti di altri approcci ci hanno lavorato e ci lavorano egregiamente, in particolare gli psicoanalisti, centrando anzi (proprio come Bara) sulla relazione terapeutica la parte più consistente del lavoro clinico. È sempre stato il loro specifico, dobbiamo riconoscerlo. Più in particolare, proprio il concetto di *enactment* se lo sono inventato nell'ambito della psicoanalisi relazionale, più o meno nella metà degli anni '80 (Jacobs, 1986), e l'hanno successivamente dettagliato (Filippini & Ponsi, 1993; Bromberg, 2012; Ponsi, 2012; Craparo, 2015, 2017) come il mettere in scena da parte del paziente durante la seduta quello che è un suo tipico schema relazionale patologico utilizzando l'analista come "attore" nell'interazione stessa e lo hanno letto in termini di mutua partecipazione tra analizzato e analizzando, un'esperienza che esterna e attualizza la vita interiore di conflitto e relazionale del paziente con i suoi oggetti.

Su quale tavolozza concettuale pone Bruno Bara i variopinti contenuti che via via emergono dal suo pregevole agire clinico sulla relazione terapeutica e ritornano poi da questa, circolarmente e consapevolmente, a nutrire il metodo? Nel gioco di luci e ombre a cui accennavamo più sopra, tale cornice concettuale rimane più spesso sullo sfondo, non sempre così chiaramente esplicitata quanto gli elementi del metodo. Rimane talvolta come trama tacita, data per scontata, tal'altra emergente con maggior evidenza nella descrizione dei casi clinici: un modello d'uomo, comunque, di marca genuinamente cognitivo costruttivista dove la prospettiva delle organizzazioni di significato personale si fonde in modo armonico con la dimensione evolucionista e le neuroscienze cognitive e affettive. Una cornice integrativa che a qualche purista potrebbe apparire fin troppo "inclusiva", come si usa dire nella contemporaneità, ma che è delizia del nostro palato cognitivo ed emotivo. Risuona perfettamente con gli inviti integrativi proposti nel nostro modello a tre assi (Lambruschi, 2024) che definisce una variabilità infinita ma osservabile e monitorabile di assetti identitari, ognuno con proprie aree emozionali critiche di base e relativi schemi di compenso.

Sulla base di tale modello, possiamo prevedere che in funzione dello specifico assetto identitario plasmatosi nel suo itinerario di sviluppo, il paziente evidenzierà i suoi peculiari *temi relazionali dolorosi* di base e le relative *strategie di coping*, individuali e interpersonali, sia nel materiale esterno alla seduta (relazioni lavorative, amicali, genitoriali, sentimentali), sia nelle sue aspettative verso la terapia, verso la figura del terapeuta e nella regolazione del suo comportamento e delle sue emozioni in seduta. Ci aspetteremo messe alla prova coerenti con tale assetto identitario e manovre di evitamento attivo (quando necessario) della possibile emergenza in seduta delle aree emozionali critiche per lui non attraversabili in quanto percepite in vario modo come minaccianti lo stato di relazione (Lambruschi et al., 2024).

## Il terzo asse ovvero le competenze metacognitive

Il terzo asse del nostro modello è quello che mette gli infiniti assemblaggi di significati personali *in process* attraverso i diversi livelli di elaborazione consentiti dalle competenze metacognitive e integrative evidenziate dal paziente. Certamente il processo di cambiamento si esprime, anche per come lo descrive Bara, in un incremento di consapevolezza da parte del paziente sui propri schemi interpersonali: consapevolezza “buona”, ovviamente, di quella emotiva e incarnata che il paziente fatica a non portarsi a casa; e quindi in un miglioramento nelle sue competenze metacognitive, in termini di mentalizzazione in prima e in terza persona, in termini cognitivi ed emotivi.

Su questo aspetto, Bara è sempre stato molto chiaro, ha sempre attribuito alla consapevolezza (quella incarnata) un ruolo fondamentale e, potremmo dire, di per sé “liberatorio” rispetto alle possibili successive evoluzioni autonome che il cambiamento prenderà nel paziente: “Come capita a un prigioniero che conquista la libertà, il paziente può essere insieme soddisfatto e disorientato: *Ora che son libero cosa faccio?* Non ceda la terapeuta alla tentazione didattica di suggerire soluzioni, abbia invece la pazienza di aspettare che il paziente ritrovi la bussola per aiutarlo a rendere feconda la strada che sceglierà, magari modificando in modo significativo le interazioni che sta vivendo adesso. Invece di fornire modelli funzionali prefigurati, meglio ricordare che non esiste alcuno schema relazionale giusto: la liberazione dallo schema patologico permette alla diade di accettare il rischio di entrare nel territorio sconosciuto di ciò che non si è mai vissuto prima. È indispensabile un atto di fiducia nell’intelligenza fluida del paziente, non più coartata dai condizionamenti e dai pregiudizi del passato” (Bara, 2018, pp. 76-77).

Ma questo, come ben sa ogni clinico, non va mai inteso come un processo nulla-tutto, per la serie: “arriva in modo improvviso l’illuminazione salvifica e ora d’incanto vedo tutto chiaro e va tutto bene”. Al contrario, si tratta sempre di un procedere faticoso in cui quel momento fatidico è sempre, necessariamente preceduto da tante “semplici” sedute nelle quali faticosamente il paziente si è “allenato” alla riformulazione interna del problema, all’autosservazione, ad un crescente monitoraggio dei propri stati interni e di quelli altrui e così via; ed è sempre seguito da un percorso di ulteriore articolazione e riconoscimento di quegli schemi interpersonali nei diversi contesti della propria vita, in ogni loro componente rappresentativa e corporea; e soprattutto di sempre più fiduciosa tolleranza ed esposizione alle aree emozionali critiche (colpa, vergogna, tristezza, ecc.) ad essi connesse. Moviola dopo moviola prende forma, in termini elaborativi ma sempre gradualmente e strategicamente orientati (Lambruschi & Lenzi, 2024; Piro & Lambruschi, 2024), un nuovo tipo di funzionamento sul piano regolativo, della flessibilità strutturale, sul piano narrativo e relazionale, da cui traspare un più ampio ed operativo range di possibilità per il nostro paziente.

Un altro importante ambito di riflessione riguarda la “gravità” del paziente che abbiamo di fronte. Con pazienti dell’area cosiddetta “nevrotica”, come quelli usualmente descritti da Bara, il succedersi delle fasi del processo terapeutico è in genere piuttosto prevedibile (compresa la comparsa, ad un certo punto, di possibili *enactment*) e, di solito, risultano più facilmente maneggiabili gli eventuali inciampi di percorso, sempre, ovviamente, con le necessarie attenzioni in termini di disciplina interiore del terapeuta.

Le cose cambiano lavorando con pazienti “gravi”. Qui i limiti nelle competenze relative al terzo asse, connesse cioè ai livelli diversi di integrazione del sé e di mentalizzazione in prima e/o in terza persona, si palesano in modo evidente proprio entro la relazione terapeutica fin dalle prime sedute e talvolta fin dal primo contatto telefonico. Dove mancano le competenze

riflessive del sé, rimangono a dominare il campo della coscienza e il campo relazionale pochi e rigidi schemi interpersonali, elaborati in termini di agiti impulsivi non adeguatamente modulati dalla componente più esplicita e proposizionale della conoscenza di sé. Per cui, il terapeuta potrà aspettarsi fin dalle prime interazioni potenti agiti da parte del paziente. Anche in psicoanalisi relazionale si riconosce che i pazienti “traumatizzati” tendono a legarsi ai loro terapeuti non tanto per mezzo delle parole, ma attraverso degli *enactment*, esprimendo inconsciamente, tramite l'azione, gli aspetti dissociati del sé e la loro rappresentazione dell'oggetto (Albasi, 2006). Secondo Bromberg (2012, p.22) “I processi dissociativi che mantengono l'affetto inconscio hanno una vita propria, una vita che è sia interpersonale sia intrapsichica, una vita che è inscenata tra paziente e analista nel fenomeno dissociativo diadico che chiamiamo *enactment*”.

È importante che il terapeuta abbia una chiara visione di tali diversi livelli di funzionamento e quindi aspettative realistiche sul *timing* del possibile presentarsi nella scena terapeutica di tali dinamiche interpersonali. Aspettarselo consente al terapeuta non certo di evitare la sorpresa o l'imbarazzo dovuto al suo presentarsi, né di evitare di parteciparvi, ma quanto meno di recuperare prima possibile un atteggiamento mentalizzante sia in prima persona (“Che emozioni sto provando? Perché mi viene da agire in questo modo? Che pensieri, che immagini mi si affacciano alla mente?) che in terza persona (Che emozioni avrà lui? Chissà che cosa gli sta passando per la testa? Che mi dice di lui questo comportamento? Dove l'avrà imparato? Assomiglia a qualcosa di lui che abbiamo già visto insieme in terapia?). Insomma, per chi lavora abitualmente con gravi disturbi di personalità, gli agiti e gli *enactment* costituiscono più la norma che l'evento occasionale.

Potremmo addirittura chiederci: siamo certi che il lavoro sul “sincronico” e sugli *enactment* abbia *sempre* quella centralità che noi immaginiamo nel lavoro clinico col nostro paziente? Potrebbe talvolta capitare, rivedendo insieme retrospettivamente il processo psicoterapeutico, che il paziente ci sorprenda invece rievocando come più significativi per sé (sul piano emozionale e del cambiamento), momenti di “banale” ricostruzione diacronica di alcuni episodi significativi della sua quotidianità o della sua storia di sviluppo, che noi avevamo quasi dimenticato.

Costantemente il paziente ci mette dentro i suoi giochi, i suoi schemi interpersonali, virtualmente in ogni momento di ogni seduta. Più e più volte ci ritroviamo immersi nei suoi giochi relazionali. Quante volte li avrà applicati a noi in forma diretta o invertita, senza quasi che noi ce ne accorgessimo? Altre, invece, lo abbiamo notato e magari abbiamo gestito il tutto senza grossi scossoni emozionali. Quando invece in seduta si costruisce un momento di elevata attivazione emozionale è perché quel che lui (come sempre) fa, sta diventando significativo per noi; perché va ad incontrarsi con una qualche *nostra* sensibilità, un *nostro* tema doloroso, va ad invalidare una *nostra* più o meno nucleare area identitaria. Questo tipo di materiale interno alla seduta, a differenza di quello esterno, può diventare così emozionante, indipendentemente dal grado di significatività che ha per il paziente, perché coinvolge e trascina *il terapeuta* coi suoi schemi e i suoi vissuti critici, spesso lo disorienta, lo allarma, lo imbarazza.

Ci risiamo: di nuovo, tutto torna inesorabilmente a noi.

## References

- Albasi, C. (2006). *Attaccamenti traumatici*. UTET Università.  
Bara, B. G. (2018). *Il terapeuta relazionale: tecnica dell'atto terapeutico*. Bollati Boringhieri.  
Bromberg, P. M. (2012). *L'ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale*. Raffaello Cortina.  
Craparo, G. (2015). *Inconsci, coscienza e desiderio: l'incertezza in psicoanalisi*. Carocci Editore.  
Craparo, G. (2017). *L'enactment nella relazione terapeutica: caratteristiche e funzioni*. Raffaello Cortina.

- Kazantzis, N., Dattilo, M. F. e Dobson, K. S. (2017), *The therapeutics relationship in cognitive-behavioral therapy: a clinician's guide* (Tr. it. *La relazione terapeutica in terapia cognitivo-comportamentale: manuale per il professionista*. Giovanni Fioriti, 2019).
- Del Giudice, M. (2018). *Evolutionary Psychopathology. A Unified Approach*. Oxford University Press.
- Gilbert, P., & Leahy, R. L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive Behavioral Psychotherapy*. Routledge (Tr. it. *La relazione terapeutica in terapia cognitivo comportamentale*. Eclipsi, 2009).
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the Self*. Guilford. (Tr. it.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, 1988).
- Guidano, V. F. (1991). *The Self in Process: toward a Post-Rationalist Cognitive Therapy*. Guilford. (Tr. it. *Il Sé nel suo divenire: verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Bollati Boringhieri, 1992).
- Filippini, S., & Ponsi, M. (1993). *Enactment*, *Riv. Psicoanal.*, 39(3), pp. 501-516.
- Jacobs, T. J. (1986). On countertransference enactments, *Journ. of Am. Psychoan. Ass.*, 34, pp. 289-307.
- Lambruschi, F. (2024). Il Sé in un'ottica costruttivista ed evolutiva: un modello a tre assi del funzionamento umano. In Lambruschi, F. (a cura di). *Psicoterapia Cognitiva: l'orientamento costruttivista ed evolutivo*. Carocci.
- Lambruschi, F., & Lenzi S. (2024). Ricostruzione e rielaborazione narrativa del repertorio sintomatologico attuale del paziente. In Lambruschi, F. (a cura di). *Psicoterapia Cognitiva: l'orientamento costruttivista ed evolutivo*. Carocci.
- Lambruschi, F., Delbarba, S., Marchini, M., & Piro, M. (2024). Gestione e uso clinico della relazione terapeutica. In Lambruschi, F. (a cura di). *Psicoterapia Cognitiva: l'orientamento costruttivista ed evolutivo*. Carocci.
- Liotti, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Carocci.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza: Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Raffaello Cortina.
- Liotti, G., & Monticelli, F. (a cura di) (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico: Il manuale AIMIT*. Raffaello Cortina.
- Liotti, G., & Monticelli, F. (a cura di) (2014). *Teoria e Clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitiva-evoluzionista*. Raffaello Cortina.
- Ponsi, M. (2012). Evoluzione del pensiero psicoanalitico: Acting out, agire, enactment. *Riv. Psicoanal.*, 58(3), pp. 653-670.
- Piro, M., & Lambruschi, F., (2024). Concettualizzazione del caso e definizione degli obiettivi terapeutici. In Lambruschi, F. (a cura di). *Psicoterapia Cognitiva: l'orientamento costruttivista ed evolutivo*. Carocci.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance. A Relational Treatment Guide*. Guildford (Tr. it. *Teoria e Pratica dell'Alleanza Terapeutica*. Laterza, 2003).
- Semerari, A. (2022). *La relazione terapeutica: storia, teoria e problemi*. Laterza.