

DIALOGO TERAPEUTICO E LIVELLI DI CAMBIAMENTO: ESPLORAZIONI COGNITIVO-COSTRUTTIVISTE AL FIANCO DI BRUNO BARA

Silvio Lenzi

Psichiatra e psicoterapeuta, Socio Didatta SITCC, Direttore Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

Corrispondenza

E-mail: silvio.lenzi@gmail.com

Riassunto

La figura di Bruno Bara ha avuto un ruolo fondamentale nello sviluppo del cognitivismo clinico italiano in particolare nel delinarsi della corrente costruttivista. In questo articolo si vuole proporre una riflessione su quelli che nei suoi più recenti lavori clinici Bara proponeva come aspetti centrali per la psicoterapia e caratterizzanti l'approccio cognitivo costruttivista: la possibilità di perseguire un cambiamento strutturale (Bara, 2007) e la possibilità di lavorare su un piano relazionale che riguarda quanto vissuto da paziente e terapeuta nel qui e ora (Bara, 2018).

Verranno presentate e discusse due specifiche tesi considerandole sicuramente ispirate dai lavori di Bruno, pur considerandone gli aspetti di eventuale divergenza. Riguardo al tema del cambiamento verrà introdotta una distinzione tra livelli di cambiamento evidenziando la complementarità di obiettivi terapeutici di cambiamento sintomatico e cambiamento strutturale. Verrà inoltre indicato come tali obiettivi siano perseguibili in modo sinergico attraverso una specifica metodologia conversazionale che consente una integrazione di diverse procedure e tecniche costruttiviste. Riguardo al tema del lavoro relazionale relativo al qui e ora, verrà considerata la complessità della elaborazione conoscitiva che il dialogo terapeutico implica ed è in grado di realizzare.

Si concluderà con un accenno storiografico all'evoluzione del cognitivismo clinico, proponendo, a partire dalla specifica ed originale metodologia terapeutica di elaborazione conoscitiva descritta, di individuare un orientamento originale tra le varie scuole o ondate del cognitivismo stesso.

Parole chiave: dialogo terapeutico, livelli di cambiamento, orientamento cognitivo-costruttivista

THERAPEUTIC DIALOGUE AND LEVELS OF CHANGE: COGNITIVE-CONSTRUCTIVIST EXPLORATIONS SIDE BY SIDE WITH BRUNO BARA

Abstract

Bruno Bara had a fundamental role in the development of Italian clinical cognitivism, in particular in the emergence of the so-called constructivist current. In this article we reflect on what in his more recent clinical work Bara proposed as central aspects for psychotherapy and characterizing the cognitive constructivist approach: the possibility of pursuing a structural change (Bara, 2007) and the relational level that concerns the here and now of what is experienced by patient and therapist (Bara, 2018).

Two specific theses will be presented and discussed here, considering them certainly inspired by Bruno's works and evaluating the aspects of possible divergence. Regarding the theme of change, a distinction between

DOI: 10.36131/COGNCL20240205

RICEVUTO IL 15 LUGLIO 2024, ACCETTATO IL 1 SETTEMBRE 2024

levels of change will be introduced, highlighting the complementarity of therapeutic goals of symptomatic change and structural change. It will also be indicated how these goals can be pursued synergistically through a specific conversational methodology that allows for an integration of different cognitivist procedures and techniques. Regarding the theme of relational work – in particular at the level defined by Bara as "synchronic" – we will consider the complexity of the cognitive processing that the therapeutic dialogue implies and achieves.

In conclusion a historiographical reference to the evolution of clinical cognitivism will be discussed, highlighting how it may be appropriate to explicitly characterize a specific cognitive therapeutic methodology, to the point of identifying an original orientation among the various waves of cognitivism itself.

Key words: therapeutic dialogue, levels of change, cognitive-constructivist orientation

La figura di Bruno Bara ha avuto un ruolo importante nello sviluppo del cognitivismo clinico italiano in particolare nel delinearsi della corrente costruttivista.

Prendendo le mosse dall'opera di Vittorio Guidano e Giovanni Liotti, il cognitivismo italiano ha seguito diverse articolazioni, a partire dagli stessi Guidano e Liotti che hanno preso posizioni differenziate e talora non facilmente integrabili. Guidano ha fondato una corrente autonoma nel cognitivismo denominandola post-razionalismo (Guidano, 1991), mentre Liotti ha adottato una prospettiva cognitivo-evoluzionista (Liotti, 2001, 2005). In questo sviluppo che ha interessato diversi decenni il contributo di Bruno Bara è stato costante sia per il capillare e sempre lungimirante richiamo agli sviluppi delle scienze cognitive, sia per i contributi clinici. Infatti accanto all'impegno di ordinamento e sistematizzazione testimoniato dalle due edizioni del monumentale Manuale di Psicoterapia Cognitiva pubblicato presso l'editore ai tempi di punta per i testi scientifici, Bollati Boringhieri (Bara, 1996, 2005), l'autore affrontava temi specifici di basilare importanza per la pratica psicoterapica di qualunque scuola. In questo scritto si andrà a proporre una riflessione su quelli che nei suoi maggiori e più recenti lavori clinici Bara proponeva come temi chiave: da un lato lo studio delle dinamiche del cambiamento (Bara, 2007) – e dall'altro quello della relazione terapeutica che individuava la possibilità di lavorare sul *qui e ora* di quanto vissuto da paziente e terapeuta (Bara, 2018).

L'esposizione prenderà spunto da una discussione avvenuta in occasione di una presentazione del volume sul cambiamento e avrà un taglio prevalentemente narrativo, andando anche a ripercorrere lo sviluppo di alcune ricerche e studi parte di un progetto comune o comunque ispirati dalla sua opera. I temi in gioco sono complessi e molteplici. Nel tentativo di rendere più fruibile questa ricostruzione può valer la pena premettere, utilizzando le distinzioni introdotte da Semerari (Semerari, 2022, pag. V e VI), che la prima parte dedicata al cambiamento sarà condotta privilegiando la prospettiva della *teoria della cura* – ovvero il tentativo di spiegare come e perché certe procedure siano terapeutiche – mentre nella seconda parte il punto di vista sarà quello della *teoria dei fatti*, portando la riflessione sulle caratteristiche "ontologiche" della conversazione terapeutica stessa. Nella conclusione si accennerà invece alla prospettiva della *teoria del soggetto*, non entrando nel merito di specifiche tematiche, ma sostenendo – come del resto testimoniato dall'esempio concreto della figura dello stesso Bara – la necessità per le teorie e metodologie cliniche di rifarsi e confrontarsi con un background teorico (Lenzi 2018a, 2018d) adeguato e aggiornato, fornito nello specifico dalle scienze naturali e anche dalle scienze umane.

Di Bruno mi ha sempre colpito lo stile espositivo vivace, ricco di giochi linguistici ironici e esempi creativi, che riusciva a conciliare con l'acutezza, il rigore e la sistematicità dell'argomentazione. I titoli dei paragrafi che fanno il verso ai primi tre film della saga di Indiana Jones (seppure non rispettandone la cronologia) vogliono qui rendergli omaggio, senza ovviamente volerne imitare lo stile, ma comunque testimoniando quello spirito di avventura, che ha visto in questi decenni noi cognitivisti affrontare tante sfide al suo fianco.

I costruttivisti e il cambiamento benedetto

*Maestro non è chi possiede le soluzioni,
ma chi è in grado di porre domande utili
e indirizzare il processo di apprendimento.*
R. Dilts (Dilts et. al. 1993)

Il confronto col pensiero di Bruno Bara e in particolare lo studio dei suoi lavori sia di ricerca che clinici è stato ed è per me estremamente stimolante e complesso, sicuramente constatando con gratitudine – per parafrasare Victor Frankl – come sia stato possibile salire sulle spalle di un maestro per tentare di vedere lontano e esplorare autonomamente ("anche un nano sulle spalle di gigante riesce a vedere più lontano del gigante stesso" Frankl, 1977). Con sguardo retrospettivo, ancora venato dal senso della perdita che risuona amaro ponendo domande senza risposta, inizio a condividendo un momento chiave di questo cammino, di lì procedendo con i vari argomenti. Il tema era quello del cambiamento terapeutico e più in generale psicologico, affrontato da Bara nel volume del 2007, *Dinamica del cambiamento e del non cambiamento* e l'occasione fu quella di un incontro di presentazione del libro che si svolse nella sede forlivese della Scuola SBPC, pochi mesi dopo l'uscita del volume. In verità pensavo che avrei dovuto cambiare molto nella lettura del libro sul cambiamento, per riuscire a incontrare e confrontarmi con le posizioni dell'autore, in virtù di precedenti collaborazioni che ci vedevano in posizioni differenziate seppure complementari. Invece la lettura del libro rivelò e costituì un terreno comune, tanto che Bruno ebbe a convenire sulla lettura batesoniana che proposi per la sua teorizzazione sul cambiamento, giudicandola meritevole di ulteriori discussioni.

Fin dagli anni 90, Fabrizio Bercelli ed io avevamo collaborato con Bruno in alcuni progetti di ricerca di area psico e socio-linguistica che per noi riguardavano l'Analisi Conversazionale di sedute di terapia cognitiva. Il nostro progetto coinvolgeva diversi didatti della SITCC, che fornivano le audio-registrazioni di loro sedute giudicate rappresentative del proprio modo di condurre il dialogo terapeutico. Dei trascritti di tali sedute noi realizzavamo una dettagliata analisi – poi con Liotti denominata analisi cognitivo-conversazionale (Liotti, 2009) – che si ispirava ai lavori clinici di Leonardi e Viaro (Leonardi & Viaro, 1990; Viaro & Leonardi, 1982, 1986) nutrendosi dei principali autori della pragmatica linguistica, a partire da Austin (1967) con la teoria degli atti linguistici, per arrivare alla metodologia dell'Analisi della Conversazione di Sacks, Schegloff e Jefferson (Schegloff, 1980, 1990, 1996, 1997; Schegloff & Sacks, 1977; Schegloff et al., 1973), passando per la logica della conversazione di Grice (1989). Sotto l'egida dello stesso Bara e di Giorgio Rezzonico iniziammo a pubblicare i principali risultati delle nostre ricerche sulla rivista *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, in una rubrica ad essi dedicata dal titolo "Riascoltando una seduta" (Bercelli & Lenzi, 1988b, 1989, 2002; Lenzi & Bercelli, 1999, 2000, 2002, 2006; Lenzi et al. 2000).

Ovviamente tra i nostri riferimenti vi era la prospettiva di Bara e del suo gruppo, volta a evidenziare i processi mentali alla base della comunicazione (vedi come riferimento il volume *Pragmatica Cognitiva*, Bara, 1999; ma anche Airenti et al. 1993a, 1993b). Per noi, tuttavia, l'attenzione andava in modo privilegiato alla pragmatica e al livello dell'interazione come matrice dell'intendersi e anche – per dirla in un modo fin troppo brutale – come modulatore e determinante dei processi cognitivi stessi. Ai tempi pensavamo che l'Analisi della Conversazione e in particolare il concetto di *frame interattivo* ispirato ai lavori di Goffman (Bercelli, 2002; Bercelli & Lenzi, 1988a; Bercelli et al. 1999; Goffman, 1959, 1974, 1981) fornissero adeguati strumenti per dare riscontri empirici a una posizione interazionista, che ci piaceva sintetizzare con una citazione

wittgensteiniana: “Parlatore e ascoltatore si intendono non perché abbiano la stessa conoscenza su qualcosa e non perché abbiano stabilito una somiglianza mentale, ma perché sanno come procedere l’uno con l’altro” (Carse, 1986 citato in Bercelli & Lenzi, 2005). Per dirla con Sbisà a proposito del complicato rapporto tra aspetti semantici e aspetti pragmatici dell’interazione linguistica: “la nozione di atto linguistico può essere considerata come principio esplicativo delle altre nozioni di teoria del linguaggio tentando in tal modo di dare una spiegazione o fondazione pragmatica di fatti semantici” (Sbisà, 1987 p. 12). Al di là dei singoli aspetti fin troppo specialistici, il nostro timore (per certi versi da cognitivisti troppo pudichi se non pentiti) era che il prevalere di una visione centrata sul “cognitivo” facesse perdere una occasione decisiva per la messa a fuoco dei temi base – ovvero quelli relazionali – dell’agire psicoterapico. Le nostre ricerche intendevamo comunque fornire un contributo di teoria della tecnica descrivendo dal punto di vista conversazionale il procedere del terapeuta. I nostri target di indagine, in particolare, erano rappresentati non soltanto dalla metodologia esplicita e standardizzata dell’approccio cognitivo standard, quanto soprattutto dalla espansione realizzata dal cognitivismo costruttivista e post-razionalista di Vittorio Guidano e di alcuni altri autori. Gli studi condotti su un ampio corpus di sedute di terapeuti didatti SITCC miravano a individuare una procedura conversazionale di base, basata su specifiche azioni e attività linguistiche (Peräkylä & Vehviläinen, 2003) e sui formati interattivi: i frame di seduta che tali azioni erano in grado di implementare (Lenzi & Bercelli, 1988b, 1999)¹. Si trattava per noi di rendere esplicito e riproducibile un metodo di ricostruzione delle narrative autobiografiche che definivamo come una sorta di “conversare sentendosi capiti dei problemi e dei fatti che li costituiscono” (vedi Bercelli & Lenzi 2002, 2004; Lenzi & Bercelli, 2002), costituito da diverse e specifiche fasi del processo terapeutico che, tramite la sequenza dei formati di conversazione, andavano a realizzare quello che Guidano aveva definito un cambiamento “profondo” (Guidano, 1987 pp. 249 e sgg., 1996).

Una boccata di ossigeno teorico a questo proposito fu la prospettiva che Bara offriva nel suo libro sul cambiamento, per la quale risultava centrale il concetto di cambiamento profondo (Bara, 2007, p. 65), inteso però non in senso analitico², ma in senso batesoniano, relativo cioè ad un livello di apprendimento diverso ma non in contrasto con quello cognitivo e comportamentale che era proprio della terapia cognitiva cosiddetta standard. Un cambiamento di secondo ordine, di livello logico più elevato che risiedeva non nel comportamento, ma nella mappa del mondo o più appropriatamente nel modo in cui nei contesti interpersonali noi costruiamo le nostre mappe del mondo. La concezione batesoniana del cambiamento fornita dal lavoro di Bara fu utile per consolidare un tentativo di integrazione metodologica tra l’uso di procedure di comprovata efficacia proprie di diversi protocolli cognitivisti e l’esplorazione dei significati propria della metodologia guidaniana (Guidano, 1995a, 1995b, 2007, 2008), tentativo che si sarebbe concretizzato poco tempo dopo in un volume dedicato alla psicoterapia del Disturbo di Panico (Giannantonio & Lenzi, 2009, vedi Tabella 1).

Da una breve esposizione delle strategie terapeutiche proprie dei diversi livelli di cambiamento

¹ Una descrizione metodologicamente rigorosa del metodo conversazionale fu in seguito oggetto di alcuni lavori di Analisi della Conversazione pubblicati sul *Journal of Pragmatics* (Bercelli et al., 2008; Bercelli et al., 2013) dedicati a descrivere i “supra-session courses of action” che caratterizzano trasversalmente il nutrito corpus di sedute psicoterapiche ad orientamento cognitivo-costruttivista.

² La nozione di cambiamento profondo appare seppur suggestiva anche fuorviante, veicolando l’idea di una non osservabilità delle strutture coinvolte, tale da autorizzare indiscriminati furori metapsicologici. Sarebbe veramente da far proprio l’intento wittgensteiniano di voler “sostituire congetture e speculazioni pazzesche col sereno esame di fatti linguistici”.

potrà risultare più chiara la logica di questo tentativo di integrazione.

In “Una teoria del gioco e della fantasia” Bateson (Bateson, 1976) sostiene che il gioco comporta il distinguere tra diversi tipi logici di comportamento e di messaggi. Quando giocano, umani e animali mostrano gli stessi comportamenti associati a aggressività, sessualità e altri aspetti più seri della vita. Eppure sono in grado di distinguere che non è per davvero, grazie a meta messaggi di tipo logico diversi dai comportamenti in questione. Combinando la teoria degli ordini di astrazione di Korzybski (1958) (oggetti reali > rappresentazioni interne > linguaggio) con quella di gerarchia di classificazione, Bateson arriva a identificare diversi livelli di apprendimento e cambiamenti in animali e esseri umani. Nel saggio “*Le categorie logiche dell’apprendimento e della comunicazione*” (Bateson, 1972) egli definisce diversi livelli di apprendimento che devono essere considerati in tutti i processi di cambiamento a partire dall’apprendimento uno e dal deuterio apprendimento.

Riferendosi ai cambiamenti psicoterapici e alle strategie di intervento per realizzarli, è possibile individuare per ogni tipo di cambiamento una strategia di intervento corrispondente. Al cambiamento di primo livello – il cambiamento sintomatico – corrisponde una lineare strategia di Problem Solving, che può essere descritta dalla formula $SP + R = SD$: a partire dallo stato problematico (SP) vengono introdotte una o più risorse (R) fino a che non si produca un cambiamento realizzando lo stato desiderato (SD). Una strategia di questo tipo, tuttavia, non sempre risulta efficace. Se si persegue un obiettivo di cambiamento rimanendo all’interno dello spazio problema, il raggiungimento dell’obiettivo non raramente potrebbe fallire o dare risultati solo temporanei: “i problemi che affrontiamo non possono essere risolti allo stesso livello di pensiero in cui eravamo quando li abbiamo creati”. Lo Spazio di Soluzione deve dunque essere più ampio dello Spazio Problema e deve contenerlo. Tale “allargamento” può realizzarsi grazie ad una riconfigurazione delle relazioni di causa effetto o di significato esistenti nello stato presente e nello stato desiderato, che permetteranno di vedere e affrontare le cose in modo diverso. Nell’ottica dei livelli di apprendimento questo tipo di intervento rappresenta un cambiamento di secondo livello, che agisce indirettamente sugli aspetti sintomatici, come può farci capire un esempio tratto dalla eziologia e terapia medica. Se immaginiamo un paziente affetto da polmonite batterica un intervento di primo livello è rappresentato dalla somministrazione di un antipiretico, che risolve o riduce la sintomatologia febbrile. Tuttavia una volta cessata l’azione del farmaco la sintomatologia si ripresenta. Occorre intervenire quindi ad un livello diverso, agendo sulle cause, ovvero somministrando un antibiotico in grado di eliminare la causa della febbre, che in questo secondo caso si risolverà indirettamente e stabilmente. Questo tipo di intervento, in medicina denominato eziopatogenetico, viene descritto dall’acronimo SCORE: sintomi, cause, obiettivi, risorse e effetti:

- I *Sintomi* sono le evidenze del problema. Sono in genere gli elementi che il paziente desidera evitare, eliminare o superare. Sono l’aspetto del problema di cui è più consapevole
- Le *Cause* sono gli elementi soggiacenti, responsabili della creazione e del perdurare dei Sintomi
- L’*Obiettivo* è lo stato desiderato che prenderà il posto dei Sintomi
- Le *Risorse* sono gli elementi responsabili della rimozione della causa dei Sintomi, del raggiungimento dell’Obiettivo e del manifestarsi e del perdurare degli Effetti desiderati
- Gli *Effetti* sono le conseguenze auspiccate a medio e a lungo termine della realizzazione dell’Obiettivo.

Una siffatta strategia di intervento è propria dell’approccio cognitivista post-razionalista

di Vittorio Guidano (Guidano, 1991), che propone una strategia terapeutica di cambiamento di secondo livello, realizzabile attraverso una metodologia esplicita di intervento, conosciuta come tecnica della moviola (Guidano, 1987; Dodet, 1998; Critone, 2012), ma costituita da una sistematica ed esplicita metodologia conversazionale come le nostre analisi avevano evidenziato (Lenzi, 2009; Lambruschi & Lenzi, 2008; Lenzi & Bercelli, 2010). Tale metodologia è orientata alla rielaborazione degli aspetti emotivo interpersonali ritenuti all'origine della sintomatologia clinica. In particolare la ricostruzione delle situazioni interpersonali e degli "sbilanciamenti affettivi" antecedenti all'esordio dei sintomi consente di ricostruire gli aspetti critici della relazione e di elaborare adeguatamente le esperienze emotive ad essi connesse (Guidano, 1987, 1991). L'ambito di applicazione di questo tipo di intervento è relativo alle situazioni di tipo nevrotico, in cui è possibile individuare una area sintomatica specifica ipotizzandone all'origine un fattore patogenetico. Le Organizzazioni di Significato Personale guidaniane prospettano infatti per i diversi tipi di disturbo nevrotico la possibilità di un intervento mirato al cambiamento profondo, la cui strategia è concettualizzabile con il modello SCORE.

Un aspetto ulteriormente interessante di questa metodologia di intervento è che si avvale di una continuità operativa di livelli di cambiamento ovvero tra interventi sintomatici e lavoro sui processi profondi, non ponendo una opposizione né tantomeno una incompatibilità tra i due livelli di intervento, a dispetto delle differenze teoriche e epistemologiche sempre sottolineate tra i due tipi di approccio.

Tabella 1. *La realizzazione di un percorso integrato di elaborazione conoscitiva: dall'indagine sui prodotti conoscitivi alle espansioni della procedura ai processi conoscitivi che realizza un cambiamento profondo (da Giannantonio & Lenzi, 2009, modificato)*

STRATEGIE INTEGRATE DI ELABORAZIONE CONOSCITIVA
1. Lavoro sui prodotti conoscitivi (strategia orientata al cambiamento di Livello 1)
<i>1.1. Le procedure di indagine</i>
1.1.1 Focalizzazione su contenuti specifici (sintomo o problema)
1.1.2 L'osservazione dell'esperienza soggettiva
1.1.3 Nuovi modi di osservazione e ulteriori ingredienti dell'esperienza
1.1.4 Ulteriore indagine sulle condotte di fronteggiamento
<i>1.2. Le procedure di rielaborazione</i>
1.2.1 La rielaborazione cognitiva standard
1.2.2 Rielaborazioni centrate sui sistemi rappresentazionali (tecniche immaginative di rescripting)
2. Lavoro sui processi conoscitivi (strategia orientata al cambiamento di Livello 2)
<i>2.1. La ristrutturazione dell'atteggiamento verso il problema e l'apertura di nuovi spazi di soluzione</i>
<i>2.2. La rielaborazione delle regole di lettura dell'attivazione emotiva</i>
<i>2.3. Il lavoro sulle narrative personali: ricostruzione delle strategie relazionali e individuazione degli sbilanciamenti affettivi</i>
2.3.1 Ricostruzione del repertorio attuale
2.3.2 Ricostruzione dello stile affettivo
2.3.3 Ricostruzione dei temi di vita e della storia di sviluppo
3. Il posizionamento interattivo e il lavoro sull'attività cognitiva (strategia orientata al cambiamento di Livello 3)
<i>3.1 Presenza interattiva del terapeuta</i>
3.1.1 Integrazione di informazioni (dal livello sincronico "pragmatico" a quello diacronico narrativo)

Due aspetti ci sembra opportuno citare a giustificazione, per così dire “di costruito”, per questa impostazione.

Il primo aspetto riguarda la distinzione tra l’attività dialogica di esplorazione dell’esperienza soggettiva, detta in termini conversazionali attività di Indagine, e un secondo e separato momento dell’attività di seduta in cui il terapeuta interviene proponendo una rielaborazione dei diversi aspetti conoscitivi del paziente, detto di Ridefinizione, in cui la posizione relazionale (lo stato di partecipazione e il formato di produzione del frame terapeutico) risulta completamente cambiata rispetto al momento precedente. Tra gli approcci cognitivisti standard e il metodo guidaniano se osservati dal punto di vista conversazionale vi è sostanziale continuità per quel che riguarda le modalità di indagine, rispetto alla quale il terapeuta guida come esperto della struttura dell’esperienza e delle varie modalità narrative e conoscitive lasciando al paziente la competenza sui diversi aspetti di contenuto. Riguardo alle ridefinizioni invece emergono aspetti di diversità e discontinuità tra i due approcci: le elaborazioni sui singoli prodotti conoscitivi, più istruttive e mirate a convinzioni, immagini e aspetti comportamentali vari proprie della terapia cognitiva standard – e anche della terza ondata verrebbe da aggiungere anticipando le riflessioni conclusive di questo scritto – si differenziano dalle cosiddette riformulazioni interne post-razionaliste, che riguardano la ricostruzione dei contesti emotivo interpersonali nell’ambito dei quali trovano consistenza e senso gli aspetti emotivi disregolati o totalmente opachi del paziente. La particolare sequenza di interventi indicata nella Tabella 1 è volta a favorire proceduralmente una integrazione tra i due tipi di elaborazione, realizzando in itinere un cambiamento di atteggiamento del paziente verso la propria esperienza, che passa da un aspetto più concreto e externalista ad uno più interno e costruttivista, accedendo in tal modo a cambiamenti di secondo livello (vedi Lenzi, 2016b).

Il secondo aspetto chiave a giustificazione di questa proposta integrativa può essere solo accennato e riguarda la ricorsività dei livelli logici dell’apprendimento e quindi degli obiettivi di cambiamento e la non deterministica relazione tra essi (Dilts et al., 2011; Tramonti, 2019). Proprio muovendo dal presupposto che i livelli di cambiamento siano distinti tra loro e talora anche non integrabili, risulta evidente che un intervento a livello dei processi eziopatogenetici per quanto pertinente e riuscito non garantisca poi per statuto il cambiamento sintomatico (Kaiser, 2018; Fahrenbach & Kraguli, 2022). Come a dire che, se è vero che nella patologia medica la febbre della polmonite batterica recede al trattamento antibiotico e tuttavia non raramente altri processi intervengono o quelli pertinenti seguono regolazioni di altro tipo, così a maggior ragione in campo psicologico regolazioni complesse e interferenze tra variabili e processi diversi potrebbero risultare più diffuse e rilevanti di quanto attualmente si ritenga (vedi Migone, 2021), giustificando un treatment plan che consideri di default i diversi tipi di cambiamento ricercandone la combinazione ottimale per il tipo di paziente e le sue specifiche condizioni e possibilità ricettive (Lenzi, 2016a, 2018b, 2018c).

Alla ricerca dell'atto terapeutico perduto

*È proprio in questo che risiede la tragedia dell'esperienza umana,
che ogni essere umano si conosce, prima che pensando. attuando e agendo:
egli si conosce dopo aver agito.*
M. Zambrano (2000)

*E non dimentichiamo che la subordinazione della parola al pensiero
è nella cultura occidentale alla radice dell'oblio del corpo.*
R. Panikkar (2007)

L'intercorporeità è una danza e la conversazione è la sua musica.
F. Bercelli (2020)

Abbiamo visto come le cornici batesoniane alla teoria del cambiamento terapeutico introdotte nel confronto con l'opera di Bara abbiano favorito la formulazione di *percorsi terapeutici* che perseguono cambiamenti di I e di II livello in una complementarità virtuosa.

Riassumiamo gli aspetti alla base di quello che viene a costituire un modello integrato tra metodologie cognitive:

- Individuazione di attività terapeutiche di base comuni ai diversi approcci cognitivisti descritte dal punto di vista conversazionale: indagine e ridefinizione
- Focus clinico su disturbi dell'ASSE I del DSM
- Descrizione di una procedura complessiva e sistematica che consente un percorso terapeutico sistematico tagliato su misura per ogni singolo paziente
- Articolazione della procedura di intervento secondo i livelli di cambiamento terapeutico
- Possibilità e necessità per il paziente di un "cambiamento di epistemologia" nell'integrare i livelli di intervento.

Va sottolineato come la descrizione della metodologia nell'ottica dei livelli di cambiamento possa rappresentare anche una formulazione in termini di teoria della cura. Il modello delle organizzazioni cognitive proposto inizialmente da Guidano e Liotti e successivamente da Guidano proprio a questo mirava: creare un background di conoscenze psicopatologiche tale da poter realizzare, attraverso l'uso strategicamente orientato delle tecniche cognitive, un cambiamento strutturale ovvero il tipo di cambiamento che abbiamo indicato come cambiamento di secondo livello. Questo aspetto può essere ulteriormente esplorato utilizzando l'impostazione di Bara sul tema del cambiamento. La ricostruzione episodica delle vicende relazionali e degli sbilanciamenti affettivi propria dell'approccio di Guidano viene a rappresentare la possibilità di intervenire a livello di quella struttura centrale del funzionamento soggettivo denominata da Bara generatore di pattern (Bara, 2007, pag. 65). Rimanendo sul terreno fornito dalle osservazioni sul dialogo e sulle narrazioni terapeutiche, il "generatore di pattern" postulato da Bara risulta correlabile alla *configurazione di attivazione dei Sistemi di Memoria*, in virtù della quale si producono le narrazioni e da cui derivano gli stati cognitivo-emozionali e a loro volta i comportamenti sintomatici (Conway, 2001; Conway et al., 2004; Crittenden, 2006, 2008, 2017; Crittenden & Landini, 2011). Su tali strutture e processi è possibile intervenire sistematicamente in terapia tramite l'articolazione episodica del racconto e la perturbazione strategicamente orientata volta a riconoscere e rielaborare vari aspetti dell'esperienza soggettiva e del comportamento individuale. *Le memorie situate* reperibili attraverso le ricostruzioni narrative guidate e attraverso la tecnica della moviola

rappresentano una fonte primaria dell'esperienza soggettiva, solitamente trascurata o distorta nei meandri dei processi di organizzazione della conoscenza personale, la cui integrazione attraverso la narrazione e le riformulazioni esplicite del terapeuta consente di generare nuove configurazioni di esperienza e di comportamento. Diventa così possibile dare una spiegazione sensata e scientificamente documentata del razionale della metodologia proposta evitando peraltro il rischio della tautologia – l'origine dei pattern è nel generatore di pattern– e potendosi avvalere delle sterminate ricerche sulla *Autobiographical Memory* e sulle sue molteplici funzioni (Bluck, 2003; Bruner, 1994; Bruner & Weisser, 1995; Conway & Pleydell Pearce, 2000). Un ulteriore motivo a favore della integrazione proposta.

A fronte di questi aspetti virtuosamente convergenti si aprivano alcune questioni più controverse.³ Intanto già nelle nostre formulazioni (Giannantonio & Lenzi, 2009, pag. 146 e segg.) vi era un poco approfondito riferimento ad aspetti “informali” dell'interazione nel qui e ora, segnalati come rilevanti pur non facendo parte della metodologia descritta esplicitamente. Tuttavia, risultavano significativi per il reperimento di informazioni sulle esperienze del paziente e sulle situazioni interpersonali significative. Segnalavamo il fenomeno, senza però dare ad esso una rilevanza sistematica, quasi trattandolo come un incidente di percorso eventualmente da sfruttare, individuando come “presenza interattiva” la capacità del terapeuta di estrapolare informazioni utili da aspetti informali o “insubordinati” (Viaro & Leonardi, 1982) del dialogo. Nelle strategie terapeutiche e nei relativi tipi di cambiamento perseguiti non davamo la dovuta importanza ad una ulteriore strategia di intervento, atta a perseguire obiettivi più vari e articolati, non lineari o divergenti, ovvero non collegati né alla domanda sul sintomo del paziente né ad aspetti psicopatologici specifici a cui orientare l'intervento.

Viceversa, nella pratica clinica ordinaria questa condizione di orientamento e linearità dell'intervento non è facilmente soddisfatta per una serie di molteplici ragioni (Allen, 2012, pag. 166) tanto che lo stesso Bara si trova a riconoscere che “sarebbe illusorio pensare che la terapeuta abbia una precisa strategia che guidi i suoi interventi lungo un arco di trenta o cento sedute” (Bara, 2018, pag. 208). Basti pensare per rendersi conto della pervasività del problema ai quadri

³ L'impulso di formalizzare l'articolazione del modello su altre patologie oltre allo spettro panico agorafobico, non trovò il corso che avrebbe potuto avere anche a causa della primaria questione della necessità di una verifica empirica. Si tratta di un argomento complesso che non raramente sembra vanificare ogni tipo di approfondimento speculativo o articolazione applicativa a fronte della necessità di validazione empirica dell'efficacia del metodo stesso. Si tratta di un argomento non direttamente affrontato da Bara nelle due opere qui prese in esame, se non con riferimenti indiretti come quando a proposito della tecnica relazionale afferma “non c'è nessun protocollo da seguire” (Bara, 2018 pag. 152). Le questioni sono complesse, i problemi oggetto di accaniti dibattiti. È solo per testimoniare la rilevanza ad essi attribuita che accenno qui un paio di questioni, non certo per asserire posizioni che sarebbero ben più complesse da articolare e difendere (vedi ad es. Lenzi, 2018a, 2018d). Il metodo di lavoro qui considerato è euristico e idiografico, e pur trattandosi di un protocollo transdiagnostico, si avvale attraverso un continuativo processo di dismantling e tailoring, delle diverse procedure di esplorazione e rielaborazione cognitivista, realizzato attraverso l'auto-osservazione delle esperienze sintomatiche personali da parte del paziente stesso. Risulterebbe così non totalmente improprio fare intanto riferimento alle prove di efficacia relative a tali procedure (analogamente a quanto realizzato recentemente in alcuni protocolli transdiagnostici per il trattamento integrato dei disturbi di personalità). Inoltre la sistematicità del metodo proposto rende pertinente un altro tipo di valutazione di efficacia. Recentemente Paolo Migone (2021) non ha disconfermato il parere che le sedute di molti terapeuti cognitivo costruttivisti potrebbero soddisfare i criteri di Shedler (2010) relativi alla realizzazione del processo psicodinamico, ricevendo in tal modo una forma di conferma empirica di efficacia, seppure sui generis. Tuttavia con questa affermazione si tenderebbe a negare l'originalità dell'approccio.

complessi (Carcione et al., 2016), ai pazienti cosiddetti difficili (Perris, 1993) e più in generale al trattamento dei disturbi di personalità. In questo tipo di patologia al di là di tutte le specificità sintomatiche, le funzioni conoscitive e metacognitive di base e gli aspetti di funzionamento che riguardano l'organizzazione del sé e il rapporto con l'altro risultano assai poco integrati e sostanzialmente deficitari. Quanto ben descrive Antonello Correale, in un intervento a un seminario di formazione (Correale, 2012), a proposito delle modalità di raccontare e conversare del paziente borderline rende bene la difficoltà a impostare un trattamento sulle ricostruzioni narrative, seppure "assistite" da una metodologia operativa capace di ingaggiare il paziente in un compito specifico e in una situazione immediatamente ed efficacemente cooperativa: "*Il borderline non racconta ma lamenta, accusa, sentenza, arringa... Nel raccontare non va o non sta sui fatti.*" "Il problema è fargli raccontare qualcosa di quello che è successo e di quello che è".

Per questo tipo di situazioni è necessario individuare e fare ricorso a diverse e più articolate strategie di intervento, la cui logica può essere formalizzata attraverso il modello operativo S.O.A.R. (Dilts, 1993, pag. 289 e segg.) legato ai cosiddetti "sistemi esperti" caratterizzati da una capacità di apprendimento continuo e da un costante aggiornamento della mappa del problema. Il modello State-Operator-And-Result fu sviluppato da Newell, Simon e Shaw negli anni 50 con l'obiettivo di formalizzare una strategia di apprendimento dall'esperienza. Il processo di raggiungimento del risultato in un sistema implica muoversi da uno Stato Presente ad uno Stato Desiderato non linearmente ma attraverso un percorso di transizione tra stati che coprono diverse aree del problema, avendo a che fare con tutti gli elementi fisici e non fisici che influenzano lo stato del sistema stesso.

A introdurci a queste più allargate modalità del lavoro terapeutico è stata – seppure in modo indiretto – una riflessione più approfondita sulle spiegazioni teoriche del cambiamento profondo fornita da Bara, e soprattutto le formulazioni operative ad essa collegate del volume del 2018, *Il terapeuta relazionale*. Attraverso queste riflessioni si veniva a realizzare un interessante intreccio tra teoria della cura (come quello che si fa in seduta provoca un cambiamento) e teoria dei fatti (cosa succede veramente in seduta) che ci portò a confrontarci col tema della natura dell'atto terapeutico, consentendoci di estendere i modelli espliciti della metodologia conversazionale ad aspetti che in precedenza non avevamo adeguatamente considerato. Proprio su questi aspetti vorremmo concludere la nostra ricostruzione nella misura in cui il lettore avrà ancora le risorse e la benevolenza di seguirci.

Come si realizza il cambiamento profondo? Secondo quanto proposto da Bara la consapevolezza ne rappresenta sicuramente la via regia, la variabile chiave e costitutiva, pur essendo tale consapevolezza ottenuta nella cooperazione e nella condivisione. Le radici di una consapevolezza trasformativa, infatti, risiedono nella formula della *credenza condivisa* (Bara, 2007, pag. 137) ovvero nella cosiddetta condivisione triadica. Per cambiare uno stato mentale complesso è senza dubbio necessario modificare i suoi costituenti: cognizioni, emozioni e sensazioni corporee, ma pure è necessario che ci sia una disposizione genetica e storica, che le funzioni metacognitive siano operanti, e che ci sia una persona per instaurare la relazione privilegiata di reciprocità funzionale (co-empatia in una relazione duale). Questi aspetti si differenziano della impostazione terapeutica del cognitivismo anche nelle sue più recenti ondate, legate a obiettivi specifici vuoi di contenuto, vuoi strutturali, dove tali obiettivi di paziente e terapeuta rappresentano il fulcro dell'intervento.

Viceversa, nella prospettiva che Bara verrà a perfezionare progressivamente fino al volume del 2018, la variabile chiave per realizzare un cambiamento strutturale viene individuata nell'ambito di una relazione di accoppiamento strutturale e nella *co-empatia*, ovvero una relazione sodale di reciprocità funzionale tra esseri umani (Bara, 2018 pag. 35) e nella consapevolezza condivisa che da essa può derivare. Tale situazione interpersonale viene infatti vista come legata ad una

possibile reciproca ed esplicita condivisione di contenuti di esperienza. Senza entrare nel merito della sintesi metodologica fornita (Bara, 2018 pp. 99-115) ai fini del nostro discorso è importante sottolineare come il nucleo dell'agire terapeutico trasformativo venga posto sul livello detto *sincronico* (Bara, 2018, pag. 81) ovvero sulla relazione nel qui e ora tra terapeuta e paziente. A questo livello risultano decisivi gli scambi denominati *enactment*, (Bara, 2018 pag. 71; vedi anche Craparo, 2017), per Bara vere e proprie rimesse in scena degli schemi relazionali del paziente, che usa il terapeuta come partner. Nelle fasi decisive di ogni terapia il terapeuta diviene l'onorato protagonista del teatro interno del paziente, condividendone in modo reciproco l'esperienza, per poi offrire di essa una rilettura condivisa, previa risoluzione emotiva interiore del proprio vissuto.

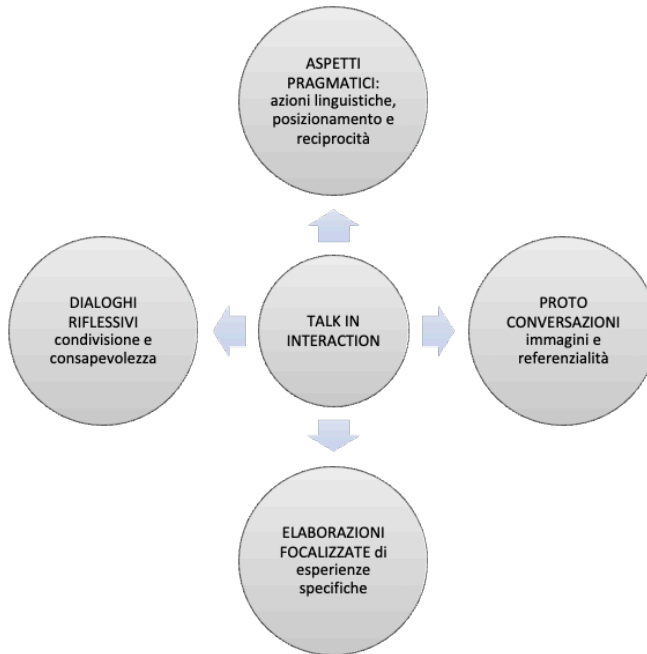
Chioserebbe un terapeuta psicodinamico⁴ che Bara ripropone il concetto di interpretazione mutativa di Strachey (Gill, 1982; Strachey, 1934) ovvero della cosiddetta interpretazione di transfert. Eppure nelle descrizioni di Bara a ben guardare possiamo rinvenire una sottolineatura implicita (mi si perdoni l'ossimoro) di aspetti relazionali complessi, che a mio parere si differenziano da quelli legati alla situazione analitica, contraddistinta dalla cosiddetta neutralità del terapeuta a sua volta resa possibile dalla rigida specificità del setting analitico. Se da un lato, infatti, come Bara ben illustra (Bara, 2018 pp. 89-90) è il terapeuta in quanto testimone co-empatico a creare consapevolezza condivisa comunicando a livello esplicito, dall'altro si verificano eventi interattivi particolari – di reciprocità guadagnata attraverso una disciplina dell'interazione – e solo successivamente si mettono in evidenza condividendoli tali aspetti pragmatici di sintonizzazione interattiva precedentemente verificatisi⁵. Altrimenti l'atto interpretativo non rimane che quello che è, ovvero un intervento semantico che non tocca gli aspetti più profondi che solo il livello di esperienza vissuta nel qui e ora di una vicenda relazionale altamente coinvolgente e significativa è in grado di ingaggiare. Leggendo con attenzione gli esempi clinici forniti da Bara emerge chiaramente il riferimento e l'utilizzo di aspetti comportamentali, di comunicazione e azione da parte del terapeuta in queste situazioni critiche. “Nella seconda fase la terapeuta si accorge di stare vivendo una messa in atto dello schema relazionale patologico che il paziente le ha raccontato e immediatamente cerca di agire una variante significativa rispetto alla rigida sequenza da lui riportata” (Bara, 2018 pag.128). Ancora: “la seduta è preziosa in quanto la coppia è riuscita a vivere insieme uno schema di sofferenza, condividendone gli aspetti viscerali emotivi e cognitivi, ma arrestandosi prima di ricadere nel gioco ripetitivo temuto e pur continuamente rivisitato dal paziente” (Bara, 2018 pag.131). Questo tipo di reciprocità favorita dall'ingaggio relazionale delle condizioni del setting⁶, oltre che dalla intenzione consapevole del terapeuta, sembra essere la condizione per il lavoro di rilettura condivisa e ulteriore rielaborazione consapevole da parte del paziente che Bara ritiene a ragione l'atto terapeutico per eccellenza.

⁴ Analogamente – ha commentato un insigne terapeuta cognitivista a una tavola rotonda di recente un congresso societario della SITCC – che Bara attualizza sulle basi di 100 anni di neuroscienze la concezione freudiana della relazione terapeutica.

⁵ Occorrerebbe qui porre il problema della natura della conoscenza condivisa. Se essa per sussistere debba per forza avere sostanzialmente il modo della consapevolezza riflessivo spettatoriale o viceversa possa risiedere anche in una modalità percettivo-agenziale (Pedrini, 2009 p.54) sostenuta da una intercorporeità e da reciprocità viabile delle forme di interazione: una danza che crea e “parlanti infiniti” che, come diremo a breve, interagiscono in seduta in modo sistematicamente virtuoso.

⁶ Condizioni di setting che pure Bara interpreta in modo molto rigoroso preservando aree di riservatezza sulla propria esperienza personale difficilmente discernibili nei confini con quanto invece sia utile e anche necessario rivelare al paziente per consentirgli il riconoscimento e soprattutto l'emancipazione dalla ripetizione di certi schemi relazionali non adattativi.

Figura 1. I molteplici aspetti della conversazione terapeutica (*talk in interaction*): dagli aspetti pragmatici ai dialoghi riflessivi

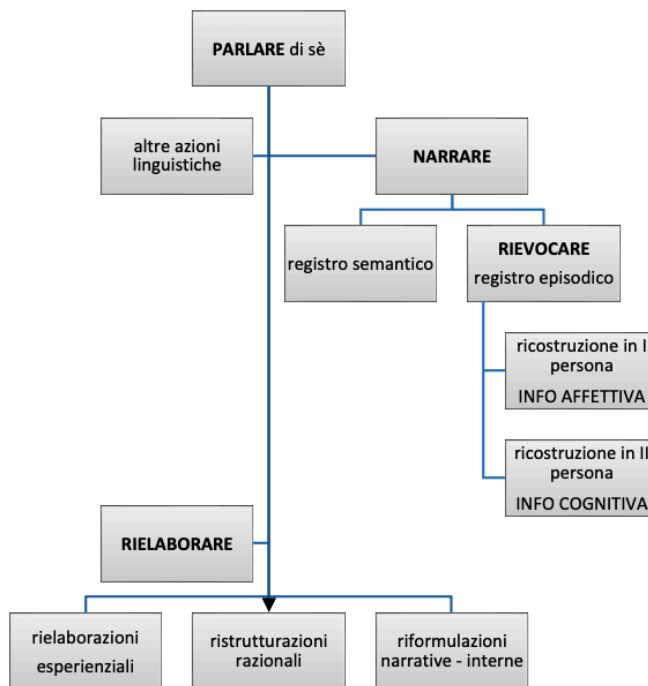


Comunque, al di là di possibili diverse sottolineature che enfatizzano maggiormente il piano della riflessione consapevole o viceversa quello della reciprocità viabile interattivamente guadagnata, il punto che qui ci sembra decisivo e ineludibile è la centralità del dialogo nella realizzazione degli interventi terapeutici. Una precisazione va fatta in proposito: si tratta in effetti di un dialogo che è un “*talk in interaction*” ovvero un processo multimodale e multilivellare che implica non solo gli aspetti tipici dei dialoghi riflessivi come evidenziati già da Semerari (1991, 1999), ma anche aspetti pragmatici e legati ai giochi interattivi e referenziali che si instaurano costantemente e inevitabilmente in ogni conversazione emotivamente significativa (vedi **figura 1**). Inoltre, per completare la gamma delle possibilità di elaborazione conoscitiva legata al dialogo terapeutico, va menzionato il fatto che la rievocazione degli episodi autobiografici e la possibilità di sostare in una sorta di auto-osservazione di sé, tipica delle metodologie cognitive di tutte le scuole, implica l’attivarsi di una serie di meccanismi di elaborazione non verbale della conoscenza personale, che possono essere strategicamente orientati dal terapeuta. Le prerogative di conduzione del terapeuta, proprie del setting della terapia cognitiva, gli dovrebbero offrire se non garantire la possibilità di orientare la conversazione su ognuno di questi livelli a seconda delle strategie terapeutiche selezionate e degli obiettivi di cambiamento ad esse inerenti.

Volendo quindi fornire una descrizione dei processi della conversazione legati alle possibilità di elaborazione conoscitiva aggiornata a queste ultime riflessioni – una sorta di carotaggio della conversazione terapeutica – possiamo dunque individuare sincronicamente tre livelli paralleli che realizzano e caratterizzano la conversazione terapeutica: un primo livello esplicito e patente

relativo ai contenuti e rivolto alla ricostruzione dei temi problematici – sintomi problemi o criticità – che il paziente riporta in terapia; un secondo livello relativo alle modalità espressive e narrative utilizzate all'organizzazione del discorso che si rivolge al funzionamento psicologico o conoscitivo del paziente e infine un terzo livello, che implica il posizionamento interattivo dei partecipanti alla conversazione, ovvero il frame, il formato della loro interazione. Questi tre aspetti realizzano una sorta di ineludibile copresenza dei livelli che Bara denomina sincronico e diacronico: come se in terapia contemporaneamente si guardasse dalla finestra (i contenuti) ma anche alla finestra (gli aspetti narrativo testuali), pure non trascurando il fatto di essere lì a porsi la questione di che fare del nostro guardare tale finestra.

Figura 2. *Aspetti di elaborazione conoscitiva realizzati attraverso la conversazione terapeutica: Parlare, Narrare, Rievocare, Rielaborare*



La conduzione del terapeuta potrà poi realizzare nel corso della terapia una sorta di progressione virtuosa della conversazione stessa (**figura 2**), che muovendo dagli aspetti più aspecifici del parlare di sé legati a modalità idiosincrasiche e specificamente patologiche, con cui il terapeuta dovrà interagire in modo viabile, potrà progressivamente guadagnare attraverso le procedure proposte una narrazione autobiografica via via più ricca e integrata focalizzandosi poi su episodi narrativi e su specifiche modalità di elaborazione. Tale progressione metodologica della conversazione terapeutica è volta da un lato a realizzare sistematicamente una buona forma dei processi conoscitivi del paziente, dall'altro a elaborare in modo privilegiato quegli aspetti

della conoscenza personale che nella formulazione del caso risultano correlati alla sintomatologia presentata come indicato nei riquadri inferiori della figura in questione.

Procedure di conversazione guidata e formulazione del caso⁷ risultano dunque gli assi portanti del processo terapeutico inteso in ottica cognitivo costruttivista. Ed è l'utilizzo di tutti i livelli della conversazione, con particolare riferimento ai processi sincronici, a rappresentare lo specifico della conversazione terapeutica costruttivista.

Conclusione: Bruno Bara, i costruttivisti e l'ultima ondata

*Se entro nel mulino del suo pensiero
ne esco tutto bianco di farina dalla testa ai piedi.
Ma questo non mi disturba perché è una follia santa
che ci libera dal peso delle certezze e della volontà.*
C. Bobin (2001)

Nella ricostruzione di questo lavoro ho avuto il piacere e l'onore di continuare un dialogo scientifico con Bruno Bara intorno ad alcuni temi chiave del cognitivismo clinico italiano, riuscendo a osservare e esplorare orizzonti per me altrimenti inaccessibili.

Non so che impressione potrebbe trarre Bruno dalla lettura di questo scritto. Non so se accanto all'assenso espresso per la distinzione dei diversi livelli di cambiamento, anche rispetto al secondo tema, quello della natura dell'atto terapeutico trasformativo, avrebbe espresso comunque interesse per l'enfasi posta sugli aspetti procedurali della interazione, privilegiando questo livello del lavoro terapeutico rispetto a quello della consapevolezza. Probabilmente mi avrebbe fornito prove a conferma della sua visione lasciando aperto il campo al confronto e magari all'integrazione delle prospettive.

Per quanto mi riguarda il tema della distinzione e complementarità virtuosa dei livelli di cambiamento e quello della comprensione della natura dell'atto terapeutico – che ne rende possibile una descrizione operativa valida, esplicita e condivisibile – sono centrali per la definizione di un sistema psicoterapico.

Pensando a come Bruno si schierasse in modo netto, chiaro e trasparente, rimproverando addirittura a Antonio Semerari in una entusiastica recensione del suo libro sulla relazione terapeutica (Semerari, 2022) una tiepidezza di giudizio su alcune per lui inammissibili posizioni teoriche del movimento della terza ondata, mi viene da pensare che sia necessario assumere

⁷ Se e come la formulazione del caso sia una mossa di inizio o fine partita o viceversa come possa combinare con le procedure della seduta è stato oggetto di un interessante approfondimento da parte del gruppo di Sassaroli (Ruggiero et al., 2021). Un ulteriore aspetto legato alla formulazione del caso è la distinzione tra formulazioni del caso personality-oriented rispetto a formulazioni problem-oriented. Mentre nelle prime vi è un orientamento tassonomico, orientato a classificare il paziente rispetto a una tipologia prestabilita, muovendo dal presupposto di un rapporto univoco e lineare tra strutture personologiche preesistenti e disturbi, nel secondo caso l'attenzione è volta a individuare e tipizzare psicopatologicamente i processi specifici che il paziente mostra in seduta nella interazione dialogica orientata al problema. Tra i presupposti di questo secondo orientamento oltre alla ricorsività tra aspetti sintomatici e aspetti personologico strutturali, vi è anche, per dirla con Thomas Ogden, la distinzione tra costrutti esplicativi metapsicologici e aspetti "che esistono nel regno dei pensieri, dei sentimenti e del comportamento" (Ogden, 1991) di cui si danno evidenze osservazionali dirette. In questo senso, come fin dalle prime formulazioni cognitive era peraltro risaputo (Merluzzi & Carr, 1992; Stiles & Gotestam, 1989) la stessa nozione di schema – oggi ubiquitariamente utilizzata come aspetto osservabile – appartiene al regno delle ipotesi astratte sulle attività della mente.

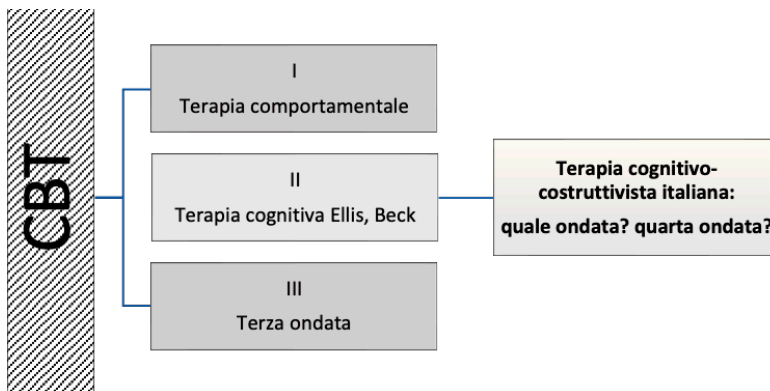
posizioni ben definite ed espresse chiaramente e finanche perentorie. Curioso però anche rilevare come Semerari si fosse espresso in quelle pagine in termini addirittura sarcastici sulle posizioni relazionali descritte e prescritte da certi modelli di intervento e sulla pletora di tecniche a cui fare quasi compulsivamente ricorso, definendo il paziente della terza onda uno “spaventato Pinocchio” che trova nel terapeuta il suo “amorevole Geppetto”, un “brocco” rinfrancato da un “meditabondo santone”.

La posizione che in questo scritto si vuole proporre è che la scuola cognitiva costruttivista si delinei in modo originale e differenziato rispetto allo sviluppo della terapia cognitivo comportamentale, proprio a partire dalla teoria della tecnica per poi definire di conseguenza una teoria della cura e teoria dei fatti altrettanto specifiche e per certi versi originali. Originali tanto da rompere radicalmente le righe della progressione delle diverse ondate che le ricostruzioni storiche del cognitivismo evidenziano (vedi **figura 3**).

In questo senso, al di là delle differenti sottolineature rispetto al prevalere di una prospettiva legata alla elaborazione condivisa piuttosto che alla reciprocità relazionale guadagnata che pure sono presenti, la visione del metodo terapeutico proposta da Bara e quella proposta integrativamente in queste formulazioni risultano centrate sul dialogo e su presupposti comuni, nonché su una ben precisa visione della natura umana e della relazione interpersonale, che se da un lato mette in primo piano gli aspetti del riconoscimento e del bisogno dell’altro, dall’altro non si illude di non fare i conti con gli aspetti legati alla tendenza alla individuazione e sostenuti dall’aggressività. Occorrerebbe probabilmente a questo punto per la individuazione esplicita di un sistema psicoterapico originale, una presa di posizione evuzionisticamente fondata (Del Giudice, 2016) ma che non scotomizzi le cosiddette proprietà emergenti (Gallese & Morelli, 2024), riguardo ad alcuni punti chiave della conoscenza personale e dei processi organizzativi e identitari che la caratterizzano. Occorre spendersi a mio parere per promulgare la visione di un cognitivismo costruttivista incarnato e se mi si passa il termine “chiasmatico”, cioè capace di individuare le reciprocità costitutive del sé e dell’altro, che andasse a delineare una teoria del soggetto all’altezza della situazione.

Una missione tutta da compiere, un’avventura da vivere ancora. Mi piace pensare – a discapito dell’elogio dell’impermanenza – che, come un cavaliere Jedi, Bruno continui a guardarci compiaciuto, sorvegliando e orientando il nostro cammino.

Figura 3. *Principali orientamenti nell’evoluzione della terapia cognitivo comportamentale (CBT): correlazione tra Terapia Comportamentale e Terza Ondata e sviluppo originale del cognitivismo italiano con correlazione alla Terapia Cognitiva*



Bibliografia

- Airenti, G., Bara, B. G. & Colombetti, M. (1993a). Conversation and behavior games in the pragmatics of dialogue. *Cognitive Science*, 17(2), 197-256.
- Airenti, G., Bara, B. G. & Colombetti, M. (1993b). Failures, exploitations and deceits in communication. *Journal of Pragmatics*, 20(4), 303-326.
- Allen, J. G. (2012). *Restoring mentalizing in attachment relationships: Treating trauma with plain old therapy*. American Psychiatric Pub.
- Austin, J. (1967). *How to do Things with Words*. Oxford University Press, Oxford. Tr. it. *Come fare cose con le parole*. Marietti, 1987.
- Bara, B. G. (1996). *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringhieri.
- Bara, B. G. (1999). *Pragmatica cognitiva: i processi mentali della comunicazione*. Bollati Boringhieri.
- Bara, B. G. (2005). *Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri.
- Bara, B. G. (2007). *Dinamica del cambiamento e del non cambiamento*. Bollati Boringhieri.
- Bara, B. G. (2018). *Il terapeuta relazionale: tecnica dell'atto terapeutico*. Bollati Boringhieri.
- Bateson, G. (1976). *Una teoria del gioco e della fantasia*. Adelphi.
- Bateson, G. (1972). *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi.
- Bercelli, F. (2002). Identità e narrazione: di sé e di altri. In R. Lorenzetti, S. Stame (a cura di) *Narrazione e identità*, pp.1000-1027. Laterza.
- Bercelli, F. (2020). Comunicazione personale.
- Bercelli, F. & Lenzi, S. (1988a). Analisi Conversazionale di sedute di Terapia Cognitiva. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 2, 6-27.
- Bercelli, F. & Lenzi, S. (1988b). Riascoltando una seduta. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 3, 26-42.
- Bercelli, F. & Lenzi, S. (1989). Riascoltando una seduta II. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 4, 42-60, 1999.
- Bercelli, F & Lenzi, S. (2002). Analisi conversazionale di una terapia lampo. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 11, 145-26.
- Bercelli, F., Lenzi, S. (2004). Tipi di attività in psicoterapia: l'accomodamento procedurale. *Quaderni di psicoterapia cognitiva*, 8, 8-27.
- Bercelli, F. & Lenzi, S. (2005). La conversazione nella terapia cognitiva ad orientamento costruttivista. In Bara, B. G. (a cura di) *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*, pp. 175-196. Bollati Boringhieri.
- Bercelli, F., Leonardi, P & Viaro, M. (1999). *Cornici terapeutiche. Applicazioni cliniche di analisi dell'interazione verbale*. Raffaello Cortina Editore.
- Bercelli, F., Rossano, F. & Viaro, M. (2004). Attività in alcuni generi di psicoterapia. *Rivista di psicolinguistica applicata: IV*, 2/3, 1000-1017.
- Bercelli, F., Rossano, F. & Viaro, M. (2008). Clients' responses to therapists' reinterpretations. In *Conversation analysis and psychotherapy* (pp. 43-61). Cambridge University Press.
- Bercelli, F., Rossano F. & Viaro, M. (2013). Supra-session courses of action in psychotherapy. *Journal of Pragmatics*, 57, 118-137.
- Bluck, S. (2003). Autobiographical memory: Exploring its functions in everyday life. *Memory*, 11(2), 113-123.
- Bobin, C. (2001). *La lumière du monde*, Gallimard, Paris. Tr. it. *La luce del mondo*. Gribaudi, 2006.
- Bruner, J. (1994). The "remembered" self. In U., Neisser & R. Fivush (a cura di) *The remembering self*. Cambridge University Press.
- Bruner, J. & Weisser, S. (1995), *Autobiography and the construction of the self*. Harvard University Press.
- Carcione, A., Semerari, A. & Nicolò G. (2016). *Curare i casi complessi: la terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Laterza.
- Carse, J. (1986). *Finite and infinite games*. Ballantine Books, New York Tr. it. *Giochi finiti e infiniti*. Mondadori, 1987.
- Conway, M. A. (2001). Phenomenological records and the self memory system. In C. Hoerl & T. McCormack *Time and memory: issues in philosophy and psychology* (a cura di), pp. 336-389, Oxford University Press.

- Conway, M. A. & Pleydell-Pearce, C.W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self memory system. *Psychological Review* 107, 261-288.
- Conway, M. A., Singer, J.A. & Tagini, A. (2004). The self and autobiographical memory: correspondence and coherence. *Social Cognition*, 22, 491-529.
- Correale, A. (2012). Intervento al Seminario organizzato dalla Cooperativa Progetto Emmaus in collaborazione con l'ASL CN2 e il Laboratorio di Gruppoanalisi di Torino ad Alba (CN), <https://www.youtube.com/watch?v=s1AfSj7YyfM>.
- Craparo, G. (2017). *L'enactment nella relazione terapeutica. Caratteristiche e funzioni*. Raffaello Cortina Editore.
- Critone, L. (2012). "Cambia il punto di vista": la tecnica della moviola al microscopio: analisi conversazionale di sedute di psicoterapia ad approccio cognitivo-costruttivista post razionalista-interpersonale. Doctoral dissertation, Università degli Studi di Macerata.
- Crittenden, P. M. (2006). A dynamic maturational model of attachment. *Australia and New Zeland Journal of Family Therapy*, 27, 105-115.
- Crittenden, P. M. (2008). *Il modello dinamico maturativo dell'attaccamento*. Libreria Cortina.
- Crittenden, P. M. (2017). *Raising parents: Attachment, representation, and treatment*. Routledge.
- Crittenden, P. M. & Landini, A. (2011). *Assessing adult attachment: A dynamic-maturational approach to discourse analysis*. WW Norton & Company.
- Dalal, F. (2018). *CBT: The cognitive behavioural tsunami: Managerialism, politics and the corruptions of science*. Routledge.
- Del Giudice, M. (2016). The life history model of psychopathology explains the structure of psychiatric disorders and the emergence of the p factor: A simulation study. *Clinical Psychological Science*, 4(2), 299-311.
- Dilts, R. B. (1993). *Skills for the Future*. Meta Publications, Cupertino.
- Dilts, R. B., Delozier, J. & Dilts, D. B. (2011). *L'evoluzione della PNL: dalle origini alla next generation*. Alessio Roberti Editore.
- Dodet, M. (1998). La moviola. *Psicoterapia*, 4(13), 89-93.
- Fahrenbach, F., Kragulj, F. (2022). The ever-changing personality: revisiting the concept of triple-loop learning. *The Learning Organization*, 29(6), 499-512.
- Frankl, V. E. (1997). *Viktor Frankl recollections: An autobiography*. Insight Books/Plenum Press.
- Gallese, V. & Morelli, U. (2024). *Cosa significa essere umani? Corpo, cervello e relazione per vivere nel presente*. Raffaello Cortina Editore.
- Giannantonio, M. & Lenzi, S. (2009). *Il disturbo di panico. Psicoterapia cognitiva, ipnosi e EMDR*. Raffaello Cortina Editore.
- Gill, M. (1982). *Analysis of transference. Theory and Technique*. International Universities Press, New York. Tr. it. *Teoria e tecnica dell'analisi del transfert*. Astrolabio, 1985.
- Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. Doubleday, New York. Tr. it. *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino, 1969.
- Goffman, E. (1974). *Frame Analysis. An essay on the Organization of Experience*. Northeastern University Press. Tr. it. *Frame Analysis. L'organizzazione dell'esperienza*. Armando, 2001.
- Goffman, E. (1981). *Forms of Talk*. University of Pennsylvania Press. Tr. it. *Forme del parlare*. Il Mulino 1987.
- Grice, P. (1989). *Studies in the Way of Words*, Harvard University Press. Tr. it. *Logica e conversazione*. Il Mulino, 1993.
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. Guilford. Tr. it. *La complessità del Sé. Un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva*. 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*. Bollati Boringhieri, 1992.
- Guidano, V. F. (1995a). A constructivist outline of human knowing processes. In M. J. Mahoney (a cura di) *Cognitive and constructive psychotherapies: Theory, research, and practice* (pp. 89-102), Springer.

- Guidano, V. F. (1995b). Self-observation in constructivist psychotherapy. In R. A. Neimeyer, M. J. Mahoney (a cura di), *Constructivism in psychotherapy*, pp. 155–168. American Psychological Association.
- Guidano, V. F. (1996). Lo sviluppo del sé. In B. Bara (a cura di), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, pp. 86–104. Bollati Boringhieri.
- Guidano, V. F. (2007). *Psicoterapia cognitiva post-razionalista*. Franco Angeli.
- Guidano, V. F. (2008). *Psicoterapia fra arte e scienza*. Franco Angeli.
- Guidano, V. F. & Liotti, G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. Guilford. Tr. it. *Processi cognitivi e disregolazione emotiva. Un approccio strutturale alla psicoterapia*. Apertamenteweb, 2018.
- Kaiser, A. (2018). Learning from the future meets Bateson's levels of learning. *The Learning Organization*, 25(4), 237-247.
- Korzybski, A. (1958). *Science and sanity: An introduction to non-Aristotelian systems and general semantics*. Institute of General Semantics.
- Lambruschi, F. & Lenzi, S. (2008). La técnica de la moviola como método de reelaboración de las narrativas autobiográficas, *Revista de Psicoterapia*, XLIX, 74/75, 153-186.
- Lenzi, S. (2009). La tecnica della moviola come rielaborazione delle narrative personali. Aspetti conversazionali e valenze terapeutiche, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 14, 1, pp 10-54.
- Lenzi, S. (2016a). Verso una standardizzazione dell'intervento: integrare i livelli descrittivo, esplicativo e operativo attraverso il modello DEO, in Reda M.A., Canestri L. (a cura di), *Il Post-razionalismo applicato ai casi clinici*, Atti del XVI Convegno di Psicopatologia Post-razionalista, Edizioni Università di Siena, Siena.
- Lenzi, S. (2016b). To know, tell and construct oneself: The many epistemological aspects of talking about oneself in cognitive-constructivist therapeutic methods. *Costruttivismi* 3, 221-233.
- Lenzi, S. (2018a). Identità cognitivista e livelli di integrazione. <http://www.stateofmind.it/2018/04/identita-cognitivista-livelli-di-integrazione>.
- Lenzi, S. (2018b). Postfazione. In: Guidano V., Liotti G. (2018). *Processi cognitivi e disregolazione emotiva. Un approccio strutturale alla psicoterapia*. Apertamenteweb.
- Lenzi, S. (2018c). Auto-osservazione e conoscenza di sé: aspetti epistemologici dell'assessment cognitivista. In S. Blasi (a cura di) *L'epistemologia della Psicologia Clinica*, pp. 388-406. Fioriti, 2018.
- Lenzi, S. (2018d). Livelli di integrazione tra le psicoterapie e procedure cognitiviste. *Cognitivismo clinico*, 15, 2, 160-165.
- Lenzi, S., Bercelli, F. (1999). Riascoltando una seduta III, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 5, 50-81.
- Lenzi, S. & Bercelli, F. (2000). Riascoltando una seduta IV, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 6, 38-55.
- Lenzi, S. & Bercelli, F. (2002). "Parlare sentendosi capiti dei propri problemi e dei fatti che li costituiscono": considerazioni intorno ad alcuni fenomeni della conversazione terapeutica. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 10, 66-85.
- Lenzi, S. & Bercelli, F. (2006). L'indagine riflessiva su episodi e situazioni problematiche; una tecnica di terapia cognitiva descritta secondo una prospettiva di analisi cognitivo conversazionale, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 19, 58-81.
- Lenzi, S., Bercelli, F. & Marsigli, N. (2000). Analisi Conversazionale di sedute di terapia cognitiva con paziente psicotico, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 7, 102-118.
- Leonardi, P. & Viaro, M. (1990). *Conversazione e terapia. L'intervista circolare*. Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza*. Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G. (2005). *La dimensione interpersonale della coscienza* (seconda edizione). Carocci.
- Liotti, G. (2009). Introduzione. In M. Giannantonio, S. Lenzi *Il disturbo di panico. Psicoterapia cognitiva, ipnosi e EMDR*. Raffaello Cortina Editore, 2009.
- Merluzzi, T. V., & Carr, P. A. (1992). Cognitive science and assessment: Paradigmatic and methodological perspectives. In D. J. Stein, J. E. Young (a cura di) *Cognitive science and clinical disorders*, pp. 79-97. Academic Press.
- Migone, P. (2021). *La terapia psicodinamica è efficace? Il dibattito e le evidenze empiriche*. FrancoAngeli.
- Ogden, T. H. (1991). *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. Jason Aronson Inc. Northvale, New Jersey. Tr. it. *L'identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica*. Astrolabio, 1994.

- Panikkar, R., Pavan, M. C. & Forzani, G. J. (2007). *Lo spirito della parola*. Bollati Boringhieri.
- Pedrini, P. (2009). *Prima persona. Epistemologia dell'autoconoscenza*. ETS, Pisa.
- Peräkylä, A. & Vehviläinen, S. (2003). Conversation analysis and the professional stocks of interactional knowledge. *Discourse & Society*, 14(6) 727-750.
- Perris, C. (1993). *Psicoterapia del paziente difficile: guida pratica all'approccio cognitivo nei servizi di salute mentale*. Metis.
- Ruggiero, G. M., Caselli, G. & Sassaroli, S. (2021). Case Formulation as an Outcome and Not an Opening Move in Relational and Psychodynamic Models. In G. M. Ruggiero, G. Caselli, S. Sassaroli (Eds.). (2021). *CBT case formulation as therapeutic process*. Springer.
- Sacks, H., Schegloff, E.A. & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn taking for conversation. *Language*, 50, 696-735.
- Sbisà, M. (a cura di) (1987), *Gli atti linguistici*, Feltrinelli.
- Schegloff, E. A. (1997). Practices and Actions: Boundary Cases of Other-Initiated Repair. *Discourse Processes*, 23, 499-547.
- Schegloff, E. A., Sacks, H. & Jefferson G. (1977). The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *Language*, 53, 361-82.
- Schegloff, E. A. (1980). Preliminaries to preliminaries. *Sociological Inquiry*, 50, 3-4, 104-152.
- Schegloff, E. A. (1990). On the organization of sequences as a source of "coherence" in talk-in-interaction. In B. Dorval (a cura di) *Conversational organization and its development*, pp. 51-77. Ablex, Norwood.
- Schegloff, E. A. (1996). Confirming allusions: toward an empirical account of action. *American Journal of Sociology*, 104, 161-216.
- Schegloff, E. A., Sacks H. (1973). Opening up closings. *Semiotica*, 8, 289-327.
- Semerari, A. (1991). *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. La nuova Italia Scientifica.
- Semerari, A. (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Raffaello Cortina Editore.
- Semerari, A. (2022). *La relazione terapeutica: Storia, teoria e problemi*. Laterza.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American psychologist*, 65(2), 98.
- Stiles, T. C. & Götestam, K. G. (1989). The role of cognitive vulnerability factors in the development of depression: Theoretical and methodological considerations. *Cognitive psychotherapy: Theory and practice*, pp. 120-139. Springer.
- Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psycho-analysis. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 15, 127.
- Tramonti, F. (2019). Steps to an ecology of psychotherapy: The legacy of Gregory Bateson. *Systems Research and Behavioral Science*, 36(1), 128-139.
- Viaro, M. & Leonardi, P. (1982). Le insubordinazioni. *Terapia Familiare: Rivista Interdisciplinare di Ricerca e Intervento Relazionale*, 12, 41-62.
- Viaro, M. & Leonardi, P. (1986). The evolution of an interview technique: A comparison between former and present strategy. *Journal of strategic and systemic therapies*, 5(1-2), 14-30.
- Zambrano, M. (2000). *Persona e democrazia: la storia sacrificale*. Pearson Italia.