

I MACCHERONI CON IL RAGÙ: NOTE PER UNA RELAZIONE TERAPEUTICA STRATEGICAMENTE ORIENTATA

Mario A. Reda

Professore Ordinario di Psicologia Clinica, Didatta SITCC

Corrispondenza

E-mail: mario.areda@gmail.com

Riassunto

Il contributo di Bruno Bara allo studio della relazione terapeutica in psicoterapia costruttivista ha portato a fondamentali considerazioni sulla sua importanza come fattore terapeutico e come sua implicazione nel percorso di formazione in psicoterapia.

Vittorio Guidano ha proposto l'utilizzo della relazione come strategia di base nel processo psicoterapeutico. Si considera quello che caratterizza lo psicoterapeuta come perturbatore strategicamente orientato nell'ambito della psicoterapia con un approccio di tipo sistemico processuale.

Parole chiave: psicoterapia, empatia, analisi conversazionale, relazione terapeutica

MACARONI AND RAGU: NOTES FOR A STRATEGICALLY ORIENTED THERAPEUTIC RELATIONSHIP

Abstract

Bruno Bara's contribution to the study of the therapeutic relationship in constructivist psychotherapy has led to fundamental considerations on its importance as a therapeutic factor and its implication in the psychotherapy training path.

Vittorio Guidano proposed the use of the relationship as a basic strategy in the psychotherapeutic process. We consider what characterizes the psychotherapist as a strategically oriented disruptor in the field of psychotherapy with a procedural systemic approach.

Key words: psychotherapy, empathy, conversational analysis, therapeutic relationship

I maccheroni con il ragù

Qualche anno fa all'interno della nostra Società di Terapia Cognitiva si dibatteva, attraverso la mailing list, sulla linea politico culturale di chi vi apparteneva.

Antonio Semerari e Nino Carcione, insieme a Francesco Mancini direttori scientifici di questa rivista, iniziavano definendo la loro posizione ed augurandosi un dibattito "onesto e costruttivo, pur con le inevitabili e legittime divergenze" (Mailing list SITCC 17/02/2020). Antonio e Nino

DOI: 10.36131/COGNCL20240202

RICEVUTO IL 29 LUGLIO 2024, ACCETTATO IL 27 SETTEMBRE 2024

sostenevano che il loro programma “si basa sul primato della Clinica”. La discussione per noi interessante si sviluppa a partire da problemi clinici rilevanti del tipo “come funziona il DOC?”, “come funziona il disturbo borderline?”, “perché con certi pazienti la relazione è difficile e faticosa?”, “come si può curare più efficacemente il disturbo evitante?”... Questo significa anche che vecchie questioni di tipo epistemologico, ontologico, ecc... del tipo “quale è il rapporto tra conoscenza e realtà?”, “l’uomo è intrinsecamente relazionale?”, finiscono sullo sfondo e possono essere discussi come problemi sicuramente interessanti ma a cui attribuiamo su questo piano una rilevanza relativa. Bruno Bara, invitato come tutti al confronto, rispondeva: “Io parto da una teoria della cura di matrice costruttivista (Guidano, ma anche lo Zen) per cui non esiste il modo giusto di sentire o di pensare e non ha quindi senso la pretesa del terapeuta di aggiustare gli schemi cognitivi ed emotivi del paziente per renderli più funzionali. Quel che il terapeuta può fare è di aiutare il paziente a capire come lui stesso funziona e accompagnarlo nei suoi tentativi di stare meglio. La teoria della tecnica che mi guida sottolinea l’aspetto relazionale del qui ed ora per comprendere in diretta e condividere quel che accade nello spazio intersoggettivo tra il paziente e le sue figure significative. In seduta col terapeuta e nella vita reale con altre”. È chiaro che la posizione di Bruno Bara privilegia l’importanza della relazione terapeutica cosa che altri ritengono “Condizione necessaria per il successo della terapia e un buon predittore, ma non ci sono prove che sia di per sé curativa” (Mancini e Rogier, 2020). Proseguendo lo stimolante dibattito Bruno nella sua famosa mail “I maccheroni con il ragù” scrive tra l’altro che “la buona notizia è che in Italia un migliaio abbondante (!) di terapeuti si sono formati con me esattamente lavorando su una relazione che viene costantemente riletta insieme al paziente... le difficoltà non sono segno di crisi ma un’occasione per affrontare in seduta l’attivazione degli schemi patologici del paziente. Mentre lo si fa, si condivide col paziente quello che sta succedendo in un clima cooperativo in cui la diade si mette in gioco con l’obiettivo comune di capire cosa ha innescato il disallineamento. Se questo lavoro non viene svolto ininterrottamente iniziano i guai... Una pentola d’acqua bollente da sola non genera magicamente i maccheroni col ragù, ma senza pentola d’acqua bollente non si mangiano i maccheroni col ragù. Ove i maccheroni siano la teoria della cura, il ragù la tecnica specifica e l’umile acqua bollente per 10 minuti indispensabili (3 non bastano), la relazione”. Quindi anche i fattori ritenuti terapeutici in psicoterapia come la mentalizzazione (Fonagy, 2002) o il riconsolidamento di ricordi (Lane, Ryan, Nadel, Greenberg, 2015), come altre tecniche più o meno focalizzate sulle emozioni, se non sono accompagnate da una relazione calda e condivisiva non riescono a cuocere i maccheroni con il ragù.

Il terapeuta come perturbatore strategicamente orientato. La conversazione di secondo ordine.

Vittorio Guidano introduce il concetto del terapeuta come perturbatore strategicamente orientato; “vale a dire, quello di un professionista che, mentre è ‘tecnicamente’ proteso a modificare i pattern di consapevolezza del paziente all’interno della strategia che sta portando avanti, è estremamente attento a utilizzare le oscillazioni emotive che osserva in lui per facilitare la comprensione e l’assimilazione di quanto si va man mano ricostruendo” (Guidano, 1992, p. 107). L’atteggiamento perturbativo si manifesta fin dall’inizio della psicoterapia. Il terapeuta funge da perturbatore strategicamente orientato quando si atteggia in modo inaspettato e diverso da quello che il paziente fa sì che avvenga con le altre persone (reciprocità non lineare).

Il paziente viene perturbato dal fatto che si aspetta una conversazione in cui il terapeuta gli propone delle opinioni-soluzioni dopo aver ascoltato i suoi problemi. “Il paziente ci dà

un'opinione e noi gliene diamo un'altra... questo non è diverso da una conversazione ordinaria più o meno approfondita" (Guidano, 2008).

Invece il terapeuta perturbatore instaura fin dall'inizio una conversazione di secondo ordine (Bercelli e Lenzi, 2004), vale a dire che tenga presenti due fondamentali presupposti. Il primo è che fin dall'inizio quando il paziente parla dei suoi disturbi, il terapeuta cerca di capire insieme a lui il contesto in cui si sono verificati senza voler per forza farne un motivo di causa- effetto o anticipare una spiegazione con una sua interpretazione, ma attivando e condividendo la curiosità di un punto di cui il terapeuta perturbatore è fermamente convinto: c'è sempre una spiegazione per gli scompensi anche se solo il paziente conosce quello che in lui li ha provocati.

Cesare, all'inizio della conversazione molto chiuso e difeso, parla di crisi di improvviso vomito in situazioni che definisce di stress non meglio identificato e per le quali gli furono prescritti ansiolitici ed antiemetici. Dalla conversazione si individua l'inizio del sintomo nel periodo in cui inizia una crisi sentimentale con la propria ragazza, cosa che in precedenza Cesare non aveva considerato. A quel punto gli chiedo se questo vomito fosse comparso anche in precedenza e lui, dopo averci un poco pensato dice di avere avuto crisi analoghe un anno prima dopo la fine di un precedente rapporto sentimentale. Al che io gli dico: "coincidenza?" e lui cambia atteggiamento e mi guarda turbato, poi sorridendo fa "guarda caso! No, non è una coincidenza ma non ci avevo mai pensato".

Il secondo punto per una conversazione di secondo ordine è far soffermare il paziente su come avvengono le cose anziché sui perché. Questo fa sì che, al momento di riferire nei dettagli una situazione in cui prova disagio, il paziente, oltre che parlare dei fatti che l'hanno provocato, si abitui a parlare di come li ha vissuti e cioè delle emozioni che, durante la situazione di cui parla, si sono attivate in lui. Questo sia nel ricordo che mentre ne parla in psicoterapia. Il focus è sempre sugli episodi emotivamente attivanti. Così facendo si può far soffermare il paziente sui cambiamenti corporei con cui il suo fisico manifesta l'emozione, sul nome che il paziente può dare all'emozione stessa e sulle informazioni che l'emozione porta sotto forma di pensieri o immagini mentali (ruolo ermeneutico dell'emozione).

Anna, studentessa di medicina viene in terapia dopo un attacco di panico di cui sostiene di sapere il motivo. Dice di essere stata male perché, come confermato da psichiatri, aveva avuto una crisi di claustrofobia in un'aula molto affollata e a causa di una sua ipersensibilità alla anidride carbonica (Sorrentino e Tani, 2018). Invitata a soffermarsi su come avesse iniziato ad avvertire la crisi, ricorda che proprio prima di quella lezione aveva ricevuto la notizia che alcuni suoi ex compagni di studi si erano laureati mentre lei era ancora fuori corso per essere stata sottoposta a mobbing da un professore che l'aveva più volte bocciata ad un esame. Anna si mette a piangere e ricorda di aver avvertito un forte senso di oppressione toracica e tensione muscolare diffusa. Rimanendo sull'emozione la definisce come una forte rabbia seguita da impotenza accompagnata dal pensiero di essere "sola contro tutti". Scoprire il motivo dello scompensamento e parlare di come si era manifestato dando un nome alle emozioni vissute, le aveva fatto superare le crisi di ansia. Si era riuscita ad aprire parlando di sé e di come viveva quello che le era successo. In questo modo si riescono a regolare le emozioni come ben evidenziato dalle ricerche sull'importanza del dialogo interno e della condivisione sociale (Philippot e Rimet, 1997) nonché dalle pubblicazioni sulla disclosure (Pennebaker, 2000). A riprova dell'importanza del lavoro sulle emozioni in psicoterapia ci sembrano particolarmente significative le ricerche di Gunther Schiepek (2008) alle università di Monaco e di Strasburgo su pazienti con sindrome ossessivo compulsiva trattati con tecniche cognitivo-comportamentali. Nell'arco di circa due mesi, attraverso sofisticate modalità di indagine si può stabilire che i cambiamenti clinici e la graduale risoluzione dei

sintomi, non sono direttamente collegati all'applicazione di tecniche come lo stop del pensiero o il blocco dei rituali ecc. ma l'intervento funziona solo se prima il paziente si era trovato in una situazione di instabilità emotiva. Vale a dire che quello che aveva reso efficace l'intervento era l'aver vissuto delle intense emozioni nel periodo strettamente precedente l'intervento stesso. Una paziente, per esempio, durante una seduta era riuscita a parlare, per la prima volta, al terapeuta della crisi coniugale e dei suoi vissuti ad essa collegati, manifestando una forte attivazione emotiva evidenziata con correlati psicofisiologici e concomitante modificazione delle funzioni amigdaloidi rilevate con la risonanza magnetica funzionale. La paziente aveva preso consapevolezza che lo scompenso ossessivo compulsivo era la conseguenza di un prolungato conflitto matrimoniale e dei sensi di colpa che aveva vissuto impedendole di affrontare con decisione la situazione. Alla richiesta del terapeuta di come mai ne avesse parlato solo allora, fu risposto che si era creata una fiducia per cui la paziente si era sentita capita dal terapeuta mentre in precedenza era andata in terapia di coppia con il marito la cui presenza le aveva impedito di parlare dei contrasti con ulteriori sensi di colpa che peggioravano la sintomatologia. I movimenti emotivi si manifestavano prima dell'applicazione delle tecniche cognitivo-comportamentali e della risoluzione della sintomatologia. Possiamo quindi considerare che una relazione terapeutica sia perturbativa quando crea l'instabilità necessaria per un cambiamento. L'equilibrio dopo l'instabilità si ritrova regolando le emozioni e il terapeuta, cogliendo i vissuti del paziente lo accompagna a sequenzializzare l'esperienza facendo scoprire la situazione in cui si sono attivate le emozioni e soffermandosi sui significati personali (pensieri su di sé e sugli altri) con cui l'emozione lo informa. Bisogna tenere conto che paziente e terapeuta, come sistemi complessi che si incontrano in una seduta, entrano in una situazione di accoppiamento strutturale perturbandosi a vicenda più o meno intensamente (Reda, 1986). Del resto perché una seduta psicoterapeutica abbia dei risultati positivi sull'acquisizione di consapevolezza e sulla capacità di sequenzializzazione che favorisce la regolazione di emozioni precedentemente disregolate, non è sufficiente che il terapeuta, attraverso una conversazione strategica di secondo ordine faciliti nel paziente l'attivazione di stati emotivi, ma che egli stesso partecipi e condivida le sensazioni del paziente seguendone le oscillazioni emotive durante la seduta. Pochissimi studi riguardano questo tema fondamentale per l'andamento della psicoterapia. Il team di Marci rileva l'attivazione emotiva del paziente e del terapeuta mediante le modulazioni del riflesso galvanico cutaneo (GSR) durante alcuni stralci di una seduta (Marci et al., 2007). Si differenziano fasi in cui la concordanza emotiva è elevata, rispetto a fasi in cui è bassa. I pazienti successivamente testati ritengono significativamente positive solo le sedute caratterizzate da fasi altamente concordanti.

Nella **figura 1** troviamo i tracciati ottenuti attraverso l'utilizzo di una apparecchiatura di biolab in cui si misura l'andamento dei valori di conduttanza cutanea nel tempo relativo ad un frammento di seduta. A sinistra i parametri psicofisiologici di paziente e terapeuta presentano un basso livello di concordanza. A destra invece i tracciati presentano un alto livello di concordanza ovvero di sintonizzazione emotiva. Solo i pazienti con alti livelli di concordanza giudicano positivamente significativa la seduta.

Nello stesso periodo il nostro gruppo di ricerca (Canestri et al., 2007, 2008, 2010; Orsucci et al., 2013; Reda et al., 2017) ha effettuato presso l'università di Siena analoghi studi rilevando, durante intere sedute psicoterapeutiche della durata di circa un'ora, le variazioni emotive della diade paziente terapeuta mediante la registrazione dei rispettivi GSR al biolab. Anche i nostri risultati rilevano sedute ad alta condivisione emotiva (attivazione del GSR concordante come vediamo nel tracciato alla sinistra nella **figura 2**) rispetto a sedute senza o con scarsa condivisione (attivazione del solo paziente senza condivisione sensoriale del terapeuta o viceversa come si

Figura 1. *Correlazione GSR paziente e terapeuta con bassa e alta concordanza psicofisiologica, (Marci, 2007)*

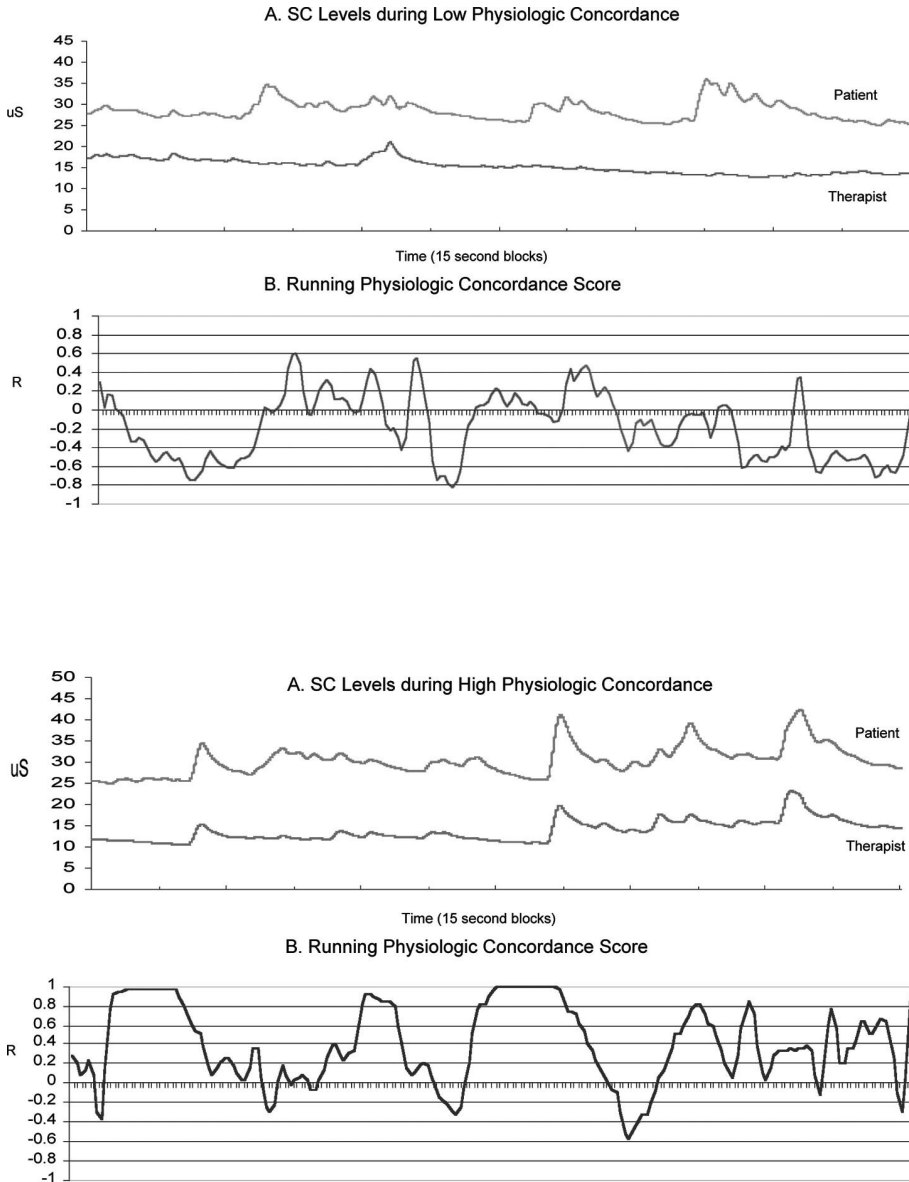
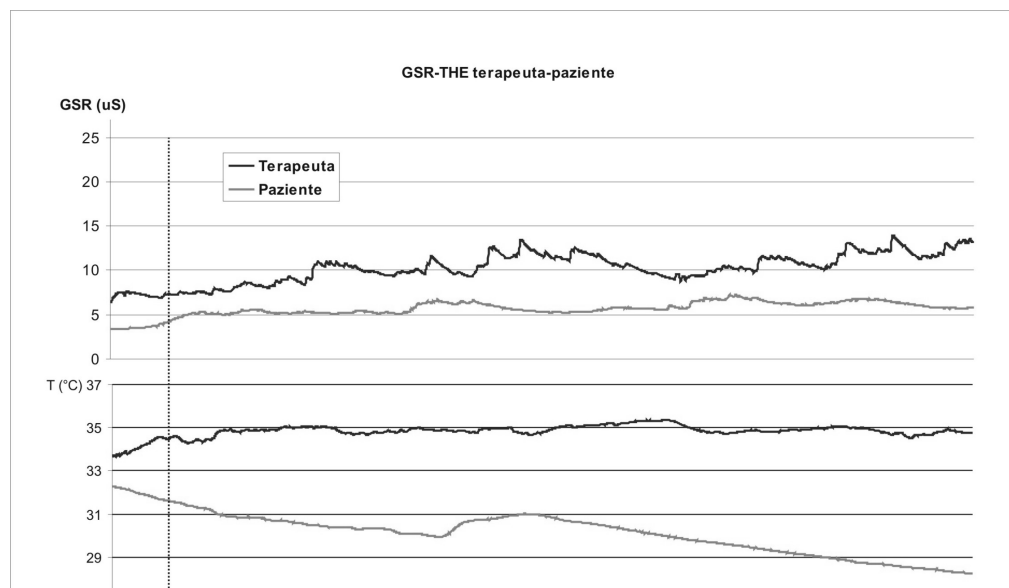
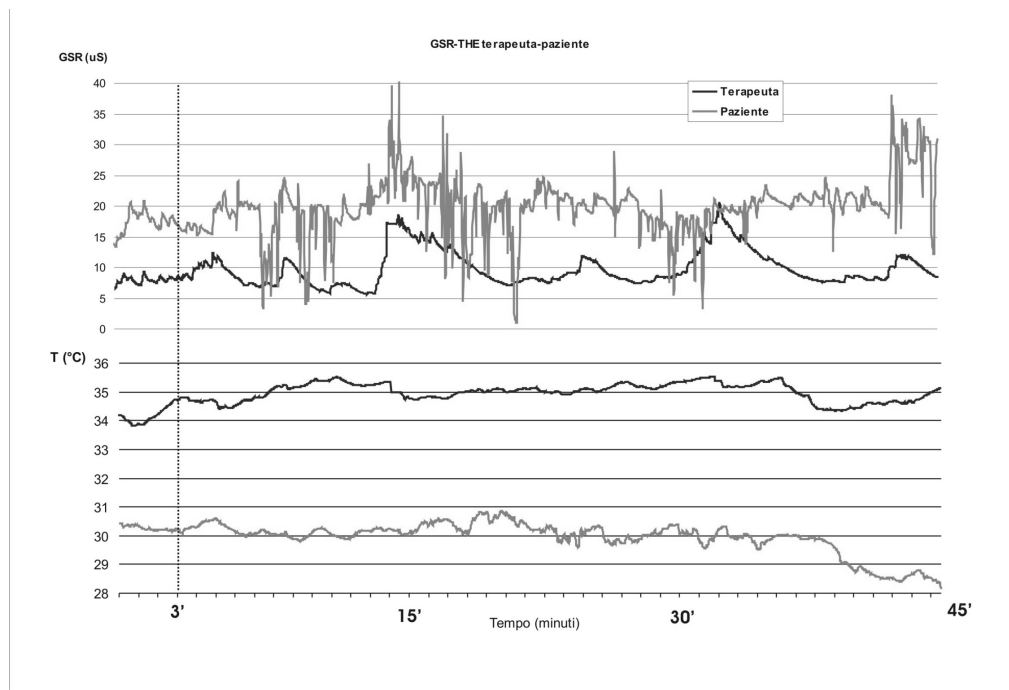


Figura 2. Registrazione sincronizzata GSR paziente e terapeuta (Canestri, Reda, 2007; Canestri et al., 2008)



può rilevare nella parte sinistra della **figura 2**). Da notare che le prime riguardano terapeuti in formazione personale da più anni. Abbiamo inoltre notato come, dopo l'attivazione e la condivisione emotiva, i terapeuti recuperavano la stabilità in tempi più rapidi dei pazienti anche se alla fine della seduta rimanevano più attivati (il GSR rimaneva più elevato rispetto all'inizio della seduta al contrario di quello del paziente).

Quindi il terapeuta relazionale strategicamente orientato oltre a far soffermare il paziente sulle proprie emozioni, le condivide. Per questo oltre ad utilizzare una modalità di conversazione di secondo ordine, col focus su ricordi emotivi del paziente, necessitano curiosità ed immaginazione per collegarsi ai vissuti del paziente. È inoltre fondamentale che il coinvolgimento e la partecipazione emotiva siano gradualmente e limitati in modo da consentire al terapeuta di "entrare e uscire" dalla relazione (Reda et al., 2008; Reda e Canestri, 2017). La condivisione va alternata, nel procedere di un "accompagnamento", alla revisione degli eventi significativamente coinvolgenti col ritorno al racconto (alla regia nella moviola di Vittorio Guidano).

Conclusioni

All'inizio del suo libro "Il Terapeuta Relazionale" Bruno Bara afferma che la sua ambizione è quella di radicare in un'epistemologia scientifica la tecnica terapeutica basata sulla relazione, proponendosi di "aumentare la consapevolezza della terapeuta rispetto alla sua interazione coi pazienti e di formulare strumenti utili a costruirla e gestirla al meglio" (p.30, 2018). Anche Vittorio Guidano ha sempre ricercato un'epistemologia scientifica e ha proposto la relazione perturbativa come una strategia fondamentale per un percorso psicoterapeutico. La relazione, pertanto, è inscindibilmente implicata nell'intervento di autosservazione alla moviola. Il terapeuta utilizza il lavoro di autosservazione alla moviola accompagnando il paziente a "percorrere" lentamente le situazioni emotive con l'obiettivo di "chiarire cosa ha innescato il disallineamento" "ed apprendere a sequenzializzare le esperienze vissute in modo da "rimettere nel proprio binario l'emozione" (riallineamento). In questo modo un'emozione accentuata dalla condivisione può cambiare un'emozione. Il terapeuta è perturbatore se è anche disponibile e preparato ad avvertire reciprocamente le perturbazioni in modo da "far defluire i propri vissuti e tornare su quello che sta accadendo alla paziente" (Bara *ibidem* p.79). Per produrre la condivisione dei vissuti emotivi del paziente è fondamentale che il terapeuta si attivi con curiosità per immaginare le situazioni su cui il paziente è invitato a soffermarsi, rilanciando così con richieste specifiche che arricchiscono di contenuti il racconto del paziente. Il metodo di autosservazione alla moviola passa essenzialmente attraverso la qualità della relazione terapeutica. Il terapeuta esprime senza critiche, giudizi, tentativi di ristrutturazione diretta o modalità suggestive, la sua profonda curiosità per gli stati emotivi, fisici, cognitivi del paziente, il proprio desiderio di farsi attraversare da essi e di starci dentro senza timore legittimandoli. Come a dire: "sei tu l'esperto dei contenuti, io sono l'esperto del metodo: è importante ogni frammento di dialogo interno, una nuova immagine che riesci a recuperare ad ogni passaggio e io posso starci con te...possiamo rivivere insieme al tempo presente e nel momento presente".

Quando un paziente accetta di stare realmente e profondamente "in moviola" col terapeuta vuol dire che sta cominciando realmente a fidarsi di lui e del modo in cui lui tratterà il suo mondo interno (Lambruschi, 2008). Tutto questo si impara "a bottega" durante la propria formazione come psicoterapeuta sotto la guida di un maestro come è stato Bruno Bara che avendo così accompagnato migliaia di allievi può ben affermare che se non si tiene conto della relazione in psicoterapia, iniziano i guai.

Bibliografia

- Bara, B. (2018). *Il terapeuta relazionale. Tecnica dell'atto terapeutico*. Bollati Boringhieri.
- Bercelli, F., & Lenzi, S. (2010). *Parlar di sé con un esperto dei sé. L'elaborazione delle narrative personali: Strategie avanzate di terapia cognitiva*. Eclipsi.
- Canestri, L., & Reda, M. A. (2007). Implicazioni emozionali del terapeuta nel processo psicoterapeutico. *Convegno Mente e Corpo, evento nazionale SITCC, Alba (CN), 8-10 giugno*.
- Canestri, L., Donati della Lunga, S., Pilleri, M. F., & Reda, M. A. (2008). Profili psicofisiologici in psicoterapia: Implicazioni emozionali del paziente e del terapeuta. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 22(1), 13-29.
- Canestri, L., Donati della Lunga, S., & Reda, M. A. (2010). Correlaciones psicofisiológicas durante una sesión estándar de psicoterapia entre paciente y terapeuta: Observaciones preliminares. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX, 183-187.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Raffaello Cortina Editore.
- Guidano, V. F. (1992). *Il Sé nel suo divenire. Verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Bollati Boringhieri.
- Guidano, V. F. (2008). *La psicoterapia tra arte e scienza* (a cura di G. Cutolo). FrancoAngeli.
- Lambruschi, F., & Lenzi, S. (2008). La técnica de la moviola como método de reelaboración de las narrativas autobiográficas. *Revista de Psicoterapia*, XIX, 74-75.
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L., & Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, 1-64. <https://doi.org/10.1017/S0140525X14001777>
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 497-523. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071119-105246>
- Mancini, F., & Rogier, G. (2020). L'alleanza terapeutica è il fattore aspecifico che renderebbe efficace qualunque psicoterapia? Non ci sono ragioni per supporlo. *State of Mind*. <https://www.stateofmind.it/12/alleanza-terapeutica-psicoterapia>
- Marci, C. D., Ham, J., Moran, E., & Orr, S. P. (2007). Physiologic correlates of perceived therapist empathy and social-emotional process during psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(2), 103-111. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000244559.35695.52>
- Orsucci, F., Petrosino, R., Paoloni, G., Canestri, L., Conte, E., Reda, M. A., & Fulcheri, M. (2013). Prosody and synchronization in cognitive neuroscience. *EPJ Nonlinear Biomedical Physics*, 1(6). <https://doi.org/10.1140/epjnbp/s40366-013-0015-7>
- Pennebaker, J. W. (1995). *Emotion, disclosure, and health*. APA Press.
- Pilippon, P., & Rimè, B. (1998). Social and cognitive processing in emotion: A heuristic for psychopathology. In W. F. Flack & L. Laird (Eds.), *Emotions in psychotherapy* (pp. 281-303). Oxford University Press.
- Reda, M. A. (2021). A volte ritornano. APR Tavola Rotonda Post-Razionalista, Roma, Sabato 6 marzo. Reda, M. A., & Canestri, L. (2017). Therapist and patient in therapy: Psychophysiological correlations and "synchronization" during sessions of psychotherapy. *Chaos and Complexity Letters*, 11(3), 347-354.
- Reda, M. A., Canestri, L., & Donati della Lunga, S. (2011). Reciprocità emotiva in psicoterapia: Un approccio post-razionalista. *Rivista di Psichiatria*, 46(5), 292-295.
- Reda, M. A., Pilleri, M. F., & Canestri, L. (2008). La relazione terapeutica post-razionalista. In P. Petrini & A. Zucconi (a cura di), *La relazione che cura* (pp. 123-145). Alpes Edizioni.
- Schiepek, G., Tominschek, I., Karch, S., Lutz, J., Mulert, C., Meindl, T., & Pogarell, O. (2008). A controlled single case study with repeated fMRI measures during the treatment of a patient with obsessive-compulsive disorder: Testing the nonlinear dynamics approach to psychotherapy. *World Journal of Biological Psychiatry*, 9(1), 53-58. <https://doi.org/10.1080/15622970802311829>
- Sorrentino, R., & Tani, C. (2008). *Panico. Una bugia del cervello che può rovinarci la vita*. Mondadori.