

# La psicoterapia cognitivo-costruttivista \*

20.1

## Normalità e psicopatologia: il concetto di compenso-scompenso di un sistema di conoscenza

Nell'ottica cognitiva, la funzione fondamentale di ogni sistema individuale di conoscenza può essere considerata la capacità di costruire anticipazioni (previsioni) rispetto a ciò che potrà accadere dentro di sé ed intorno a sé, così da poter programmare adeguatamente le proprie azioni in funzione degli scopi attivati in ogni specifico momento (cfr. PAR. 3.4). Le previsioni costruite possono essere più o meno "vere", rispetto alla realtà ontologica, ma ciò che conta non è la loro maggiore o minore "verità", quanto il fatto che rappresentino dei modelli utili per muoversi ed orientarsi all'interno del proprio mondo.

Talvolta le nostre previsioni sono invalidate dai vincoli della realtà ed è proprio grazie a questa invadazione che è possibile arricchire il sistema di conoscenza di nuove informazioni, articolando e complessificando i nostri modelli rappresentativi del mondo. Condizione fondamentale è che l'invadazione venga riconosciuta ed accolta come tale e che il sistema sia in grado di adattare le proprie strutture conoscitive ai nuovi dati. Attraverso questo processo il sistema può andare incontro ad uno sviluppo e ad una crescita personale.

Da queste premesse è possibile affermare che l'efficienza, la capacità di adattamento alla realtà, la salute, l'equilibrio (la *normalità*) di un sistema sono strettamente connessi con la sua capacità di:

- a) costruire modelli percorribili del mondo;
- b) formulare anticipazioni degli eventi funzionali al raggiungimento o all'eventuale modifica dei propri obiettivi;

\* Questo capitolo è stato scritto da Lorenzo Cionini. Per i Riferimenti bibliografici cfr. le pp. 69-71 del CAP. 3.

c) accogliere le falsificazioni e modificarsi di conseguenza, in modo da produrre nuove previsioni utilizzabili per gli stessi scopi.

La definizione di *patologia* è perfettamente speculare a quanto sopra esposto. Tuttavia i concetti di *normalità* e di *patologia* non sono rappresentabili nei termini di una dicotomia: nessun sistema, infatti, è sempre in grado di svolgere adeguatamente queste funzioni, così come non è del tutto incapace di farlo. Per questa ragione, nell'ottica cognitiva si preferisce utilizzare i concetti dinamici – legati al divenire individuale – di *compenso* e *scompenso*, anziché quelli statici di normalità e psicopatologia.

Ogni sistema conoscitivo evolve gradualmente verso livelli di maggiore complessità e ordine interno cercando costantemente di mantenere un proprio equilibrio ovvero la propria coerenza sistemica. Tale equilibrio non può considerarsi raggiunto una volta per tutte, poiché deve ristrutturarsi continuamente in rapporto alle validazioni e invalidazioni cui va incontro nella sua relazione con il mondo, mantenendo integro il senso dell'identità personale (Guidano, 1988). Un processo di crisi o di *scompenso* può verificarsi quando nel confronto con la realtà alcuni schemi nucleari (sovraordinati) connessi con l'identità personale affrontano un processo di invalidazione che determina la necessità a un riordinamento complessivo talmente ampio da superare le loro capacità di ristrutturazione.

## 20.2

### L'intervento terapeutico

La cornice all'interno della quale si articola il processo terapeutico, nell'ottica costruttivista, è esemplificabile mediante la metafora originariamente proposta da Kelly (1955) dell'uomo come scienziato. Il lavoro terapeutico è concettualizzato come un processo di ricerca all'interno del quale paziente e terapeuta svolgono i ruoli distinti e complementari rispettivamente di ricercatore e di supervisore alla ricerca. La metafora definisce le competenze specifiche di ciascuno dei due membri della relazione: il paziente è l'esperto rispetto all'oggetto della ricerca (il suo sistema di conoscenza, le sue sensazioni, i suoi pensieri, le sue emozioni ecc.) poiché è l'unico ad avere la possibilità di un contatto diretto con esso; il terapeuta è l'esperto rispetto al metodo e il suo compito è quello di suggerire gli strumenti, le procedure e i tempi per portare avanti l'intero processo. In questo lavoro la logica è quella della ricerca scientifica: non esistono verità, ma solo ipotesi, più o meno attendibili, che devono essere verificate, ipotesi che saranno considerate valide (il che non significa necessariamente

vere) solo nella misura in cui non si riesca a invalidarle e il paziente le viva come coerenti con le altre regole del suo sistema di conoscenza e congruenti con le sue sensazioni emotive.

L'obiettivo della ricerca è la ricostruzione delle caratteristiche degli schemi prevalenti del sistema di conoscenza del paziente, della loro influenza sul suo comportamento e dei processi di costruzione dei significati. Alcune di queste strutture e di questi processi sono più facilmente accessibili per la coscienza, altri più difficili o addirittura impossibili da rappresentare a questo livello. Ad esempio i processi interni che fanno sì che – in un determinato momento – un individuo si comporti nella relazione con un altro precisamente come si sta comportando possono raggiungere il livello della consapevolezza solo in minima parte. Al massimo, focalizzando l'attenzione sui propri comportamenti, è possibile essere consapevoli degli obiettivi generali che li guidano, ma la scelta specifica delle parole pronunciate, della gestualità, della mimica e delle emozioni che li accompagnano derivano da un insieme complesso di processi interni che, per la contemporaneità e la rapidità del loro svolgersi e per l'automatismo che li contraddistinguono, non sono e non possono essere consapevoli.

Il processo di autoconoscenza comporta quindi spesso il tentativo di ricostruire, a posteriori, e in termini inferenziali<sup>1</sup>, processi messi in atto al di fuori della consapevolezza.

Comunque, sia che ci si proponga di ricostruire strutture conoscitive più facilmente accessibili alla coscienza o strutture della conoscenza non consapevole, è il paziente stesso che dovrà effettuare la ricostruzione delle conoscenze relative a se stesso. Compito del terapeuta è aiutarlo ed accompagnarlo nel percorso di autoconoscenza, indirizzandolo (spingendolo a "guardare") nelle direzioni potenzialmente più utili e sostenendolo nei momenti emotivamente più difficili, senza offrire proprie interpretazioni o conoscenze "preconfezionate". Anche quando si lavori su materiali altamente simbolici, come i sogni notturni, è compito del paziente formulare le interpretazioni, mentre il terapeuta si limiterà a facilitarle proponendogli accostamenti fra immagini narrate, sensazioni provate, ricordi significativi e frammenti di autoconoscenze ricostruite nel corso del lavoro terapeutico.

1. Poiché non esiste la possibilità di un accesso diretto alle proprie conoscenze inconsapevoli, la loro ricostruzione passa essenzialmente attraverso un processo indiretto e inferenziale. Il paziente viene invitato a porsi nella posizione di un osservatore esterno a se stesso, ad adottare metodologie di auto-osservazione (rispetto ai propri comportamenti, pensieri, stati d'animo, emozioni) tentando di costruire a posteriori ipotesi esplicative su propri contenuti o processi conoscitivi non compresi in quanto non rappresentabili direttamente nella coscienza (Cionini, 1991).

Per risultare efficace ai fini del cambiamento, l'acquisizione di nuove conoscenze su di sé non può essere esclusivamente razionale, ma deve essere sentita e rivissuta emotivamente. Una persona può comprendere razionalmente molte cose relativamente al modo in cui funzionano i propri processi psichici, senza che questo induca cambiamenti interni significativi. Un conto, ad esempio, è capire teoricamente che molti dei propri problemi attuali derivano da determinate interazioni avute con i genitori durante l'infanzia, un altro è riuscire – con le attuali potenzialità cognitive – a riattivare e rivivere nel setting terapeutico le sensazioni di abbandono, ostilità o paura che pur avendo caratterizzato gran parte di quel periodo di vita non sono state espresse e sono state quindi inibite e mascherate. È prevalentemente attraverso questo percorso che la modalità di rappresentarsi quelle esperienze, una volta ricostruite a livello di coscienza, può andare incontro ad un processo di riorganizzazione che può tradursi in una modifica dei significati personali.

Per facilitare il paziente nel passaggio dal capire al sentire possono essere utilizzate tecniche specifiche di lavoro sulle emozioni ed un uso differenziato del setting con l'utilizzazione, in determinati momenti, di una poltrona reclinabile (cfr. PARR. 20.2.2 e 20.2.7).

All'interno di questa cornice teorico-metodologica la lunghezza media di un trattamento psicoterapeutico è di circa tre-quattro anni (con frequenza settimanale delle sedute), pur all'interno di un'ampia variabilità individuale.

### 20.2.1. Le prime sedute

La prima seduta, oltre che alla definizione del contratto terapeutico, è dedicata alla raccolta dei dati relativi alle problematiche presentate dal paziente, analizzando soprattutto le caratteristiche del disagio attuale e la sua evoluzione nel tempo. Le sedute immediatamente successive (mediamente tre) vengono utilizzate per raccogliere ulteriori informazioni sul paziente, ripercorrendo la sua storia di vita.

Prima di iniziare il trattamento è necessario che il terapeuta disponga di un insieme di dati per inquadrare il problema del paziente e le caratteristiche organizzative del suo sistema di conoscenza in modo da formulare alcune ipotesi esplicative sui possibili processi di scompenso determinanti l'attuale disagio emotivo e il significato dei sintomi nella logica interna al suo sistema conoscitivo. Ipotesi che non verranno comunicate al paziente, ma utilizzate per la definizione della strategia del processo terapeutico.

La raccolta dei dati sulla storia di vita avviene seguendo un per-

corso cronologico a ritroso, dai ricordi più lontani dell'infanzia fino a **quelli** più recenti. Particolare attenzione viene prestata alle prime fasi dello sdoppio, poiché è in questo periodo della vita che vengono costruite quelle strutture fondamentali dell'identità (in particolare gli schemi di attaccamento) che influenzeranno e condizioneranno gli sviluppi successivi. Ciò che interessa sono i ricordi che il paziente ha della sua storia, così come egli se l'è costruita ed è in grado di rappresentarsela nel presente, senza porsi il problema della "verità oggettiva" dei fatti narrati (cfr. Cionini, 1996).

### 20.2.2. Struttura spaziale del setting

Usualmente, nell'ambito della psicoterapia cognitiva, paziente e terapeuta interagiscono stando seduti l'uno di fronte all'altro<sup>2</sup>. La scelta della posizione frontale trasmette una precisa comunicazione semantica: il messaggio di una parità di ruoli nel lavoro che si sta svolgendo, di uno stile collaborativo d'interno del quale entrambe i partecipanti rivestono un ruolo attivo nella ricerca di soluzioni e di significati che nessuno dei due possiede a priori.

La posizione frontale, privilegiando la comunicazione verbale, risulta adeguata in numerosi momenti dell'iter terapeutico, ma presenta, a mio avviso, limiti non indifferenti quando ci si proponga di lavorare più direttamente sul piano delle emozioni. Personalmente, ritengo che una maggiore flessibilità del setting possa renderlo più congruente ai diversi tipi di comunicazione di volta in volta più funzionali agli obiettivi perseguiti durante l'iter terapeutico. Talvolta, ad esempio, l'utilizzazione di una poltrona reclinabile, su cui il paziente può essere invitato a sdraiarsi mentre il terapeuta si dispone al suo fianco con la sedia orientata verso di lui, risulta più funzionale.

Questa diversa disposizione spaziale può indurre nel paziente un allentamento dei processi di controllo sia rispetto all'interazione (con l'eliminazione del contatto oculare), sia rispetto all'ambiente (attraverso la richiesta di chiudere gli occhi) e facilitare una sua maggiore attenzione ai propri segnali corporei e alle proprie sensazioni emozionali. Facilitando l'attivazione di processi di pensiero più lassi e meno legati alla logica della razionalità, incrementando le sensazioni di vicin-

2. La maggior parte degli psicoterapeuti cognitivisti, anche ad orientamento costruttivista, utilizza esclusivamente la posizione frontale nel setting clinico affrontando, sempre, anche le tematiche emozionali a partire dal canale linguistico. Modalità diverse di utilizzazione del setting rappresentano una prassi meno comune (cfr. Conti, 1996).

nanza e di possibile comunicazione emotiva con il terapeuta, questa posizione è particolarmente efficace per permettere al paziente di rivivere, nel setting, situazioni reali o immaginative connotate da un'intensa valenza emotiva.

### 20.2.3. L'intervento terapeutico: aspetti strategici

Essendo ogni persona unica nelle sue peculiarità, ogni psicoterapia costituisce una storia a sé. Non esistono criteri standard per definire a priori un percorso, psicoterapeutico, ma è la raccolta iniziale dei dati che consente al terapeuta di delineare un percorso ideale, ipoteticamente funzionale a quello specifico paziente (Cionini, 1996, 1991a). Stabiliti con il paziente gli obiettivi di cambiamento, il terapeuta programma le linee generali della strategia d'intervento definendo quali aspetti strutturali e funzionali del suo sistema conoscitivo necessitano di una ristrutturazione – per un maggiore e più stabile equilibrio intemo – e la successione temporale delle fasi del trattamento, ovvero su quali aspetti lavorare prioritariamente e su quali altri in un secondo momento per raggiungere i cambiamenti ipotizzati. Le domande che si pongono al terapeuta sono essenzialmente due: è opportuno affrontare, fin dall'inizio, i problemi connessi con gli schemi nucleari del sistema conoscitivo del paziente (le strutture dell'identità personale) o è invece preferibile occuparsi degli aspetti più periferici? Comunque, di quali in particolare? Su quale tipo di conoscenza è preferibile iniziare a lavorare, su quella semantico-dichiarativa, su quella procedurale o su quella affettivo-immaginativa?

### 20.2.4. Le fasi iniziali del trattamento

Frequentemente accade che nelle fasi iniziali di una psicoterapia si decida di intervenire su aspetti periferici, piuttosto che nucleari, del sistema conoscitivo. Tale scelta è suggerita dal rischio di attivare nel paziente forti resistenze al cambiamento o di indurre troppo precocemente modifiche nelle strutture dell'identità personale che – in assenza di alternative – provochino situazioni di scopenso.

Nella maggior parte dei casi, le prime fasi del trattamento sono dedicate ad un processo di auto-osservazione (più o meno strutturato) delle proprie emozioni, dei propri pensieri e degli eventi (esterni o interni) connessi con situazioni soggettivamente rilevanti. Al paziente viene chiesto di porre attenzione agli avvenimenti emotivamente più significativi della settimana e alle modalità con cui li costruisce

**sul** piano emozionale e concettuale e di riportarli nella seduta successiva per discuterne con il terapeuta. In questa sede le auto-osservazioni vengono analizzate in funzione di diversi obiettivi.

1. Mostrare al paziente come le modalità che utilizza per costruire la propria esperienza siano strettamente soggettive e vengano determinate dalle proprie strutture personali.
2. Fargli riconoscere alcuni dei suoi schemi conoscitivi e i loro rapporti di interazione.
3. Fargli comprendere che nessuna emozione nasce dal caso, è determinata esclusivamente da eventi esterni, è concettualizzabile solo in termini fisiologici o si concretizza misteriosamente e indipendentemente da sé.

Con questo approccio, il terapeuta si propone di aiutare il paziente nel processo di ricostruzione della logica propria al suo sistema. Tale metodologia, di tipo inferenziale, si basa prevalentemente sulla comunicazione linguistico-verbale. Anche se è possibile che alcune delle “scoperte” attivate inducano intense reazioni emozionali, il lavoro si svolge principalmente sul piano concettuale ed è pertanto indicato per quei pazienti che – per la loro tendenza al “controllo” e per le difficoltà a “giocare” sul piano delle emozioni – comunicano più facilmente a questo livello.

In altre situazioni, può essere invece preferibile impostare il lavoro sul piano emozionale privilegiando gli aspetti affettivi della relazione terapeutica. Porre al primo posto, nella gerarchia temporale degli obiettivi, la relazione risulta essenziale quando il paziente mostra diffidenza e difficoltà a definire rapporti significativi con gli altri e conseguentemente anche con il terapeuta. Usualmente questi pazienti hanno avuto, nei primi anni di vita, rapporti con le figure primarie di attaccamento caratterizzati da un sostanziale disinteresse, da mancanza di disponibilità all'accudimento o anche da rifiuto e aperta ostilità. Si sono così costruiti una percezione di sé come “persona non amata, perché non degna dell'amore di nessuno” e di conseguenza una previsione rispetto alle relazioni caratterizzata dalla sfiducia in un possibile reale interesse nei propri confronti. Per sottrarsi a quel fallimento (e alle conseguenti sensazioni dolorose di delusione o perdita) previsto come ineluttabile, l'atteggiamento del paziente diviene di *evitamento* attivo di qualsiasi coinvolgimento affettivo.

In una situazione di questo tipo, la sensazione è che qualsiasi intervento terapeutico sia inutile se prima il paziente non riesce a costruirsi come possibile un futuro diverso e ciò può concretizzarsi soltanto attraverso l'invalidazione dell'assunto: “è impossibile che qual-

cuno si interessi realmente a me e sia disponibile nei miei confronti". La valenza della relazione con il terapeuta diviene allora sostanziale, poiché soltanto se il paziente si permette di fidarsi realmente di lui costruendolo come persona emotivamente ed affettivamente disponibile (pur all'interno delle regole del setting) diventa possibile attivare il processo di cambiamento.

Normalmente gli aspetti sintomatici non sono presi in considerazione d'inizio della psicoterapia. Anche successivamente, comunque, i sintomi non vengono trattati direttamente essendo la loro analisi finalizzata a far cogliere al paziente il loro significato e la funzione che svolgono ai fini del mantenimento dell'equilibrio personale. L'unica eccezione è costituita dalla sintomatologia da *attacchi di* panico quando questa si presenti senza evidenti fluttuazioni giornaliere. In questa situazione diventa possibile un iniziale intervento sintomatico teso a incrementare il livello di autonomia personale del paziente (cfr. Cionini, Mattei, 1991). Questa scelta è sostenuta da due tipi di considerazioni:

- a) esistono procedure terapeutiche che, senza entrare in contraddizione logica con un intervento sui significati, sono efficaci nell'indurre una diminuzione della sintomatologia in tempi rapidi;
- b) spesso, questi pazienti sono talmente concentrati sul loro malessere da non riuscire a leggere qualsiasi altra situazione problematica. La riduzione dei sintomi permette al paziente di porre attenzione anche ad altri aspetti della propria vita, facendo emergere alcune delle problematiche (spesso connesse d e relazioni con le attuali figure di attaccamento) all'origine della sintomatologia.

#### 20.2.5. Cambiamento e presa di coscienza

Il cambiamento strutturale prevede come tappa intermedia (necessaria ma non sufficiente) la presa di coscienza (la rappresentazione nell'ambito della conoscenza consapevole) da parte del paziente degli schemi inconsapevoli o automatici da lui utilizzati nella costruzione dell'esperienza. Nell'ottica cognitiva, è essenziale che questo processo venga attuato autonomamente dal paziente e non comunicato - tramite l'interpretazione - dal terapeuta.

Poiché la maggior parte dei processi di costruzione della realtà si svolge in modo inconsapevole, la modifica del sistema, e in particolare delle sue strutture sovraordinate, non è effettuabile operando soltanto sul piano della coscienza. Essa implica una graduale messa in atto e sperimentazione di schemi alternativi a quelli riconosciuti non

funzionali dal paziente, che sostituiscano i precedenti, tornando ad operare in modo inconsapevole ed automatico.

### 20.2.6. Tecniche di intervento: il metodo maieutico

Maieutica è il termine che definisce il metodo utilizzato da Socrate per aiutare i suoi discepoli a “partorire la verità”. Questo metodo consisteva nel porre domande in modo tale da indurre l’interlocutore a trovare autonomamente la “verità”.

La metodologia maieutica utilizzata in psicoterapia cognitiva corrisponde perfettamente, nei suoi presupposti generali, all’approccio socratico, intendendo per “verità” quella soggettiva e non quella ontologica. L’obiettivo è aiutare il paziente a prendere coscienza delle proprie strutture di conoscenza automatiche ed inconsce esprimibili verbalmente e delle relazioni intercorrenti fra esse. L’analisi è condotta mediante un processo prevalentemente inferenziale, inducendo il paziente ad osservarsi, assumendo il punto di vista di un osservatore esterno.

Nel condurre questo lavoro è necessario che il terapeuta metta da parte sia i propri personali processi logici, sia i principi generali di una logica astrattamente razionale, per immedesimarsi nella “logica” del paziente, limitandosi ad accompagnarlo durante il processo di ricostruzione interna. Assumendo provvisoriamente come valida qualsiasi sua asserzione e gli assunti via via identificati, il terapeuta si limita ad aiutarlo a verificarne la verità intema (la non contraddittorietà rispetto ad altre parti del suo sistema di conoscenza) e, di fronte all’emergere di eventuali incoerenze, lo aiuta a ricostruirne un possibile significato.

Presupposto base di questo lavoro è che nel suo complesso qualsiasi sistema conoscitivo presenti una propria logica interna strettamente coerente. Le contraddizioni che emergono risultano sempre interpretabili e risolvibili quando si colgano i principi sovraordinati che garantiscono la coerenza complessiva dell’intero sistema.

Di fronte ad un’*incoerenza*, quindi, il terapeuta evita di “schierarsi” per una delle alternative presentate (ad esempio quella più razionale), ma sottolinea come qualsiasi convinzione o schema apparentemente irrazionale, se presente nel sistema, ha necessariamente una sua ragion d’essere (se esiste è funzionale a qualche obiettivo personale, anche non evidente) e invece di indurre il paziente a “combatte” le sue costruzioni irrazionali, lo stimola a comprendere gli scopi, i desideri, i bisogni affettivi cui corrispondono.

## 20.2.7. Tecniche di intervento: il lavoro sulle emozioni

Trattando le emozioni, si è già detto che la ricerca psicologica tende a considerarle attività cognitive autonome – anche se interagenti con il sistema concettuale – codificate in memoria mediante specifici codici *non verbali*, dotate di una funzione adattiva derivante da meccanismi biologici innati e quindi veicolo di informazioni vitali per l'individuo.

La specificità di codice della conoscenza emozionale fa sì che un intervento terapeutico basato esclusivamente sulla comunicazione verbale e rivolto a una modifica dei processi di elaborazione di significato a livello concettuale possa incidere solo indirettamente e limitatamente sulle sue strutture. In alcune fasi del processo può essere insufficiente “parlare di emozioni”, ma più opportuno ricorrere a procedure non verbali che permettano al paziente di entrare direttamente in contatto con le sue sensazioni primarie, facendogli rivivere nel “qui ed ora” del setting le emozioni sulle quali si sta lavorando, in modo che **egli** possa calarvisi dentro, focalizzarsi su ciò che sta provando ed eventualmente tentare di esprimerlo.

Il passaggio dal parlare al sentire è attuabile mediante procedure di diverso tipo. Uno dei canali preferenziali deriva dall'utilizzazione della relazione terapeutica a partire dalle emozioni vissute direttamente nel setting rispetto all'interazione. Altre possibili modalità implicano il ricorso a tecniche immaginative e a quelle modifiche della struttura del setting (l'utilizzazione di una poltrona reclinabile) di cui si è parlato nel PAR. 20.2.2.

Sulla poltrona, al paziente può essere chiesto di:

- a) concentrarsi sulle proprie sensazioni corporee;
- b) concentrarsi su uno specifico stato emotivo determinatosi nel corso della seduta;
- c) rappresentarsi immaginativamente situazioni di vita ripercorrendole come in una sequenza filmica;
- d) costruire fantasticamente ipotetiche situazioni di vita reale, emotivamente significative;
- e) sviluppare immagini fantastiche da lui utilizzate per esprimere propri stati d'animo o sviluppare fantasie guidate su temi proposti dal terapeuta o sogni notturni riportati in terapia (Cionini, 1991a, 1994).

L'obiettivo è comunque lo stesso: aiutare il paziente ad entrare direttamente in contatto con le proprie sensazioni ed emozioni senza mediazione linguistica, amplificandole in modo da acquisire maggiore conoscenza su di esse ed accedere alle informazioni “adattive” della

propria conoscenza emozionale. Affinché questa esperienza risulti concretamente fruibile, ad essa deve seguire la sua riconcettualizzazione verbale. Alla fine di questo processo si torna quindi a “parlare di emozioni” per riflettere su ciò che è avvenuto, ricostruirlo in termini di significato e integrarlo con la propria autoconoscenza verbalizzabile e consapevole.

#### 20.2.8. La relazione terapeutica

Il modello concettuale utilizzato per inquadrare il problema della relazione terapeutica è, come già detto, la teoria dell’attaccamento di John Bowlby. Il fatto che il rapporto psicoterapeutico scaturisca da una situazione di crisi esistenziale e inizi con una richiesta di aiuto favorisce lo strutturarsi della relazione in termini di attaccamento.

All’inizio, il paziente può riuscire a costruirsi il terapeuta come “persona in grado di comprenderlo” e quindi come “persona emotivamente e professionalmente affidabile”. Solo in un secondo momento è possibile che l’interazione si trasformi in una vera e propria relazione di attaccamento. In tale contesto il paziente attiverà i propri schemi cognitivo-emotivi applicandoli al terapeuta tendenzialmente nella forma che hanno raggiunto nell’oggi in seguito alle proprie esperienze relazionali-affettive primarie e successive, costruendo in coerenza con essi sia i propri comportamenti nei suoi confronti, sia l’interpretazione dei comportamenti di quest’ultimo.

Uno degli obiettivi primari diviene allora quello di far leggere al paziente le modalità con cui egli tende a porsi in questa specifica relazione affettiva, per aiutarlo a ricostruire le caratteristiche dei propri schemi di attaccamento. Grazie alla maggiore consapevolezza acquisita rispetto a sé, il paziente può quindi essere incoraggiato nella ricostruzione dei propri ricordi d’infanzia e di relazione affettiva con le diverse figure di attaccamento, in modo da poter riconsiderare i processi attraverso cui si è strutturata la propria identità personale e rivedere sotto nuova luce la propria immagine di sé.

La relazione può essere inoltre utilizzata per facilitare una ristrutturazione degli schemi di attaccamento e di identità, poiché all’interno del setting possono essere offerte al paziente occasioni concrete di sperimentare stili di rapporto affettivo diversi da quelli che egli è solito definire, anche se il terapeuta *non* può pensare di presentare modalità interattive definibili di per sé *migliori* rispetto a quelle che il paziente ha utilizzato fino a quel momento. Nella misura in cui gli schemi del paziente tendono a determinare aspettative rigide e stereotipe su se stesso e sul terapeuta, quest’ultimo può riuscire a far sì che

il paziente giunga ad invalidarle costruendo fatti incongruenti con tali aspettative. Ad esempio, un paziente fortemente inibito dalle figure di attaccamento nella manifestazione delle proprie emozioni – particolarmente se negative o aggressive – con minacce di abbandono o rifiuto, può essere implicitamente incoraggiato dal terapeuta a porsi in modo critico o aggressivo nei suoi confronti, qualora provi tali sensazioni. La possibilità di esprimere esplicitamente emozioni negative e di contrapporsi alla figura di riferimento, senza andare incontro a un'esperienza di perdita, permette al paziente di sperimentare situazioni alternative a quelle vissute, invalidando le aspettative di un sicuro rifiuto.

### 20.3

#### **Il cambiamento nell'ottica costruttivista**

Possiamo concludere tomando sulla definizione di cambiamento terapeutico nell'ottica costruttivista accennata trattando i concetti di compenso e scompenso. Obiettivo del processo terapeutico è l'incremento della "complessità" del sistema conoscitivo del paziente e delle sue competenze nel costruire in maniera flessibile le proprie esperienze di vita.

L'aumento di complessità si attua attraverso l'incremento dell'articolazione, della differenziazione e dell'integrazione gerarchica delle strutture del sistema, che deve tradursi anche nell'incremento della sua coerenza intema. La conseguenza per il paziente si concretizza in una maggiore capacità e flessibilità

- a) nell'utilizzare le informazioni potenzialmente disponibili nell'ambiente per effettuare le sue costruzioni;
- b) nel formulare anticipazioni degli eventi, funzionali ai propri obiettivi;
- c) nell'accogliere le invalidazioni e modificare le proprie strutture in rapporto ad esse;
- d) nell'attribuire nuovi significati agli eventi di vita, in particolare a quelli che precedentemente minacciavano il suo equilibrio interno.

In sintesi, la psicoterapia nell'ottica costruttivista può essere descritta, assimilandola al modello di sviluppo proposto da Karmiloff-Smith (1995), come un processo mediante il quale le rappresentazioni del paziente divengono progressivamente più flessibili e manipolabili attraverso fasi successive di "ridescrizione rappresentazionale" che permettano la costruzione consapevole di conoscenze e teorie che funzionavano autonomamente, in modo da renderle disponibili ad altre parti del sistema cognitivo, integrandosi e crean-

do collegamenti, sia d'interno dello stesso dominio di conoscenza, sia fra domini diversi. È attraverso questo processo di integrazione che il paziente può raggiungere un nuovo equilibrio dinamico che gli permetta di rappresentarsi più chiaramente (in modo esplicito o implicito) i propri scopi personali ai diversi livelli gerarchici, di costruire anticipazioni che tengano conto contemporaneamente delle proprie esigenze affettive, delle proprie convinzioni semantiche e delle proprie tendenze comportamentali e adottare strategie cognitive, emotive e comportamentali più efficaci per il raggiungimento dei propri obiettivi di vita.