

## *Lo Psicologo e la Psicoterapia*

*“Per raggiungere un punto che non conosci  
devi prendere una strada che non conosci.”*

*S. Giovanni della Croce*

Non pochi equivoci si ritrovano nel senso comune in merito al significato della parola “psicologia”. Per lo più si intende, genericamente, indefinitamente e riduttivamente, l’insieme dei pensieri e dei sentimenti che passano per la testa del nostro prossimo o le motivazioni dei suoi atteggiamenti e comportamenti. Come conseguenza di questi fraintendimenti tutti si sentono, almeno un po’, psicologi. Le suddette accezioni del termine psicologia sono mistificanti e non considerano lo sviluppo scientifico di oltre un secolo di ricerche in tutti i continenti, nonché quale formazione specifica debba avere attualmente un effettivo “Psicologo”.

Quando l’uomo della strada pensa a come sia costruito un ponte, un aereo, una nave, sa benissimo che per capirne qualcosa bisognerebbe essere almeno ingegneri; e se uno non lo è, quasi mai si sognerebbe di mettersi a disquisire col competente in materia. Per la Psicologia, invece, fraintesa come specificato dianzi, capita di sovente che una persona qualsiasi abbia la presunzione di riuscire a sostenere una discussione con uno psicologo effettivo. Allo stesso modo, se l’uomo della strada ha il mal di pancia, o l’influenza o un esantema, si rivolge e si rimette al medico come competente e mai si sognerebbe di mettere in dubbio la spiegazione di malattia offertagli dal medico, né di curarsi da solo. Questo invece avviene per i disagi psicologici: la maggioranza delle persone sono convinte di poter controbattere il parere dello Psicologo, anche qualora lo Psicologo affermi, da competente, che le cose stanno diversamente da come codeste persone pensino. Ciò si verifica anche se l’interessato sa che la Psicologia è una Scienza e che esistono specifici tecnici e scienziati competenti.

Durante gli anni della mia formazione universitaria, mano a mano che progredivo negli studi delle varie discipline, ho finito per rendermi conto che la Psicologia più che una singola specifica scienza, è un insieme di numerose e diverse scienze, ognuna col proprio rigore di metodo scientifico e con il proprio bagaglio di ricerche e scoperte. Tutte concorrono alla formazione della competenza psicologica, intesa, però scientificamente: vale a dire di uno Psicologo in quanto laureato in

Psicologia, così come per competenza medica si intende quella del laureato in Medicina e Chirurgia. E così come un laureato in Medicina per perfezionare una sua competenza in modo adeguato e specifico deve affrontare una Specializzazione, altrettanto lo Psicologo, pur avendo un *corpus* di conoscenze relativamente omogeneo, dovrà specializzarsi se vuole acquisire competenze nel campo della Psicoterapia, in modo che possa occuparsi con adeguata preparazione di alcuni specifici aspetti del disagio psichico e della loro cura. Lo psicoterapeuta esercita la sua professione in contesti istituzionalizzati e agisce sotto l'egida ufficiale della Medicina e della Psicologia: la sua preparazione culturale viene programmata da enti pubblici ed è sancita da Esami di Stato.

Guardando “col cannocchiale rovesciato”, a distanza di un quinquennio, il laborioso processo di apprendimento che si è verificato in quegli anni, ho riconosciuto in me una certa tendenza ad “affezionarmi” e poi a demolire sistematicamente e, talvolta, a ricostruire in maniera faticosa, di insegnamento in insegnamento, pregiudizi e atteggiamenti consolidatisi molto precocemente, in seguito ad un percorso formativo personalissimo fatto di innumerevoli letture, tanto appassionate quanto disordinate, iniziato già durante la mia prima adolescenza.

Per esempio, ho creduto per molto tempo che una mente dovesse funzionare in un modo standard definito “normale” per automatica conseguenza di un cervello, cosicché se vi fosse una qualche devianza (il disagio psichico) altrettanto ovvio e semplice appariva il cercarne la causa. All'Università ho trovato conferma di ciò negli insegnamenti di illustri Cattedratici per poi disancorarmene quando Cattedratici altrettanto illustri sostenevano, a ragion veduta ma con dati assai più persuasivi, un altro punto di vista: il funzionamento mentale (psiche o mente: i due termini sono equivalenti nella loro accezione scientifica attuale), *non è* la conseguenza del cervello, ma una “costruzione” che per l'esperienza di un singolo si è strutturata nel suo cervello, per successivi processi di assimilazione e accomodamento. E qualunque disagio psicologico non è dovuto a un “guasto” nel cervello, quanto piuttosto al fatto che in quel cervello si sia costruita una struttura funzionale che “funziona” in quel modo. Qui conviene che faccia una pausa e che apra una parentesi.

Benché il riserbo squisitamente affettivo mi esima dal divulgarlo, non posso qui preterire il riconoscimento della responsabilità di questo *saltus epistemologico* al mio Professore di Psicologia Clinica: Francesco M. Rovetto, con cui ho mosso i primi passi nell'affascinante e sempre meno misterioso campo della Psicopatologia e i cui insegnamenti sono tuttora pietre angolari della mia preparazione. Scienziato del Comportamento di raro spessore umano, prima che culturale, uomo entusiastico e propositivo, dotato di volontà tetragona e di non comune resilienza, Medico Chirurgo, specialista in Psicologia Medica prima e in Psichiatria poi, ora Professore Straordinario di Psicologia Clinica e Psicofarmacologia presso l'Università degli Studi di Pavia, nel corso di lezioni

e seminari memorabili, spiegava in modo chiaro – mai pesante e ripetitivo - come l’evoluzione della Medicina avesse cancellato il rapporto diretto e prolungato del medico col suo paziente; e il progresso diagnostico e terapeutico, con l’individuazione di precise malattie con la relativa “cura” specifica, avesse fatto sì che l’aggettivo “clinico” (*klinikòs*: posizione al letto del paziente) abbia assunto, oggigiorno, caratteri ben diversi da quelli che aveva un tempo.

Così – amava ripetere Rovetto, spronando noi allievi all’esercizio critico e mettendosi a disposizione al di fuori delle lezioni, senza limiti d’orario, di quanti fossero autenticamente interessati all’approfondimento di particolari tematiche - in Medicina “clinico” è diventato *tout court* sinonimo di “curativo”; ma Psicologia Clinica, invece, non significa *necessariamente* cura, né tanto meno risultato di una cura, e d’altra parte non esistono, considerando le funzioni psichiche, entità denominabili “malattia” in senso proprio, ma solo, ed eventualmente, sindromi. Di conseguenza il concetto di *diagnosi* ha in Psicologia Clinica un significato diverso da quello che ha in Medicina. Da un punto di vista medico “Diagnosi” significa *individuare la malattia*: e con ciò si intende un’entità ben conosciuta nella sua eziologia e nella sua genesi, e ripetibile in tutti gli individui. Un pregiudizio tuttora vivo in ambito sanitario è quello che assimila lo stato disfunzionale della mente a quello del corpo quando una ben precisa noxa ne altera il funzionamento. Se in Psicologia Clinica di cause si vuole parlare, dobbiamo considerare una causalità non lineare, ma a rete, costituita dal concorso di innumerevoli fattori ambientali e relazionali, incorsi durante tutto lo sviluppo, che condizionano quello specifico modo di svilupparsi, bene o male o peggio, di quella specifica mente. Rispetto alle conoscenze trasmesse dai professori di Anatomia e Fisiologia dell’Attività Psicica, il Professor Rovetto puntualizzava che il cervello fosse uguale per tutti solo a livello macroanatomico, e non assolutamente a livello micromorfologico, né tanto meno funzionale: il cervello si struttura anche a seconda di che cosa apprende. Egli amava citare *L’uomo neuronale* di Jean Pierre Changeux (1998). Questo Autore sostiene che la costruzione del cervello umano non segua alcun programma: il DNA si fermerebbe abbastanza presto, intorno all’anno e mezzo di vita; una volta acquisito il suo stato differenziato la cellula non si divide più e un solo nucleo serve per tutta la vita all’attivazione e al mantenimento di decine di migliaia di sinapsi. Il determinismo genetico, ovvero la teoria in base alla quale siamo ciò che il nostro patrimonio genetico ci programma a diventare, lascia il posto all’*epigenesi per stabilizzazione selettiva di sinapsi*, ovvero un processo che prende il via dal programma contenuto nel nostro DNA, ma che poi si sviluppa in modalità differenti e non prevedibili, a seconda di innumerevoli variabili legate a fattori ambientali e contestuali.

Non si può dunque pensare in psicologia né alla malattia in senso stretto, né a una sua causa inequivocabile. Il Professor Rovetto elargiva cultura senza parsimonia: attualmente la psichiatria

ha un approccio prevalentemente biologistico, con una prassi di intervento farmacologico applicato essenzialmente alle sindromi conclamate. L'approccio psichiatrico, ricalcato sul modello medico e cioè sul presupposto che le sindromi riscontrate debbano in qualche modo essere ricondotte ad entità definibili come malattia, da scoprire nella loro eziologia, ha portato a sforzi nosografici di cui sono un esempio le varie versioni del DSM. Tuttavia i risultati farmacologici non sono stati finora così precisi da individuare *ex-adiuvantibus* le supposte "malattie" previste dalla catalogazione nosografica, e il continuo intento di trovare una nosografia che permetta una diagnosi in senso medico produce tuttora esiti incerti. Una diagnosi nel tradizionale senso medico, cioè nosografico, non ha senso per uno psicologo clinico. Non ha senso perché non serve a curare il paziente. In psicopatologia tale procedimento non porta ad una indicazione della cura adatta per *quella* malattia. Gli psichiatri, di fatto, operano per larghe famiglie biochimiche su altrettanto larghe e variate gamme di sindromi, comprese tutte entro una categoria: non si tratta di un farmaco specifico per una malattia specifica, perché questa non è individuata. E' un tentativo farmacologico per ridurre la *sindrome* e per questo l'effetto degli psicofarmaci è quanto mai variabile (va regolato costantemente ad hoc) e pieno di effetti collaterali. Così molti mali psichici non vengono curati: tras-curati invece, talora inosservati, spesso curati insufficientemente.

Il guaio è che il male psichico non si vede; si sente, ma solo fino ad un certo punto, e solo da parte di pochi.

Questo modo di vedere le cose solleva implicitamente un interrogativo: che dire del concetto di sanità? Ogni rilevazione mostra dati lungo un *continuum* talora molto disperso (grandi deviazioni standard), sicché una stragrande quantità di casi riscontrati sta in mezzo a tale continuum e di conseguenza, anche se ai suoi estremi volessimo indicare una normalità/sanità piuttosto che una patologia, resta indecisa tutta la zona di mezzo. Dato un individuo sano, ce ne può essere sempre un altro ancora più sano. Su questa base si tende oggi a separare e a distinguere il concetto di "salute" da quello di "sanità". A maggior ragione il concetto di sanità mentale è improponibile per la psicologia, ancorché usato in medicina legale e in un certo tipo di psichiatria, quella cosiddetta organicista.

Le prove oggi accumulate hanno smentito l'idea coltivata con diligenza dagli emuli di Cesare Lombroso, di Pende, di V.M. e G. A. Buscaino ( si vedano, ad es., N. C. Andreasen, 1985; e i nostrani G.B. Cassano et al.1991; Cassano e Marazziti 1993; P. Sarteschi, C. Maggini 1988; F. Giberti (1985); F.Giberti, R. Rossi, 2007; R. Rossi (2010); G.Invernizzi, 2006; C. Bressi e G.Invernizzi, 2008), ossia la convinzione che la psicologia della gente, con le sue inquietudini e nevrosi, sia il risultato di una secrezione endocrina anomala o di una neuropatologia. I frutti di questo approccio alla sofferenza mentale sono stati la facile costruzione di un certo tipo di soggetto:

il “paziente” e la sua “malattia”, il “deviante” e la sua “anormalità”, in cui il trabocchetto del *realismo nominale* (l’oggetto viene identificato empiricamente con la parola usata per designarlo) finisce per far assimilare il trattamento psicologico ad un trattamento medico: i termini psicopatologici usati dagli addetti ai lavori per comunicare fra loro sono solo espedienti linguistici, etichette adatte a comunicare in maniera convenzionale la complessa e a volte complicata fenomenologia di problemi psicologici. Il fenomeno non può essere scambiato né ridotto alla parola che designa il suo sintomo e quando questo si verifica vuol dire che è venuta meno la distinzione linguistica fra *descrizione* e *spiegazione*.

E’ con l’ultimo decennio, proclamato e celebrato da alcuni come la “Decade del Cervello”, che la rivendicazione di scientificità dei trattamenti biologici della mente è giunta a perfezione. La psichiatria biologica ha potuto sancire il suo *status* come addetta alla “applicazione clinica delle Neuroscienze”, ovvero quale portavoce legittima della Scienza in campo di salute mentale.

Ma è poi vero che la psichiatria biologica meriti il ruolo che si è attribuita con successo, il ruolo di rappresentante delle Neuroscienze in campo di salute mentale? La risposta è un inevitabile *no*. Non è detto che le attuali più accurate conoscenze di neuroni, mediatori chimici e circuiti cerebrali rendano corrette e sensate espressioni del tipo “le cause genetiche della depressione”, oppure le “anomalie dei cervelli schizofrenici”. Il difetto, secondo noi, non sta *in primis* nelle parole e nelle ipotesi delle neuroscienze, ma nelle parole e nelle tesi di codesta psichiatria. La contraddizione più vistosa, infatti, riguarda le basi stesse della legittimazione scientifica della disciplina: nonostante la psichiatria abbia cercato a ogni costo di legittimarsi con un linguaggio integralmente medico, si è vista obbligata a prendere una via in un certo senso opposta a quella della Medicina, proprio sulla su citata questione eziologica.

Mentre la Medicina ha teso a dichiararsi scientifica *quanto più* ha potuto radicare la nosografia nell’eziologia – definendo sempre meglio le malattie in funzione delle cause e degli eventi patogeni - la psichiatria organicista, al contrario, si è vista sempre più costretta a produrre una nosografia *sempre più svincolata* dall’eziologia.

La mancata scientificità della psichiatria cosiddetta organicista dipende, non solo e non primariamente dalla incertezza delle cause, ma persino più elementarmente dalla non-definizione degli effetti cui correlare le eventuali cause cercate dall’eziologia.

Per quanto concerne il panorama delle terapie psicologiche o “psicoterapie”, esso è talmente ricco di Scuole, di indirizzi, orientamenti e approcci, da sfuggire non solo ad una precisa quantificazione, ma anche ad una soddisfacente classificazione. Di *psicoterapia* nella nostra cultura

si parla tanto; e quando si parla di psicoterapia, in tanti – e con gradi diversi di competenza – esprimono riflessioni, tesi o opinioni, più o meno sensate.

In Italia, uno psicologo abilitato che intenda specializzarsi in Psicoterapia, si trova a compiere la sua scelta in una comunità talmente complessa e multivariegata da offrire numerosissimi spunti di crescita personale e professionale solo se egli è in grado di orientarsi al suo interno sulla base di una conoscenza delle differenze teorico-concettuali fra i vari approcci. In mancanza di tale conoscenza, il criterio-guida rischia di diventare quello, sterile, di una acritica “appartenenza partitica”.

La Psicoterapia è sostanzialmente un’arte che, come tale, presuppone una *tecnica* che possa essere insegnata e appresa, che sia sempre disponibile ed accessibile, ma che tuttavia, da sola non è sufficiente. I più recenti ed autorevoli studi di esito sulle psicoterapie hanno indicato con chiarezza che i migliori risultati sono collegati in modo statisticamente significativo con la qualità della *relazione*. Ciò che fa la differenza e rappresenta il vero valore aggiunto di una psicoterapia è la capacità personale dello psicoterapeuta, in termini di esperienze ed elaborazioni, di *prendersi cura* dell’altro, costruendo un rapporto in un contesto evolutivo (Ducci, 2000). La *relazione terapeutica* è ritenuta il perno centrale di ogni forma di psicoterapia, intorno al quale ruotano tecniche e setting differenti. Indipendentemente dall’orientamento prescelto, l’osservazione, la conoscenza, gli interventi terapeutici e anche la misurazione della loro efficacia passano tutti attraverso il *rapporto* tra psicoterapeuta e paziente (Loriedo, 2000). Nessuna tecnica potrà mai sostituire la personalità di un essere umano e nella relazione terapeutica il fattore decisivo di cambiamento, a parità di tecniche, tattiche e strategie utilizzate, è rappresentata dalla singolare individualità del terapeuta, dal suo tipico e inimitabile modo di essere e di agire, dai valori che possiede (anche quando crede di non esserne influenzato e proclama, paradossalmente, la propria neutralità ideologica). Come suggerisce Rampin (2005), se il fattore umano è ciò che fa la differenza, l’importante è esserne consapevoli e lavorare per utilizzare tale fattore differenziale nel migliore dei modi. Fino a che un professionista del cambiamento non comprenderà l’immensa potenzialità che è insita nella sua personalità, non potrà dire di conoscere la propria reale efficacia.

Relazione significa essere in funzione reciproca. Obiettivo della relazione terapeutica è far riemergere la possibilità di scelta del soggetto in terapia. Si tratta di un processo in continuo divenire, in continua trasformazione, con quel continuo scambio di significati che è caratteristico di ogni relazione sana e vitale.

Se la psicoterapia si realizza *con e nella* relazione terapeutica è necessario confrontarsi con il tema della disfunzionalità di questa, cioè con le caratteristiche di una relazione che anziché favorire,

potrebbe ostacolare il recupero della suddetta “possibilità” da parte del paziente. Nella relazione terapeutica è disfunzionale (Loriedo e Vella, 2000):

1. pensare che la relazione non debba o non possa finire;
2. pensare che essa debba/possa rimanere sempre uguale;
3. pensare che l’unica variabile sia il paziente;
4. pensare che la relazione terapeutica sia riconducibile sempre e solo alla tecnica;
5. non riconoscere la eventuale perdita di significato della relazione;
6. dimenticare comunque l’*asimmetria* della relazione, che comporta una responsabilità del terapeuta.

La relazione tra terapeuta e paziente è il luogo dove ha inizio qualunque cambiamento-chiave significativo, un’esperienza percettivo-emotivo-correttiva (Nardone, 2008). Una volta che, nell’ambito della relazione con il terapeuta, il paziente abbia esteso il proprio repertorio comportamentale, producendo risposte diversificate ad uno stesso stimolo, modificando quegli schemi coatti di interazione con se stesso, con gli altri e con il mondo, noi possiamo dire che la psicoterapia ha trovato il suo pieno senso.

La psicoterapia è un lavoro che si fa in due e i cui risultati appartengono ad uno solo. A tal fine il terapeuta mette se stesso a disposizione, per un limitato periodo di tempo. Nonostante il lavoro sia svolto dalla coppia terapeuta-paziente, il focus è costantemente sul paziente. Ciò significa, dal nostro punto di vista, non solo che il risultato appartiene al paziente, ma che è sempre lui l’arbitro finale del processo, di quanto sia da considerare riuscito, dato che l’unico criterio sensato di successo rimane quello soggettivo del paziente. E’ il paziente l’unico a doversi attendere un diretto vantaggio psicologico dalla psicoterapia. Ed è sempre il paziente a dover essere salvaguardato, anche perché è apertamente il membro debole della coppia, colui che ha chiesto l’aiuto del terapeuta, accettando di entrare in un gioco che non conosce e le cui regole sono dettate dal terapeuta a cui attribuisce il ruolo di esperto.

L’arte del lavoro clinico sta nel riuscire ad attivare il paziente affinché sia lui ad agire in prima persona, affrontando e risolvendo il problema. In cambio della sua competenza, prestata secondo scienza e coscienza, tutto ciò che il terapeuta può chiedere è un dignitoso compenso economico. Non affetto, né amore, né dipendenza e neppure gratitudine, se non nella misura in cui tutti questi siano ingredienti essenziali del processo di guarigione o risoluzione del problema. E’ bene che il terapeuta abbia chiaro che il proprio è un mestiere.

Il nostro compianto Maestro Paul Watzlawick soleva considerarsi alla stregua di un meccanico, più esattamente di un “riparatore di meccanismi inceppati”. Questo ricondurre la pratica clinica ad un mestiere permette di ricordarsi che affetto, amore, sesso e amicizia, fondamentali per la felicità, vanno ricercati nella sfera extra-lavorativa, fuori dall’orario di visita, dove assumono inequivocabili caratteristiche di immediatezza, in quanto sono riferiti alla persona e non al ruolo professionale. Sono del parere che lo “svantaggio” di uno psicologo clinico rispetto ad uno psicologo sperimentale sia rappresentato dal fatto che debba essere in grado di maneggiare le emozioni dei pazienti, emozioni che devono avere una certa tonalità per garantire il buon esito della terapia. E nel trovarsi a gestire situazioni emotive “calde”, egli può essere facilmente indotto a confondere il proprio ruolo con la propria persona. Ma il paziente vuole bene al suo terapeuta (ruolo), non a quell’uomo o a quella donna che è pure il suo terapeuta (persona). Affidarsi a tale amore di ruolo, investire su di esso, addirittura esigerlo come dovuto, significa aver perso la propria capacità clinica: il terapeuta si trova esposto a gravi rischi di *burn-out* ed espone il paziente ai rischi di *malpractice*.

La psicoterapia non ammette passi falsi: i problemi che essa affronta sono drammatici. Le severe regole deontologiche pongono vincoli molto rigidi all’intervento e di conseguenza gli standard di efficacia e di efficienza richiesti allo psicoterapeuta sono elevatissimi.

Un terapeuta responsabile si accontenta di riscuotere il proprio onorario; i benefici secondari di una professione ben condotta non mancheranno: si pensi alla buona nomea che pian piano il terapeuta si costruisce, fra utenti e colleghi, alla stima professionale dovuta essenzialmente, anche se indirettamente, alla qualità clinica che riesce ad esercitare sui propri pazienti.

Uno psicologo che si specializzi in psicoterapia e che esercitando questo mestiere riesca a raggiungere qualche risultato, non è per ciò stesso una persona più serena ed equilibrata di qualunque altro essere umano. Il fatto di aver ricevuto una formazione adeguata non assicura stabilità emotiva né tanto meno felicità privata. Come un ortopedico non ha le ossa migliori di chi non abbia studiato ortopedia, come studiare oncologia non preservi dall’ammalarsi di un tumore ed essere un affermato cardiocirurgo dal morire di un infarto del miocardio, così uno psicoterapeuta corre tutti i rischi personali di ogni altra persona, né tantomeno la sua conoscenza delle dinamiche psichiche e relazionali può aiutarlo sul piano privato. Anzi, proprio il contatto costante con la sofferenza psichica altrui può esporlo a rischi inusuali nelle altre professioni. Il più usuale di questi rischi lo corre seduta dopo seduta, ed è insito nel modo di fare terapia basato sul controllo della relazione (Whiteside, 2000). C’è una fatica emotiva ed intellettuale caratteristica, derivante dall’entrare in relazione genuina con ciascun paziente, ogni volta esponendo se stesso a un contatto che si può rivelare improvvisamente doloroso. L’esperienza aiuta ad ammortizzare i “colpi” che i



pazienti più o meno consciamente danno. Se la sofferenza del paziente va lasciata entrare, altrimenti non ci può essere la necessaria dose di sintonia e sincronia interattiva per la terapia, essa non deve comunque essere tale da sconvolgere l'equilibrio del clinico. Il paziente risulta avvantaggiato: può infatti manifestare le proprie emozioni e viverle come gli riesca meglio. Al terapeuta, invece, non è consentito esprimere il proprio disagio durante la seduta, almeno fino a quando non rientri in possesso di uno spazio privato di vita, magari ore ed ore dopo.

Il criterio di protezione dal rischio di *burn-out* sarà quello di rispettare la propria vita: nulla è più protettivo di una vita privata ricca ed intensa di esperienze, a bilanciare le continue ondate di sofferenza riversate dai pazienti. D'altronde i pazienti tendono a preferire che il proprio terapeuta non si scompensi, né si suicidi.

Infine, per quanto concerne il delicato problema della chiusura della relazione, nel nostro modello di terapia, è il paziente che interrompe il trattamento quando non avverte più il bisogno né di cure né di rassicurazioni. Questo è possibile perché sin dalle prime battute della terapia, in particolare nella prima fase, nel *Contratto Terapeutico*, si esplicita che fine ultimo della terapia sia la risoluzione di quello specifico problema che il paziente porta, in quello specifico momento.

“Guarigione” non consiste, per noi, nel raggiungimento di uno stato di atarassia fisso ed immutabile, da cui il povero ex-paziente non dovrà più muoversi, pena minacciose ricadute. E', invece, il raggiungimento e la faticosa conquista di una nuova omeostasi, di un nuovo equilibrio dinamico che permetta di muoversi liberamente, nella consapevolezza che si posseggono ora gli strumenti per uscire da qualunque crisi l'esistenza possa produrre. La pluralità delle cause anteriori non determina in modo sistematico un unico risultato possibile; la vita psichica è tributaria di tali precedenti, ma non ne è rigorosamente determinata.

Il dichiarato minore interesse verso un'indagine realistica del passato è dovuto anche al fatto che manca, in Terapia Breve Strategica, una teoria normativa dello sviluppo personale, come invece la si ritrova nei paradigmi estremamente semplificati, come il comportamentismo, o in quelli rigorosamente deterministici, come la psicoanalisi, ambedue espressione di un'epistemologia lineare ottocentesca antiquata, nel senso che non tiene conto delle recenti scoperte metodologiche delle scienze più avanzate (H. von Foerster, 1974; von Foerster e von Glasersfeld, ....; Maturana e Varela, .....).

L'orizzonte teorico dell'approccio costruttivista-strategico è quello della *causalità circolare* anziché lineare, secondo il quale nell'ambito dei comportamenti umani non esiste un succedersi di singoli rapporti di causa-effetto separati ed indipendenti, ma un continuo riverberarsi di cause ed effetti in circuiti dei quali è impossibile stabilire l'inizio. Dopo un lungo cammino all'insegna della separatezza tra osservatore ed osservato, anche la Scienza occidentale è approdata ad una visione

più unitaria e sistemica e insieme più cauta: la meccanica quantistica e la teoria dell'informazione ci hanno insegnato che separare osservatore ed osservato, sorgente e destinatario, è un'operazione artificiosa e spesso fuorviante. Gli sviluppi interni della scienza che hanno portato alla nascita della prima cibernetica e della seconda cibernetica, hanno prodotto una vera e propria rivoluzione *epistemologica*, poiché hanno sostituito alla ricerca dell'unico "vero" punto di vista descrittivo una *pluralità* di impostazioni e di prospettive tra loro articolate ed integrate. E queste descrizioni sono compiute da un *soggetto di conoscenza*, che vi porta la sua individualità storica, culturale e strumentale, privilegiando certe interpretazioni piuttosto che altre.

L'immagine unitaria di qualunque oggetto dell'esperienza ci appare quindi come una *costruzione* mentale da cui non è possibile estromettere l'osservatore.

Riguardo alla cosiddetta "psicoanalisi", terapia senza fine e senza fini, va specificato, come ci ha ricordato Karl Popper, che è tutto fuorché una scienza, non essendo assoggettabile a verifiche sperimentali. A partire dal classico lavoro di Eysenck (1952) che dimostrava la sostanziale inefficacia della psicoanalisi, molte altre ricerche relative a certe recenti filiazioni del filone psicomodinamico hanno mostrato come i cosiddetti "psicoanalisti" finiscano con il proporre terapie talmente generiche da essere quasi velate da spiritualismo e da magia (Rovetto,1996).

La psicoanalisi possiede anche particolari strumenti di scomunica: se ne metti in dubbio i dogmi, non meriti neppure confutazione, ma solo compassione. Dubiti, solo perché non ti sei sottomesso alle sue cure. Potrai vedere e capire la sua verità solo quando, disteso sul lettino, troverai liberazione dai tuoi complessi oscuri. Versando, ovviamente, quella parcella vistosa che, come si sa, è parte essenziale del trattamento: le sedute gratis sono formalmente proibite; l'ortodossia freudiana afferma che, se non si pagano, non sono liberanti. E questo, va riconosciuto, è un vero colpo di genio.

Il *principio di autorità*, come insegna l'insigne metodologo della ricerca Arrigo Pedon (1995), non ha alcun senso e valore in un modo adulto ed epistemicamente serio di intendere la ricerca scientifica.

Insistendo sull'importanza della *confutazione* l'epistemologo K.R.Popper (in Popper, 1969;1972;1983;1984;1996) ci ha ormai abituati a considerare *scientifica* ogni affermazione per cui si possa immaginare uno stato del mondo che può condurre a falsificarla. Per esempio, la Legge di Gravità è scientifica perché, se i pianeti avessero un'altra traiettoria, o se le mele cadessero dall'albero in modo diverso, si sarebbe costretti a dire che essa è falsa. E' falsificabile, quindi, perché permette previsioni precise che possono essere smentite dai dati sperimentali.

La psicoanalisi – come, tra l'altro, il marxismo – hanno, agli occhi dell'epistemologo Popper, il difetto di spiegare *tutto*: sono sistemi teorici chiusi ed onnicomprensivi. Proprio per

questo possono convincere e sedurre gli ingenui: sono talmente vaghe da non consentire previsioni tanto precise da poter essere falsificate.

La concezione rigida di psicoterapia cui fa riferimento la psicoanalisi, di solito possiede un'altra insolita qualità per una disciplina scientifica; ossia, quella di essere paragonabile metaforicamente ad “un lungo viaggio”, del quale si conosce soltanto il punto ed il momento della partenza, senza interessarsi ai passaggi, ai possibili incontri lungo il cammino, al punto di arrivo e alla durata del viaggio.

Nel concedere la *possibilità* uscendo dalla *necessità* sta invece tutt'intera l'opera del terapeuta strategico: il quale, accettando l'impermanenza non si affeziona ad alcuna apparenza di stabilità.

La relazione con il terapeuta strategico è una relazione in un certo senso fittizia, artificiale: la sua particolarità rispetto a qualsiasi altra relazione è quella di nascere per finire, di prevedere e ricercare sin dall'inizio la sua conclusione, quando il lavoro dello psicoterapeuta non sarà più indispensabile.

Il modello strategico si richiama agli insegnamenti provenienti dalla teorizzazione *sistemica* con la sua traduzione delle teorie dei sistemi (L. von Bertalanffy, 1956) e cibernetiche (N. Wiener, 197 ) in termini di psicologia applicata allo studio dell'interazione tra individui, spostando l'attenzione dall'intrapsichico al relazionale. Si parte dalla convinzione che il “disturbo” sia determinato dalla interazione tra individui, e soprattutto, da come ognuno di essi costruisca la realtà che poi subisce, quando costringe l'individuo ad averne una visione distorta e non funzionale e che, di conseguenza, lo conduce a comportarsi in maniera cosiddetta “psicopatologica”. Da questa prospettiva l'intervento terapeutico è rappresentato dallo spostamento del *punto di osservazione* del paziente verso una posizione non rigida e funzionale, spostamento che produce il cambiamento consequenziale del modo di percepire se stesso, gli altri ed il mondo, che sono i tre tipi di relazione alle quali nessuno può sfuggire e che interagiscono sempre tra loro influenzandosi reciprocamente. Per ottenere ciò, non è necessario “il gioco senza fine” dello scavo nel profondo attraverso l'analisi di fantasie, sogni, ecc. alla ricerca di un presupposto, sempre confermatario, “trauma originario” basato sulle peregrinazioni genitali infantili, tipico delle terapie psicodinamiche. Ma occorrono prescrizioni dirette e indirette, paradossi, trabocchetti comportamentali, suggestioni e ristrutturazioni che rompano la rigidità del sistema relazionale e cognitivo che mantiene la situazione problematica, aprendo così nuove vie verso il cambiamento, con la conseguente crescita personale ed un nuovo funzionale equilibrio psicologico.