

Le attese e le valutazioni sulla psicoterapia dal punto di vista degli psicoterapeuti e dei clienti.

di Fiammetta Giovagnoli^{*}, Francesca Romana Dolcetti^{*}, Rosa Maria Paniccia^{}.**

Premessa.

La ricerca che presenteremo si è posta come obiettivo lo studio delle attese e delle valutazioni sulla psicoterapia espresse da un gruppo di psicoterapeuti e un gruppo di clienti, procedendo con due indagini parallele i cui dati sono stati poi messi a confronto. Questo lavoro vuole contribuire alle ricerche sulla psicoterapia esplorando un'area che in tali studi è poco indagata. Ci riferiamo ai vissuti, al significato simbolico con cui psicoterapisti e clienti si rappresentano l'esperienza psicoterapeutica. Poiché esplora un territorio poco percorso, la ricerca si presenta come un primo sondaggio della tematica in oggetto. Nei termini del modello che adotteremo per indagare tali vissuti, parleremo di collusione, indicando con essa la dinamica emozionale con cui le persone simbolizzano un contesto da loro condiviso¹. I vissuti degli psicoterapisti e dei pazienti vengono quindi considerati non nella loro dimensione individualistica, ma nella loro capacità di esprimere una cultura della domanda in psicoterapia, vista sotto il profilo delle attese con cui i pazienti si sono rivolti ad essa e del servizio che gli psicoterapisti pensano di offrire in risposta a tali attese. Tale studio si propone così di contribuire al dibattito sul rapporto tra committenza e mandato sociale dell'intervento psicoterapeutico, tema che riveste particolare interesse per quanti si occupano dello sviluppo della nostra professione.

La psicoterapia tra mandato sociale e committenza.

Ogni professione gode di un mandato sociale, ossia di un processo di legittimazione e di consenso che ne giustifica la prassi e ne dà garanzia. Si tratta di una rappresentazione sociale sufficientemente condivisa, rappresentata da norme di legge e agenzie sociali, che fa sì che un determinato problema sia associato ad una specifica competenza professionale. Parliamo di quel modello culturale e normativo che consente l'incontro tra domanda ed offerta di servizi professionali.

Secondo più autori, tra i quali ricordiamo in particolare R. Carli (1997), la psicoterapia, nel darsi una legittimità ed una credibilità sociale, si è appoggiata ad un ambito professionale che già godeva di un forte mandato sociale, quello medico. La psicoterapia ha mutuato dall'ambito medico, in modo acritico sotto il profilo eziopatogenico ma apparentemente efficace sotto il profilo della legittimazione sociale, termini come terapia e guarigione. Avendo, in realtà, poco a che spartire con la terapia medica. Qui nasce il problema. Fare psicoterapia in riferimento al mandato medico significa trattare la domanda di chi si rivolge allo psicologo quale richiesta di diagnosi e cura, nell'ipotesi di poter trattare quanto il cliente propone come fosse l'espressione di una forma psicopatologica da ricondurre ad una classificazione entro il corpus della psicopatologia (Carli, Paniccia & Salvatore, 2004). Una delle questioni che ne derivano è che il modello della cura, entro la psicoterapia, riconduce a un supposto comportamento adattato o normale. La letteratura che si occupa di ricerca in psicoterapia abbonda di riferimenti a modelli psicoterapeutici orientati a modificare il

^{*} Professore a contratto presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università di Roma "Sapienza"

^{**} Professore associato presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università di Roma "Sapienza".

¹ Per un approfondimento di questo modello, rimandiamo a Carli & Paniccia (2003) e Carli & Paniccia (2005).

comportamento dell'individuo; modifica che coincide con l'adeguamento alla norma sociale (Grasso, 2006; Grasso & Stampa, 2006, Salvatore, 2006; Paniccia, Giovagnoli & Giuliano, 2008). Se da un lato il riferimento alla cura e alla guarigione sembra dare legittimità sociale alla psicoterapia, lo stereotipo individualista e l'obiettivo ortopedico ad esso connesso rappresentano a nostro avviso il principale limite allo sviluppo della professione psicologica.

Se non si assume scontatamente il modello medico ci si accorge che chi si rivolge allo psicologo ha problemi, non disturbi. Problemi di rapporto con i suoi contesti di convivenza: familiari, lavorativi, amicali. Altre discipline sembrano accorgersene. E' il caso del counselling filosofico che viene proposto dai professionisti che lo praticano quale alternativa alla psicoterapia, vista come un intervento di cura incapace di trattare le domande di chi non si rappresenta come portatore di deficit o disadattamento da ricondurre alla norma. Per Umberto Galimberti (2003), a differenza di chi domanda psicoterapia, si rivolge al counselling filosofico chi vuole trarre profitto dal proprio investimento nella vita. La critica sulla capacità della psicoterapia di rispondere a una domanda di sviluppo dei suoi clienti è senza possibilità di appello. La psicologia, in particolare quella che si occupa di psicoterapia, viene definita una disciplina autocentrata, chiusa su di sé, rifugiata in criteri predefiniti di normalità e patologia, più interessata ad entrare a far parte delle cosiddette scienze esatte che a rispondere ai bisogni dei suoi clienti (Achenbach, 2004; Lahav, 2004; Mace, 2001; Pollastri, 2005; Ranchetti, 2003, Sini, 1993).

In effetti, la letteratura che si occupa di ricerca in psicoterapia sembra presa dall'intento di legittimare la prassi psicoterapeutica entro un mandato sociale assimilabile a quello medico. In questo senso, l'interesse è rivolto alla classificazione e alla diagnosi dei disturbi, nell'ipotesi che gli interventi deriveranno da tale diagnosi. Se si assume questa ottica, le attese di chi si rivolge allo psicoterapista passano in secondo piano e non vengono assunte come oggetto di studio. Più in generale, il cliente e il suo punto di vista sull'esperienza terapeutica non sembrano un vertice di analisi facile da utilizzare. Eppure già nel 1995 Seligman proponeva di sviluppare, accanto ai classici studi di efficacia, studi di efficacia reale (*effectiveness study*), fondati sulla raccolta sistematica di dati e su vaste popolazioni delle opinioni dei pazienti che hanno un'esperienza di trattamento². Altri autori hanno sottolineato quanto sia importante conoscere il punto di vista dei pazienti e delle loro famiglie se si è interessati a fare ricerca sull'efficacia della psicoterapia. Tra questi Strupp e Hadley (1979) e Karasu (1986) hanno sostenuto che lo strumento ideale per valutare gli effetti dei trattamenti dovrebbe includere la raccolta dei punti di vista dei pazienti. Come sostenuto da Coursey, Farrell, e Zahniser (1991), i pazienti, anche quelli più gravi, sono capaci di esprimere opinioni articolate riguardo alla propria esperienza, se la ricerca è fondata su una metodologia appropriata. Il disegno di ricerca proposto da Elliott (1999) si orienta verso questa direzione. L'autore elabora un'intervista qualitativa post-trattamento denominata Client Change Interview Protocol, il cui scopo è valutare la possibile relazione causale tra il lavoro condotto in terapia e i cambiamenti rilevati dal cliente. Nella stessa direzione troviamo la ricerca di E. Fava (Fava, Pazzi, Arduini, Masserini, Lammoglia, Landra, et al, 1998; Fava, 2000), che attraverso 5 questionari studia le opinioni dei pazienti riguardo al trattamento psicoterapeutico che li ha coinvolti.

Negli studi citati, d'altro canto, le parole del paziente non sono lette con modelli psicologici. Soprattutto, sono private di ogni significato simbolico e relazionale e trattate come dati da

² Ricordiamo che gli studi sulla efficacia (*efficacy*) misurano il risultato di una terapia sotto condizioni strettamente controllate, come in laboratorio; gli studi sulla efficienza (*effectiveness*) invece misurano il risultato di una terapia sotto le condizioni della pratica clinica reale di tutti i giorni. Gli studi sulla efficienza enfatizzano la validità "esterna", cioè la generalizzabilità dei risultati. Come ha sottolineato Seligman (1995), uno dei più grossi problemi incontrati dai ricercatori in psicoterapia è quello di mantenere alta sia l'efficacia che l'efficienza, poiché una terapia che risultasse efficace in laboratorio ma non nella pratica clinica reale sarebbe inutile.

prendere alla lettera. Dati che, in virtù di questo tipo di lettura, possono essere confrontati e incrociati con altri dati, inerenti la valutazione della stessa esperienza psicoterapeuta fatta dal terapeuta o da giudici esterni. Noi vorremmo proporre in questo lavoro un modello di lettura psicologico, fondato sul costrutto dell'Analisi della Domanda³, delle attese delle persone che si rivolgono a uno psicoterapista, confrontandole con quelle degli psicoterapisti.

Metodologia.

Per studiare la dinamica collusiva che organizza la psicoterapia abbiamo intervistato gli attori dell'intervento: psicoterapeuti e clienti. Sul testo delle interviste è stata condotta l'Analisi Emozionale del Testo (AET). Per una conoscenza approfondita di questa metodologia di ricerca rimandiamo al testo di R. Carli e R.M. Paniccia (2002). In questa sede ci proponiamo di fornire alcune informazioni di base utili a comprendere le ragioni della scelta di questa specifica metodologia in rapporto all'oggetto di studio della nostra ricerca e ai suoi obiettivi. L'AET consente di conoscere le simbolizzazioni affettive di un contesto, condivise da chi a quel contesto appartiene. Definiamo cultura locale l'insieme delle simbolizzazioni affettive che caratterizza un contesto e organizza le relazioni al suo interno. La cultura locale di una specifica realtà contestuale può essere comunicata, e dunque conosciuta, attraverso testi prodotti da chi condivide quella realtà. L'ipotesi che fonda l'AET è che la cultura locale può essere rintracciata nella co-occorrenza di alcune parole, che con R. Carli e R.M. Paniccia definiamo parole dense, all'interno di specifiche unità di testo analizzato. Le parole dense sono parole caratterizzate da un massimo di polisemia ed un minimo di ambiguità. Per polisemia si intende il potere evocativo di infiniti significati emozionali che una parola assume se astratta dallo specifico contesto linguistico in cui è inserita. Le ipotesi interpretative sulla cultura locale si costruiscono attraverso l'utilizzo di modelli psicologico clinici della relazione sociale, con i quali viene letta la co-occorrenza delle parole dense. La costruzione di ipotesi interpretative della cultura locale ha come obiettivo l'individuazione, a partire dalle potenzialità espresse dalle dinamiche collusive, di specifici indicatori di sviluppo del contesto studiato.

Nel caso della ricerca che stiamo presentando il contesto condiviso dai soggetti intervistati è l'esperienza di un intervento psicoterapeutico. I testi analizzati con l'AET sono stati prodotti attraverso l'audio-registrazione di interviste rivolte a due gruppi di soggetti: il primo costituito da psicoterapeuti, il secondo da pazienti che dichiaravano di aver concluso una psicoterapia. La tipologia di interviste realizzate si colloca entro la cosiddetta intervista libera, un'intervista che, proposta una domanda-stimolo, lascia all'intervistato la possibilità di associare alle parole chiave della domanda tutto quello che viene alla mente. La funzione dell'intervistatore è quella di sostenere il processo associativo dell'intervistato, riprendendo, se necessario, le fila del suo discorso, senza interromperlo o indirizzarlo.

Agli psicoterapeuti è stata posta la seguente *domanda-stimolo*: "Nella sua esperienza di psicoterapeuta, quali problemi le vengono posti e quali risultati pensa di ottenere?". Ai clienti: "Per quali problemi si è rivolto ad uno psicoterapeuta e quali risultati pensa di aver ottenuto?".

³ Il modello dell'Analisi della Domanda è stato sviluppato in numerosi contributi nel corso degli anni; per una sua proposta riassuntiva rimandiamo a Carli & Paniccia (2003) e Carli & Paniccia (2005). Secondo questo modello i problemi che le persone, i gruppi, le organizzazioni portano allo psicologo hanno origine entro le relazioni ed è dentro una relazione, quella tra chi porta la domanda e lo psicologo, che i problemi possono essere conosciuti e trattati. La specificità della metodologia dello psicologo clinico consiste nel pensare, insieme con il cliente, le emozioni vissute entro la loro relazione ed usarle per costruire ipotesi di sviluppo del cliente stesso.

Sono state prodotte due AET, una sul testo delle interviste agli psicoterapeuti ed una sul testo delle interviste ai clienti. Per effettuare i passaggi statistici abbiamo utilizzato il programma informatico Alceste⁴. Ci limiteremo ad evidenziare tre fasi dell'analisi. Nella prima il ricercatore individua entro l'intero vocabolario delle parole del testo le parole dense. Nella seconda vengono prodotti cluster di parole dense, che chiamiamo Repertori Culturali (RC). All'interno di ogni cluster le parole dense saranno ordinate per valore decrescente di χ^2 . La terza identifica i fattori capaci di spiegare il rapporto tra RC⁵.

Caratteristiche dei due gruppi intervistati, psicoterapeuti e clienti.

Il gruppo di *psicoterapeuti* è composto da 41 soggetti. Degli psicoterapeuti sono state prese in considerazione tre variabili: sesso, anni di esperienza e contesto di lavoro, se prevalentemente pubblico o privato. Per quanto concerne gli anni di esperienza, si è chiesto che fossero almeno cinque. Non è stata chiesta l'appartenenza di scuola, in quanto ritenuta una differenza solo apparentemente definita e differenziante. Tuttavia questa componente è stata tenuta in considerazione: si è partiti da dieci psicoterapisti conosciuti dai ricercatori, distinti per orientamento, e a questi si è chiesto di fornire gli ulteriori indirizzi di psicoterapisti da coinvolgere. Nelle tabelle che seguono è riportata la distribuzione del gruppo di psicoterapeuti per ciascuna delle tre variabili.

1. Anni di esperienza	
5-10	10
11-20	16
21 e oltre	15
Totale	41

2. Contesto lavorativo	
Pubblico	20
Privato	21
Totale	41

3. Sesso	
Maschi	13
Femmine	28
Totale	41

Il gruppo di *clienti* è composto da 43 soggetti. Dei clienti sono state prese in considerazione due variabili: età e sesso. La distribuzione del gruppo di clienti per le due variabili è riportata nelle seguenti tabelle.

1. Età	
Inferiore a 30 anni	23
Superiore a	20

⁴ Analyse des Lèxèmes Cooccurrents dans les Enoncés Simples d'un Texte, di Max Reinert.

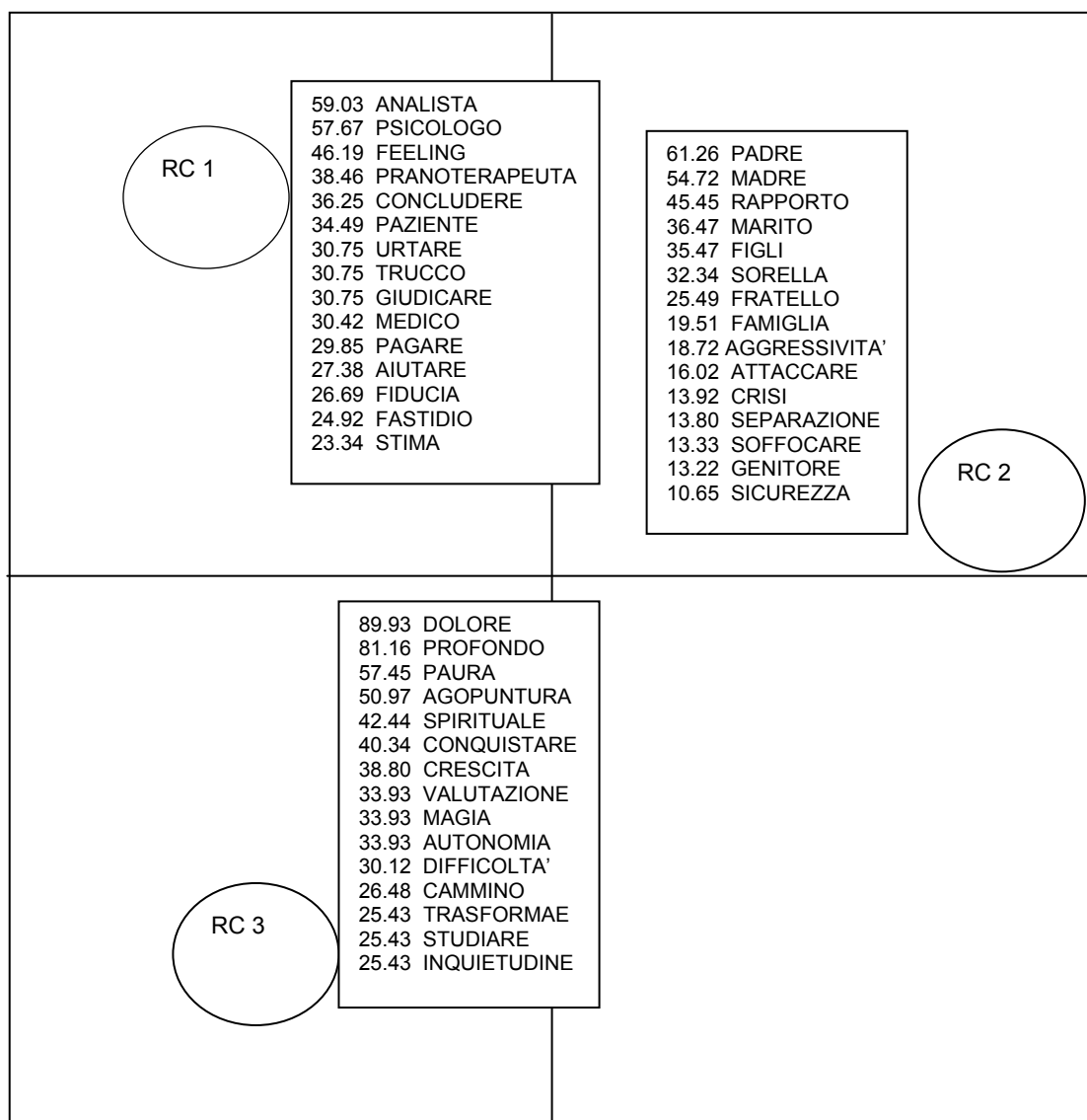
⁵ Alla realizzazione della ricerca hanno contribuito Viviana Bonavita, Michela Nolè, Federica Rastelli, Serena Tacconi, Valentina Terenzi.

30 anni	
Totale	43

2. Sesso	
Maschi	16
Femmine	27
Totale	43

La cultura locale del gruppo dei clienti

Vediamo ora i risultati ottenuti attraverso le due analisi. Iniziamo dalla cultura locale del gruppo dei clienti. L'analisi ha evidenziato tre cluster, che nei termini del modello sulla dinamica collusiva da noi adottato vengono definiti Repertori Culturali (RC). Rappresentiamo i tre cluster nel seguente grafico disponendoli sullo spazio fattoriale. All'interno di ogni cluster le parole dense sono ordinate per valore decrescente di χ^2 .



Relazione tra RC e fattori

RC	Fattore 1	Fattore 2
1	-.784	.816
2	.463	.030
3	-.660	-.971

Sul primo fattore si contrappongono il RC 2, sulla polarità positiva, e i RC 1 e 3, sulla polarità negativa. Sul secondo fattore si oppongono il RC 1 sulla polarità positiva e il RC 3 su quella negativa. Proponiamo una lettura della cultura locale analizzando i tre RC che lo compongono.

Repertorio Culturale 1

Il primo incontro tra parole dense è tra **analista** e **psicologo**. La parola analista è utilizzata nel testo come sinonimo di psicoterapista e ricorda la centralità che ancora ha la psicoanalisi nella rappresentazione della psicoterapia. La parola, dal greco *analyo*, io sciolgo, rimanda ad un metodo di studio che scompone un tutto nelle singole componenti allo scopo di esaminarle e definirle. La parola psicologo deriva dal greco *psiche*, anima, soffio vitale, e *logos*, discorso. L'incontro tra le due prime parole ci propone lo psicoterapeuta simbolizzato emozionalmente come esaminatore, indagatore di una realtà profonda, complessa come un problema matematico, misteriosa e importante come il soffio vitale con cui Dio ha animato l'uomo. Lo psicoterapeuta è associato allo psicoanalista e allo psicologo, piuttosto che al medico o allo psichiatra. Il medico comparirà solo molto più tardi nel cluster. Si tratta di uno studioso delle mente, più che delle sue patologie. La prima coppia di parole, quindi, centra l'attenzione su uno dei due attori della coppia psicoterapeutica, lo psicoterapista visto come uno studioso della mente. Il successivo incontro di co-occorrenza è con la parola **feeling**. Termine inglese, diffuso nella nostra lingua, che richiama un vissuto emozionale condiviso, entro la sintonia, l'intesa tra due persone. Il feeling evoca un legame, un rapporto emozionale dove i confini tra l'uno e l'altro si perdono in favore di una condivisione. La differenza tra studioso della mente e profano può essere stemperata o annullata dal feeling. Il successivo incontro è con **pranoterapia**. La parola è composta dal sanscrito *prana*, soffio vitale, e dal greco *therapeia*, assisto, curo, guarisco. La pranoterapia è una pratica consistente nell'imporre le mani sulla persona malata da parte di chi si suppone emani un fluido benefico. Lo studioso della mente, con il quale si condivide una vicinanza fusionale, ha il potere di guarire trasmettendo un benefico flusso di energia. I primi incontri di parole dense entro il cluster mettono insieme un esperto e un profano, entro un rapporto reso fusionale dal feeling che annulla tale distanza. Successivamente, il potere dello scienziato della mente viene messo totalmente al servizio di chi ha un bisogno, una malattia. La scienza viene congiunta con il potere taumaturgico dei re che guarivano dalla scrofola toccando il malato con l'anello e con la mano. D'altronde il legame tra guarire e toccare è presente anche nella nostra cultura religiosa, basti pensare a Cristo che guarisce toccando. Se il terapeuta è colui che tocca, l'altro, il paziente è colui che viene toccato. Non gli è richiesto di fare niente nel processo terapeutico se non di sostenere la rappresentazione del terapeuta come potente re taumaturgo. Dalle parole di esordio del cluster sembrerebbe che il primo problema che si pone nella psicoterapia è la relazione. La relazione tra uno psicoterapista attivo, dotato di un potere autorevole fondato sulla scienza, e un profano passivo. Tale passività si accentua quando con il potere della scienza si confonde un potere che guarisce attraverso il potere stesso: il re taumaturgo. Il problema posto dalla violenta asimmetria di potere tra psicoterapista e paziente è risolto

dalla fusionalità, dal feeling, e dal mettere il potere totalmente al servizio di colui che non lo ha. Questa rappresentazione della psicoterapia è tutta centrata sul potere del terapeuta e su una relazione asimmetrica del cliente con lui. Essa ci indica la rilevanza, negli intervistati, delle fantasie sul potere. Il potere viene evocato entro la relazione psicoterapeutica come primo agente dello stare insieme. Al tempo stesso, viene evocato il potere come modalità di intervento risolutivo sui problemi. Non si tratta solo del potere fondato sulla competenza, ma appare, confuso con esso, anche il potere in sé, il potere senza competenza. Si potrebbe dire che il cliente si presenta in questo cluster come colui che patisce la propria mancanza di potere, e che per tale deficienza si rivolge alla psicoterapia. E' un cliente che pensa al potere, sia che derivi dalla scienza, sia che venga assunto come potere in sé per sé, come forma di intervento sui propri problemi. L'esordio del cluster è con una cultura del potere piuttosto che della conoscenza. L'incontro successivo è con **concludere**, chiudere, serrare, finire, terminare. La relazione immaginata è fondata su un potere che risolve i problemi; tale risoluzione porta rapidamente alla conclusione della relazione stessa. Si risolve il problema e finisce la relazione, che per altro non è mai neppure iniziata, se vista come esperienza emozionale fondata sulla conoscenza di sé e dell'altro. D'altro canto una relazione connotata da tale violenza e priva di qualsiasi scambio di conoscenza non ha prospettive, deve concludersi il più rapidamente possibile. La parola successiva è **paziente**, facendo comparire così l'altro della coppia psicoterapeutica. Subito dopo viene **urtare**, spingere contro con impeto e violenza. La relazione conclusa non è affatto conclusa; anzi, si presenta con forza l'altra faccia della fusionalità, la differenza che colpisce, urta. L'urtare segnala un conflitto, rimanda allo scontro, ma anche all'indisporre, all'irritare, indispettirsi. La conclusione della relazione e la risoluzione del problema sono state del tutto illusorie, apparenti. Infatti segue la parola **trucco**, da truccare, ovvero conferire a qualcosa un aspetto diverso da quello che ha, specialmente al fine di trarre in inganno. Ci si sveglia dall'illusione fusionale, dalla fantasia di un potere dedito a te, e ci si sente urtati dalla disillusione e dal disinganno. Segue **giudicare**: entra in campo il giudizio di natura morale, ma anche l'esercitare la facoltà di giudizio, il rendersi conto. Insieme al successivo **pagare**, evoca una relazione organizzata da valutazioni e pagamenti. Giudizio dello psicoterapista sul paziente, ma anche del paziente sullo psicoterapista e di entrambi sul lavoro che si fa; pagamento che esplicita uno scambio e quantifica, limita il valore di quanto viene dato dallo psicoterapista al cliente. Il pagamento è in danaro, ma è anche il costo di ciò che si fa, la cosapevolezza dei costi delle proprie azioni. Dopo la delusione della fusionalità e il vissuto di essersi ingannati, entra in scena la realtà con le sue esigenze di giudizio e pagamento, di riconoscimento dei costi. Tra giudicare e pagare troviamo il **medico**, che rispetto all'analista, allo psicologo e al pranoterapeuta sembra proporre una prestazione professionale maggiormente riferita a limiti di realtà. Seguono **aiutare**, **fiducia**, **fastidio** (inquietudine, angustia), **stima** (l'atto dell'apprezzare). Dopo l'idealizzazione di un potere sapiente e influente cui segue una disillusione, un disinganno, seguiti a loro volta dal giudizio e dal pagamento, ovvero da un riconoscimento dei limiti, si arriva a una relazione connotata da ambivalenza, inquietudine, ma che permette anche un aiutare accompagnato da fiducia e stima. In questo primo RC appare un percorso psicoterapeutico identificato con l'evolversi della relazione tra psicoterapista e paziente. Il percorso parte, con le parole più centrali nel cluster, da un'idealizzazione del potere dello psicoterapista, identificato con il potere controllante e risolutivo che si vorrebbe avere sui propri problemi. Tale fantasia viene successivamente delusa, per poter approdare a una relazione ambivalente ma fondata sul riconoscimento dei limiti di realtà.

Repertorio Culturale 3

La prima parola, **dolore**, dal latino *dolere, dol-eo*, sento male, mi dolgo, evoca la sofferenza, il male, la pena, ma anche i problemi, i guai: "se non trovo lavoro sono dolori!". Il primo incontro è con la parola **profondo**. Il termine evoca qualcosa di interno, oscuro, intenso. Una afflizione colpisce qualcuno, tutta interna, oscura, vissuta in solitudine. Segue la parola

paura, quel turbamento intenso provocato da qualcosa dalla quale si desidera fuggire, che viene vissuta come un pericolo. Si patisce una sofferenza interna, oscura e nemica, dalla quale si vuole separarsi, fuggire. Segue una prassi terapeutica che rientra tra le medicine alternative, l'**agopuntura**. L'agopuntore interviene per far scorrere un'energia vitale che si ipotizza bloccata. Il corpo sofferente viene penetrato da un oggetto sottile e acuminato. La sofferenza è circoscritta al corpo, l'intervento è puntuale, fisico e, si spera, risolutorio. Si fugge impauriti da un'emozione intensa e oscura che si patisce come un pericolo, un'emozione che blocca, immobilizza. Si circoscrive, si confina nel corpo il dolore nemico e altro da sé e lo si affida all'agopuntore. Nella relazione psicoterapeutica adombrata nell'agopuntura le emozioni impaurenti, reificate nel corpo sofferente, vengono eliminate con un intervento puntuale e risolutorio, ove né la parola, né tanto meno il pensiero hanno una funzione. La parola successiva è **spirituale**. Spirituale è ciò che consta unicamente di spirito e non di materia; ciò che è incorporeo, immateriale. Spirituale è ciò che concerne l'interiorità, contrapposta a un'esteriorità mondana. Al corpo sofferente affidato all'agoterapia si contrappone un'interiorità spirituale separata e distante dal corpo: la fuga dal dolore e insieme l'abbandono del mondo sembrano compiuti. Segue **conquistare**. Conquistare nella sua etimologia rimanda all'andare in cerca in modo insistente, teso. Significa tanto impadronirsi di qualcosa con la forza e con le armi, che ottenere con fatica, con difficoltà; infine ricordiamo il senso di sedurre, far innamorare. Questo soggetto che si è separato dal dolore e dal mondo, libero ma anche vuoto, deve impossessarsi di nuovo di qualcosa. Successivamente troviamo **crescere**, che nella sua radice rimanda a creare, e che significa diventare più grande secondo un processo naturale; figurativamente, migliorare, progredire. Ci si è liberati dal dolore profondo, ma anche svuotati; si cerca ora qualcosa di cui impadronirsi, per crescere. La parola successiva, **magia**, evoca la pratica rituale che tende ad agire, mediante arti occulte, sulla natura o sull'uomo. Lo sforzo del conquistare e del crescere si associa a un atto magico, a un'azione trasformativa che non intende sottoporsi alle leggi di realtà. Torna la fantasia del bay pass della realtà già presente entro la scissione tra sofferenza circoscritta in un corpo e affidata ad altri e il rifugio entro una spiritualità libera e vuota. Il cluster sembra esprimere la difficoltà di vedere le relazioni: tra emozioni e sofferenza, tra propria interiorità e rapporto con l'altro, tra paziente e terapeuta. Segue la parola **autonomia**, composta da *autos*, egli stesso, e *nomos*, legge. Si intende con essa il governarsi da sé, sulla base di leggi proprie, liberamente sancite; significa indipendenza, libertà di pensare e d'agire. In tale sequenza il desiderio di autonomia pare esprimere tutta la difficoltà che in questo cluster si prova nel pensarsi in relazione con qualcuno, un qualcuno di cui avere bisogno, a cui chiedere qualcosa, con cui condividere qualcosa. Seguono **difficoltà**, **cammino**, **trasformare**. Il soggetto continua a tendere verso qualcosa, verso un cambiamento, tra le difficoltà. Il termine **inquietudine**, con cui il cluster si conclude, apre alla possibilità di rappresentare l'esito di una terapia come uno stato diverso dalla quiete; non l'estraneo dolore profondo che minaccia e fa paura con il cui il cluster ha inizio, quanto piuttosto un accettare turbamenti, problemi, interrogativi. Anche in questo RC sembra proporsi un percorso psicoterapeutico. Alla centratura sul potere idealizzato dello psicoterapista, propria dal RC 1, in questo cluster, che si colloca sul polo opposto del secondo fattore, si contrappone una sorta di isolamento autocentrato. Il paziente che qui viene rappresentato sembra isolato entro le sue fantasie di liberazione dal dolore e dai limiti, di autonomia dalla relazione, dal contesto. L'esordio del RC sembra auspicare la liberazione dalla sofferenza, dalla confusione delle emozioni oscure e invadenti tramite la scissione tra corpo dolorante affidato ad altri – questo è l'unico accenno allo psicoterapista - e spirito che evolve e conquista. Tuttavia in conclusione, o se si vuole nella periferia del cluster, emerge una ricerca più complessa, che accetta le difficoltà, un percorso, l'inquietudine.

Repertorio Culturale 2

Padre, madre, rapporti, marito, figli, sorella, fratello, famiglia. La prima parte di questo RC elenca i componenti di una famiglia. La seconda sembra evocare i rapporti che li legano: **aggressività**, assalire con violenza. **Attaccare**, che ha un senso simile, ma che significa anche aderire, essere uniti. **Crisi**, stato di turbamento, di cambiamento improvviso. **Separazione**, dividere, disgiungere, allontanare cose o persone unite o vicine. **Soffocare**, impedire la respirazione, momentaneamente o fino a uccidere, reprimere qualcosa per impedire che si manifesti, si sviluppi. Viene evocata una relazione familiare dove si oscilla tra adesione soffocante e bisogno di separarsi, differenziarsi. Il cluster termina con la parola **sicurezza**, un termine che sembra in contrasto con tutta la drammatica sequenza precedente. Ma di quale sicurezza si tratta? Si può pensare che ciò che soffoca dà sicurezza, perché ciò che vincola mette al riparo dalla scelta. I rapporti evocati sono tutti iscritti entro i ruoli familiari. Si tratta di quei rapporti apparentemente scontati che non hanno bisogno di essere voluti e scelti per esserci. Quei rapporti, in altri termini, vissuti come dati, entro i quali l'emozione di obbligo reciproco prende il posto di una consapevolezza di scelte e investimenti, generando fantasie di possesso e violenza. Ma anche, entro la scontatezza, e la doverosità, si percepisce sicurezza. La sicurezza di un'appartenenza scontata e obbligata, che apparentemente nulla può rompere. In questo cluster, collocato sul secondo fattore, è scomparsa la relazione terapeutica che in due diversi modi era presente sul primo fattore: centrale per il RC 1, negata nel RC 3. In questo RC è scomparso l'altro del rapporto terapeutico, lo psicoterapista, perché entro una relazione basata sul possesso reciproco non si tollerano le differenze. C'è solo la famiglia, anzi la violenza insita nei rapporti familiari. Sembrerebbe che sia l'evidenza della violenza di tali relazioni a richiedere, in sé, che lo psicoterapista intervenga. Un intervento, per altro, che non sembra portare una differenza entro la dinamica delle relazioni di adesione e rottura presenti nella famiglia: lo psicoterapista sembra inglobato in esse. Inoltre, è interessante notare che la famiglia appare come l'unico contesto di relazione sociale diverso dal rapporto psicoterapeutico dell'intero spazio culturale dei pazienti. Non ci sono altri contesti di convivenza come il lavoro, la scuola o altri luoghi di aggregazione, che pure erano presenti nei testi delle interviste. Nessuno di questi altri contesti d'altro canto, può essere connotato da una fantasia di scontatezza della relazione allo stesso modo in cui può esserlo la famiglia, almeno entro la nostra cultura. Si ricordi come la famiglia venga spesso assimilata a un contesto "naturale", ove non è determinante, nello stare insieme, alcun processo di scelta. In questo RC sembra rappresentata una cultura delle relazioni scontate e obbligatorie nella loro scontatezza, non fondate su processi di costruzione e di scelta. Relazioni che in quanto tali soffocano fino a uccidere, ma al tempo stesso danno sicurezza, innescando un processo in cui si alternano adesione e separazione, apparentemente senza alternative.

Una sintesi della cultura locale dei pazienti.

Ricordiamo che sul primo fattore si contrappongono il RC 2 sulla polarità positiva, i RC 1 e 3 sulla polarità negativa. Sul secondo fattore si contrappongono il RC 1 sulla polarità positiva e il RC 3 su quella negativa.

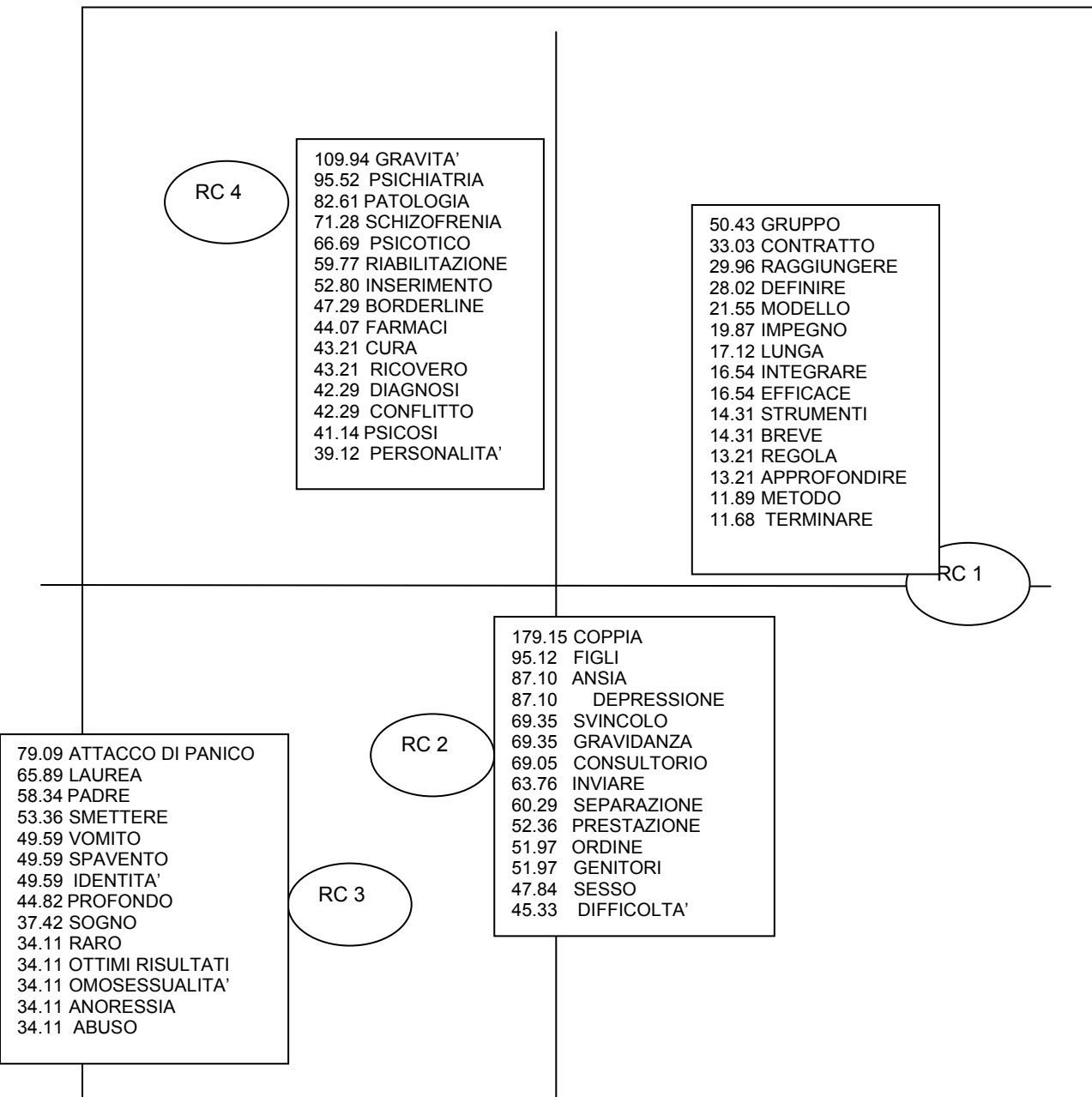
Il *secondo fattore* mette in scena la relazione tra psicoterapista e paziente. Sul polo del RC 1 troviamo il potere dello psicoterapista, reso onnipotente e identificato con il potere controllante e risolutorio che si vorrebbe avere sui propri problemi. Sul polo di RC 3 troviamo la persecutorietà attribuita alle emozioni, quindi alle relazioni che le suscitano, incluso lo psicoterapista. Il paziente che parla entro questa cultura è isolato entro le sue fantasie onnipotenti di liberazione, di autonomia. I due poli sembrano proporre da un lato un vissuto di controllo delle emozioni (RC 1), dall'altro la scissione tra emozioni cattive perché ignote, e buone, come la conquista, la crescita (RC 3). Sono questi i vissuti emozionali che possono fondare la domanda di psicoterapia: controllare le emozioni, liberarsene, entro fantasie onnipotenti, destinate al fallimento, che hanno motivato la richiesta di intervento. Entro due diversi percorsi, i due RC propongono poi, nel loro dipanarsi dal centro alla periferia dei

cluster, un'evoluzione di tali fantasie, che vengono deluse per approdare a un riconoscimento dei limiti di realtà. Tale processo sembra più articolato e compiuto entro RC1 che in RC3. Sembrerebbe che in RC 1 ci sia stato un maggiore lavoro sulle fantasie vissute nella relazione tra paziente e psicoterapista.

Il *primo fattore* propone il rapporto tra il paziente e i suoi contesti di vita. Sul polo del RC 2 si presenta un contesto dato, in cui le relazioni sono scontate e vissute come indiscusse e obbligate. Tali rapporti non richiedono nessuna competenza relazionale che li fondi e li organizzi; essi sono appunto, dati. Si tratta solo di "starci" o "non starci", di essere posseduti da tali relazioni o di sottrarsi ad esse. Ed è appunto in tale alternanza tra aderire e separarsi che si consuma l'emozionalità del cluster. Tutto ciò soffoca e insieme dà sicurezza. Non si vive il rischio che è proprio dei rapporti che non ci sono a meno che non vengano continuamente proposti, convenuti, mantenuti. Come emblematica di tale modalità di relazione scontata, soffocante e rassicurante si propone la famiglia. In questo cluster non si delinea un percorso che parte da fantasie agite, in questo caso su relazioni fondate sul possesso, che poi vengono in qualche modo pensate, come accade nel RC 1 e nel RC 3. Tutto il cluster sembra infatti marcato dall'agito delle fantasie dalle quali è connotato senza che si presenti un'alternativa. In questo caso l'onnipotenza delle fantasie non si incontra con i limiti posti dal lavoro psicoterapeutico. Al polo opposto del primo fattore troviamo la relazione psicoterapeutica così come essa viene rappresentata dai RC 1 e 3. Relazione in cui si contrappone da un lato (RC 1) la dipendenza da un potere possessore di risorse di cui si vuole beneficiare identificandosi e confondendosi con esso, dall'altro (RC 3) la reattività contro un potere minaccioso al quale sottrarsi come atto di liberazione e identificazione. Comunque, pur nelle differenze tra RC 1 e 2, nel secondo fattore si tratta di una relazione non data, ma costruita a partire dai problemi posti dalle fantasie che la anticipano. Una relazione entro la quale si affrontano il conflitto e la delusione delle fantasie, quindi il riorganizzarsi delle fantasie e con esse della relazione stessa. Possiamo per ora concludere notando che al polo di sinistra del primo fattore non corrisponde in modo puntuale alcun cluster. Proviamo a ipotizzare quale cultura si collocherebbe al posto del cluster "assente". Possiamo pensare ai contesti di vita dei pazienti presenti nelle interviste, ma assenti nello spazio culturale: ad esempio il lavoro, lo studio. Le cose dette in proposito non hanno trovato un cluster, un organizzatore culturale che le raggruppasse; il loro significato si disperde nello spazio fattoriale. Possiamo notare che tali contesti, in contrapposizione alla famiglia che caratterizza il polo di destra del secondo fattore, porrebbero l'esigenza di essere costruiti, o in altri termini di venire sostanziate di scelte e progetti. Passiamo ora ad analizzare la cultura del gruppo degli psicoterapeuti.

La cultura locale del gruppo di psicoterapeuti

L'analisi ha prodotto quattro RC distribuiti su uno spazio costituito da tre fattori. Riportiamo una rappresentazione grafica del piano fattoriale. I primi due fattori sono rappresentati dagli assi orizzontale e verticale. Il terzo va immaginato perpendicolare al piano. All'interno di ogni cluster le parole dense sono ordinate per valore decrescente di χ^2 .



Relazione tra RC e fattori

RC	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3
1	.648	.012	.035
2	-.469	-.558	-1.113
3	-.614	-1.174	.895
4	-.593	.651	.135

Sul primo fattore si contrappongono il RC 1, sulla polarità positiva, e i RC 2, 3 e 4 sulla polarità negativa. Sul secondo fattore si oppongono il RC 4 sulla polarità positiva e il RC 3 su quella negativa. Sul terzo fattore troviamo il RC 3 sul polo positivo e il RC 2 su quello negativo. Proponiamo una lettura della cultura locale analizzando i quattro RC che lo compongono.

Repertorio Culturale 1

La prima parola è **gruppo**. Un insieme di cose o di persone riunite in modo da potersi abbracciare con l'occhio e considerare quasi un'entità unica. L'etimologia rimanda all'ammassare, agglomerare, l'ammucchiare insieme cose diverse e di varia origine. Gruppo è anche nodo, intreccio. Qui l'incontro psicoterapeutico ha inizio con un insieme di persone avviluppate, unite, annodate. Gruppo si incontra con **contratto**. Dal latino *contractus*, trarre insieme, riunire. Il significato si estende anche alla riunione del consenso, e così contratto vale lo stabilire qualcosa tra parti, mediante un accordo. Il cluster prende inizio con delle persone, diverse tra loro, che si mettono insieme anche tramite un accordo. Il nodo, il mucchio indistinto si articola in differenze che contraggono un accordo. Segue **raggiungere**. Arrivare a riunirsi con qualcuno che precede in un percorso, arrivare a toccare qualcosa. In senso figurato, ottenere qualcosa. Delle persone diverse si mettono insieme stabilendo un accordo e si impegnano a raggiungere qualcosa che è avanti, in un futuro, ma anche in una prospettiva di avanzamento e sviluppo. Un insieme di persone vuole ottenere qualcosa. Segue la parola **definire**: dal latino *definire*, che è al tempo stesso segnare dei limiti, ma anche por fine, terminare. Un gruppo che ha stretto da un accordo per avanzare, svilupparsi, dà dei confini a questa ricerca. Perché lo sviluppo e la ricerca abbiano luogo c'è bisogno di delimitarli, porre dei loro limiti. Segue **modello**. Il modello è il diminutivo di *modus* latino, che significa misura. Si tratta della forma, in piccolo, di ciò che si vuole fare in grande; è il prototipo sul quale si tagliano o si forgiavano i pezzi di un'opera che si intende compiere. Il modello è per gli psicoterapisti l'orientamento teorico con cui regolano la loro prassi. Per tracciare un percorso che avanza e al tempo stesso porge dei limiti è necessario un modello, una forma di riferimento che dia dei criteri per procedere e per concludere. Segue **impegno**. Dare in pegno, impegnare tutte le proprie forze e facoltà per ottenere qualcosa; prendere posizione. Segue **lunga**. Le persone associate dall'intento di ottenere qualcosa, dopo lo sforzo di definirla e limitare il percorso aiutata da un modello, si ritrovano a condividere un impegno, a impiegare tutte le loro forze. Ma per quanto tempo? Quanto sarà lungo il percorso? Il primo sentimento è di durata lunga, di lungo impegno. Segue **integrare**. Integro: ciò a cui non manca nulla. Integrare: completare aggiungendo ciò che manca, arricchire. Inserire una persona in un nuovo contesto in modo che cooperi. Le persone riunite nell'impegno si confrontano con un sentimento di mancanza, il lavoro fatto va arricchito, completato; le differenze entro il gruppo non sono del tutto risolte dal primitivo contratto, vanno continuamente integrate. Segue **efficace**: ciò che ha la forza di produrre un determinato effetto. Il gruppo inizia a confrontarsi con i risultati del proprio lavoro. Segue **strumenti**: tutto ciò per il cui mezzo si opera. Segue **breve**: si pone ancora la questione del tempo; il lavoro è lungo, ma va tenuta presente l'esigenza del breve, del costo del tempo. Seguono **regola, approfondire, metodo, terminare**. Vengono evocati un metodo, un modo

ordinato per ottenere uno scopo, e la regola, l'assicella che serve a tirar linee dritte, ovvero la norma che regola una prassi, una disciplina. La regola e il metodo aiutano a terminare il lavoro, rispetto al desiderio, l'esigenza di approfondire, continuare. Questo cluster propone un faticoso, impegnato lavoro condiviso entro più di persone, ove sono presenti tanto l'intento di avanzare che il problema di definire il rapporto tra le persone, la meta, gli strumenti per raggiungerla e i criteri per ritenere concluso il lavoro.

Repertorio Culturale 4

La prima parola densa del cluster è **gravità**, seguita da **psichiatria**. Grave è ciò che ha un notevole peso, tanto nel senso materiale, che metaforico. In senso figurato è cosa pesante da sopportare, intollerabile. Ma anche rilevante nel suo peso, solenne, maestosa. Un atto grave richiede nella sua esecuzione notevole responsabilità. Una malattia grave comporta pericolo di vita. La gravità richiama tanto l'intollerabilità, che l'importanza. Il cluster esordisce con la diagnosi, terapia e prevenzione delle malattie mentali, ovvero la psichiatria, vista come attività rivolta a eventi tanto intollerabili quanto importanti. Eventi che nella loro gravità, nel loro peso, sono in grado di dare autorevolezza alla stessa prassi psichiatrica. Segue **patologia**, ovvero il discorso, *logos*, sulla malattia, *pathos*. Il discorso concerne la malattia, ovvero le alterazioni delle funzioni del corpo. Figurativamente, la patologia segnala l'alterarsi dell'equilibrio, lo stato di crisi negativa. Patologia del corpo, patologia di un sistema. Ciò che è intollerabile e insieme importante è l'alterarsi di un equilibrio. Del corpo ma, come vedremo, anche dei sistemi di convivenza. Ricordiamo che l'equilibrio è la condizione nella quale forze diverse si compensano tra loro raggiungendo uno stato ideale al quale si tende a tornare se qualcosa turba l'equilibrio stesso. Segue **schizofrenia**. Dal greco *schizo*, scissione, e *phrenos*, cervello. Scisso è ciò che è spezzato, spaccato. Un cervello è scisso, un equilibrio è profondamente alterato. Segue **psicotico**, degenerazione della psiche. Segue **riabilitazione**. Abilitare significa rendere abile a fare qualcosa qualcuno, come pure riconoscerlo legalmente abile a fare qualcosa. La parola ha anche il senso di attivare un congegno, metterlo nelle condizioni di svolgere determinate funzioni. L'intollerabile e importante problema su cui è chiamata la psichiatria è la riabilitazione dell'equilibrio spezzato di un cervello, di una mente. Segue **inserimento**. Da *in*, dentro, *serere*, intrecciare, connettere, legare insieme. Inserire. Mettere una cosa dentro un'altra o tra le altre. Introdursi, entrare a far parte; ad esempio, inserirsi in una conversazione. La riabilitazione comporta il riattivare il funzionamento di una mente, di un cervello, ma anche l'inserire in un contesto sociale chi, per via dell'equilibrio della mente che si è interrotto, spezzato, se ne è allontanato. Segue **borderline**. Essere sul bordo, sulla linea di confine, essere in equilibrio precario. Tra lo stare dentro e lo stare fuori la realtà, tra il dentro e il fuori la socialità. Segue **farmaci**. Farmaco: sostanza dotata di proprietà tali da determinare variazioni nelle funzioni fisiologiche. L'intervento della psichiatria sul cervello-mente che ha perso l'equilibrio si declina tramite l'inserimento in un contesto che riaccolga chi ha perso il legame sociale, e tramite il farmaco, una sostanza che intervenga sulle funzioni compromesse. Segue **cura**, occuparsi con sollecitudine e vigilanza di qualcuno, combattere una malattia con mezzi terapeutici. Segue **ricovero**, da ricoverare, portare in salvo, al riparo. Segue **diagnosi**, da *dia*, per mezzo di, e *gnosco*, cognizione. Conoscere, attraverso l'osservazione e gli esami, l'indole e la sede di un malattia. In senso estensivo, analizzare un fenomeno in base alle sue caratteristiche. Seguono **conflitto**, **psicosi**, **personalità**. Il cluster che esordisce con le parole gravità e psichiatria è il cluster dell'intervento come azione che modifica non solo comportamenti, ma anche contesti. Le azioni del riabilitare, del riattivare le funzioni di un cervello o una mente malata, del reinserire nel contesto sociale o ricoverare in luogo sicuro chi ha perso il legame sociale. L'azione ha bisogno di una diagnosi corretta che la legittimi, sia che si declini come somministrazione di un farmaco, sia che attivi contesti ad hoc per chi patisce la rottura dell'equilibrio mentale. Ricordiamo che l'intervento psichiatrico può essere fatto anche senza il consenso del paziente, e che spesso non è fondato sull'individuazione di un obiettivo comune con lui. In questo senso,

perché si possa agire anche senza che il paziente lo chieda, è importante la gravità con cui il cluster esordisce, ovvero che il problema posto dal paziente sia intollerabile e importante non solo per lui, ma anche per quel contesto sociale dal quale si è allontanato e che deve legittimare che si agisca anche senza il suo accordo. Ricordiamo anche che il RC 4 si oppone sul piano fattoriale al RC1, che è il cluster della costruzione della relazione entro un contratto, e dell'individuazione di un obiettivo comune tra psicoterapista e paziente.

Repertorio Culturale 3

Il primo incontro di parole dense di questo cluster è tra **attacco di panico** e **laurea**. Si viene assaliti dal panico, una paura violenta e irrefrenabile. Nella mitologia greca, si pensava che a provocare terrore fosse l'improvvisa apparizione di Pan, il dio dei boschi, delle aree incolte ed estranee, lontane dalla socialità colta e nota. Attaccare deriva dalla radice celtogermanica *tac*, agganciare. Una violenta emozione, percepita come estranea, proveniente da fuori di sé, aggredisce, afferra qualcuno terrorizzandolo per la sua estraneità. L'attacco di panico è espressione di un linguaggio tecnico, proprio della riconduzione di comportamenti ritenuti patologici alle categorie del DSM, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Va notato che l'attacco di panico, così come viene generalmente definito, somma e confonde sensazioni fisiche e mentali, fatti e vissuti. Alla paura di morire, ad esempio, si affiancano, senza che ne venga sottolineata la discontinuità categoriale, il tremore, il sudore freddo. Al tempo stesso, i termini tecnici "attacco di panico" sono entrati nel linguaggio comune, offrendo un riferimento al profano che voglia parlare di emozioni violente di cui non capisce il senso e che propone come scisse, come altro da sé. Il paziente che non coglie il senso simbolico delle sue emozioni, che le riconduce a uno stato fisico, parlerà di attacchi di panico. La laurea è il titolo dottorale, in Italia con valore giuridico, che abilita a una professione. Il cluster inizia con uno scontro tra un evento della vita intensamente significativo, come l'ingresso nel mondo del lavoro, il confrontarsi con le difficoltà che esso pone, e una paura che si propone invece come immotivata e da curarsi come un disturbo piuttosto che come un'informazione sul proprio stato di vita. Laurea e attacco di panico sono al tempo stesso affiancati e scissi. Segue **padre**. Un uomo che ha generato dei figli, ma anche chi ha il diritto-dovere di educare i figli minorenni. Ricordiamo che solo con la riforma del diritto di famiglia del 1975 i doveri del padre e della madre sono stati equiparati, abolendo la patria potestà ed introducendo la potestà genitoriale. La potestà consiste nell'attribuzione di un potere ad un soggetto, in questo caso il padre, allo scopo di tutelare un interesse altrui, il figlio. In soccorso di un figlio in preda al terrore di confrontarsi con i problemi dell'età adulta viene chiamato un padre, che se ne occupi come di un minorenne. Il padre può proteggere e rimproverare; sollecitare minacciosamente un figlio che non si laurea, come pure garantirgli che lo tutelerà dai problemi che si pongono. Segue **smettere**. Mettere qualcosa da parte. Interrompere, sospendere qualcosa temporaneamente o per sempre. Si desidera che gli attacchi di panico smettano. Che tutto torni come prima. Ma far tornare le cose come prima significa anche tornare indietro rispetto a un processo di crescita che sta portando alla laurea e alle soglie del lavoro. Ci si scontra con violente emozioni ignote, con un panico estraneo e devastante. Si torna dal padre, si pensa di smettere, interrompere il processo in corso. Segue **vomito**: l'atto di rigettare dalla bocca le cose contenute nello stomaco. Ma si vomita, ad esempio, anche l'ira, attraverso le ingiurie. Qualcosa che è dentro, che potrebbe essere assimilata, integrata in noi, diventare nutrimento, viene respinta, rigettata. Non è cosa vissuta come amica, ma percepita ed espulsa come nemica. Al panico, alle emozioni violente vissute come estranee e nemiche segue il vomito, il rigettarle violentemente fuori di sé. Si noti che, come l'attacco di panico, anche il vomitare può presentarsi come disturbo del comportamento, scisso dal senso simbolico che il vomitare comporta. Nel cluster continuano a succedersi emozioni violente, scisse dal loro senso simbolico, assimilate a eventi del corpo. Segue **spavento**, dal latino *ex-pavere*, tremare di paura. Paura violenta e improvvisa, causata dalla sensazione o dalla vista di un pericolo o di un danno. Al panico, estraneo e inspiegabile, si sostituisce lo

spavento. Lo spavento, diversamente dall'attacco di panico, che confonde eventi fisici e mentali, è, con chiarezza, un'emozione. Inoltre non è inspiegabile, ma può essere ricondotto a un pericolo. Si ristabilisce una distinzione tra mondo interno e mondo esterno, tra fatti e vissuti; al tempo stesso, la possibilità di riconnettere l'emozione a un contesto, a un senso. Segue **identità**. L'insieme dei caratteri fisici e psicologici che rendono una persona quella che è, diversa da ogni altra. Il sentimento che le emozioni ci appartengano, che abbiano un possibile senso, permette il ricostruirsi di un'identità, del riconoscersi. Segue **profondo**, ciò che penetra o rimane molto in giù, opposto al vomitare, all'espellere. Segue **sogno**, le fantasie che la mente esprime quando è sospesa l'attività vita diurna, durante il sonno, e **raro**, non comune. Dopo l'espulsione delle emozioni, il loro non riconoscimento, attraverso lo spavento ci si riappropria di un'identità, di una vita interiore profonda, del proprio sogno, della propria rara, unica specificità. Segue **ottimi risultati**. Il risultato è ciò che risulta come conclusione o come esito finale di un processo; in matematica, il numero o la formula che risolve un'operazione o un problema. Ottimo è superlativo di buono e sinonimo di eccellente, perfetto. Gli ottimi risultati sono ciò che si aspetterebbe il padre preoccupato dal figlio che non si laurea, che ha gli attacchi di panico, con cui il cluster ha esordito. L'emozionalità propria di questo cluster sembra oscillare tra la risoluzione – espulsione dei problemi emozionali che portano a richiedere una psicoterapia, e la possibilità che tali problemi vengano riconosciuti e integrati nella propria identità, nella propria storia. Si potrebbe dire che non è chiaro se il cliente è il padre preoccupato, o il figlio che vive il panico del laurearsi. Se è il padre, ovvero un terzo che valuta il processo psicoterapeutico, sono necessari gli ottimi risultati a lui ostensibili. Se è il figlio, il risultato è l'identità, il sapere chi si è, il trovare un'identità adulta. Se ci mettiamo nell'ottica del figlio, ovvero della persona che porta un problema allo psicoterapista, gli ottimi risultati non hanno senso; il figlio avrà risultati leggibili entro l'ottica simbolica del "profondo", del "sogno", dei significati complessi che la mente dà alle cose. Se ci mettiamo nell'ottica del padre, ovvero delle agenzie di controllo degli esiti della psicoterapia cui risponde l'esigenza di catalogare i disturbi del comportamento, quell'esigenza cui risponde anche il DSM al quale è riferibile la categoria "attacco di panico", gli ottimi risultati ostensibili a un terzo sono indispensabili. Si profilano due esiti diversi della psicoterapia, due modi di valutarne l'utilità in conflitto tra loro: gli ottimi risultati riconducibili allo smettere, al separarsi dalle emozioni disturbanti che provocano i comportamenti disfunzionali per il padre, l'identità riconducibile all'integrare emozioni, dare loro un senso per il figlio. Seguono **omosessualità, anoressia, abuso**. Ancora dei comportamenti, che entro una certa ottica psicoterapeutica possono essere letti come un disturbo o fonte di disturbi, da correggere per perseguire ottimi risultati, entro un'altra ottica possono essere ricondotti al senso simbolico che gli conferisce chi li vive.

Repertorio Culturale 2

Il cluster prende inizio con la parola **coppia**, da *copula*, legame, congiunzione. Due persone che svolgono in modo coordinato la stessa attività, due persone legate da un rapporto. Segue **figli**. Coloro che sono generati dalla coppia. L'attività della coppia è avere figli, il loro rapporto è fondato sull'occuparsi dei figli. Il figlio è l'essere umano considerato rispetto a chi lo ha generato. Delle persone sono strette insieme da legami di consequenzialità biologica: dei genitori hanno generato dei figli e sono per ciò insieme come coppia; dei figli sono stati generati da una coppia, e sono per ciò in rapporto con essa. Segue **ansia** da *ango*, stringere, soffocare, e figurativamente affannare, angosciare. L'ansia è uno stato di agitazione motivato da incertezza e trepidazione, è desiderio affannoso, è stato emozionale analogo all'angoscia. Il legame biologico non resta senza una connotazione simbolica, emozionale. Come si vive questa coppia, come si vivono i figli generati da essa nel rapporto tra loro e con la coppia? Il primo sentimento è di essere costretti, stretti, soffocati. Troviamo qui un sentimento analogo a quello presente nel RC 2 della cultura locale dei pazienti, lo stesso vissuto di legami scontati e soffocanti associati alla famiglia. Segue la **depressione**. Da *premere*, più il rafforzativo *de*: pigiare, abbassare; ma anche umiliare, avvilitare.

L'abbattimento fisico e psichico che porta stanchezza, malinconia, malumore, pessimismo, sfiducia. La depressione è anche una categoria psichiatrica che descrive un disturbo dell'umore, per il quale si cercano basi biologiche e che comporta terapie farmacologiche. Segue **svincolo**, da vincolo, a sua volta da *vincire*, legare, annodare. Svincolarsi è liberarsi da qualcosa che trattiene, che impedisce il movimento. Al legame che stringe e soffoca si reagisce con il desiderio di liberarsene. Segue **gravidanza** da *gravis*, che ha peso. Condizione in cui si trova la donna dal momento della fecondazione sino al parto. Un evento umano che porta con sé una quantità di conseguenze, biologiche e culturali. Dalla gravidanza conseguiranno i figli. Il cluster sembra insistere sui legami biologici e sulla complessità della loro trasformazione in eventi di convivenza, di socialità, in eventi simbolici. Segue **consulorio**. Consultare: interrogare qualcuno per avere un consiglio, un parere, una risposta. In Italia i consultori sono servizi istituiti nel 1975, entro un clima di grande trasformazione sociale, in stretto rapporto con i movimenti femministi dell'epoca. Nascono caratterizzati da multidisciplinarietà, non direttività, centratura sulle esigenze delle donne. Tali servizi tuttavia saranno divisi fin dall'inizio tra una cultura della consulenza, del mettersi al servizio del problema dell'utenza, e una della direttività, del dare indirizzi e orientamenti; questa ultima tendenza si chiarirà con la comparsa dei consultori cattolici. Nel frattempo il contesto culturale, istituzionale, politico cambia profondamente. In rapporto a questo, negli anni '80 i consultori vengono inseriti nel Servizio Sanitario Nazionale, con il forte rischio della perdita della loro qualificazione sociale a favore di quella alla sanitaria. Diventano così un luogo di confronto e di scontro tra gli obiettivi della cura e della riabilitazione da un lato, visti in un'ottica prevalentemente medica, e obiettivi di prevenzione connessi al rifiuto del riduzionismo biologico dall'altro lato. In rapporto a questi ultimi obiettivi, tuttavia, nessuna ottica alternativa alla medica ha assunto una prevalenza efficace. Tra le questioni del contendere, gli obiettivi verificabili e misurabili delle prassi messe in atto, che sembrano perseguibili nell'ottica medica e mancare entro un'ottica di prevenzione, indebolendo questa ultima posizione⁶. Va ricordato che l'intervento psicoterapeutico è visto come problematico, entro l'attività dei consultori, ove assuma la fisionomia dell'intervento specialistico, medicalizzato, in contrasto con l'intento di assunzione della complessità della domanda con cui i consultori erano nati. Segue **inviare**, mettere sulla via, mandare. Spedire qualcosa in un determinato luogo. Far andare, mandare qualcuno con un preciso incarico. Mettere sulla via, guidare per la strada giusta. Le persone strette da legami biologici, in cerca di un senso emozionale e simbolico della loro relazione, si rivolgono a una consultazione, a un servizio pubblico, e vengono inviate, indirizzate. Altrove, e su una giusta strada. Segue **separazione**. Da *se*, particella che indica divisione, e *parare*, mettere alla pari. Disgiungere, dividere cose, elementi o sostanze unite, vicine, mescolate o confuse. Distinguere, ma anche rendere discordi. I congiunti, coloro che sono uniti da un vincolo di generazione, vengono messi sulla giusta strada dalla consultazione e insieme vengono aiutati a separarsi, disgiungersi. Separarsi è una posizione mentale di differenziazione dall'altro con cui si è confusi, oppure un'azione, una rottura della relazione. Non è chiaro in questo cluster quanto ci sia spazio per dare senso simbolico a quanto accade entro le relazioni dei pazienti di cui ci si occupa, o quanto si facciano per loro delle azioni; ad esempio, si diano consulenze, un supporto perché una coppia si separi. Segue **prestazione**, da *prestare*, stare innanzi. Mettere a disposizione, fornire, porgere. La prestazione è fornire la propria opera per svolgere un lavoro o un'attività, ma anche il rendimento che si dà nello svolgerla. La prestazione è anche il rendimento di una macchina. La consulenza fornita entro questa cultura si organizza intorno ad attività: inviare, separare, offrire prestazioni. Le prestazioni sono sostitutive di competenze che l'utente non ha. Per esempio, si forniscono informazioni su ciò che non sa. Diversa è la consulenza integrativa, nella quale si lavora con un cliente perché sviluppi una sua competenza; ad esempio, lavorando sul modo nel quale simbolizza l'essere informato su una sua questione, il rapporto con chi potrebbe informarlo. Seguono **ordine, genitori, sesso, difficoltà**. Si ribadisce che la coppia genitoriale è la protagonista

⁶ Per una sintetica storia dei consultori, vedi Grandolfo (2002).

del cluster insieme con l'esigenza di fare ordine entro tale relazione, in particolare se se ne ricorda il rapporto con la sessualità, possibile fonte di disordine.

Una sintesi della cultura locale degli psicoterapisti.

Se adottassimo il linguaggio della ricerca in psicoterapia, diremmo che il primo fattore, che vede il RC 1 sul polo di destra, propone la cultura del processo, ovvero della relazione e del suo organizzarsi nel corso della psicoterapia, e che il secondo e il terzo fattore, sui quali si collocano gli altri RC, rappresentano la cultura degli esiti, ovvero della risoluzione di comportamenti problematici. L'aspetto interessante è che tali culture non sono proposte come integrate tra loro, ma come contrapposte. Si potrebbe dire che per il RC 1 il processo è l'esito. Esito e processo coincidono perché l'esito è un'acquisizione di competenza sul processo, sulla relazione. L'esito è imparare a stare in relazione entro limiti di realtà; ovvero entro i limiti del consenso, del risultato, della verifica di ciò che si fa insieme. È il cluster entro il quale la relazione, il suo organizzarsi, è al tempo stesso il metodo di lavoro e il risultato. Ciò si comprende se si pensa che chi fa una richiesta di psicoterapia ha problemi di relazione. Per gli altri cluster la relazione è agita, non analizzata. L'intervento è un'azione tesa a modificare comportamenti, i risultati sono riferibili a di tale modifica, e gli esiti prevalgono sul processo, o se si vuole sulla relazione. Con alcuni interessanti conflitti contraddizioni, che vedremo. Nel RC 4 siamo confrontati con l'intervento psichiatrico riferito ai casi gravi, ovvero a quelli ove si interviene anche senza il consenso del paziente. Qui ci si attendono azioni di riabilitazione e reinserimento, almeno nei limiti del possibile; oltre questi limiti, c'è il ricovero. E' la stessa indispensabilità del servizio, con le sue possibilità di mobilitazione di risorse, di decisione, a indicare la centralità dell'azione nell'intervento psichiatrico. Nel RC 3, opposto a RC 4, c'è la medicalizzazione dell'intervento psicologico. Le dimensioni emozionali problematiche vengono scisse e private del loro significato simbolico, funzionale, per diventare disturbi da eliminare, comportamenti da smettere. Il sintomo non è più informazione, ma è deficit da risolvere. Tutto questo entro un intervento che prevede un terzo, delle agenzie di controllo esterne alla coppia psicoterapeutica, con esigenze di risultato diverse da tale coppia. Le agenzie esterne – i padri, di qualsiasi tipo essi siano, dalle assicurazioni alla comunità scientifica - esigono gli "ottimi risultati", ove l'accordo tra la coppia potrebbe invece esitare nella riappropriazione delle emozioni da parte del paziente e nella ricostruzione di una sua identità. Il RC 2 propone una cultura vicina e insieme contrapposta a quella del RC 3: anche qui c'è un terzo, che esige risultati e prestazioni, ma non è fuori dalla coppia psicoterapeutica, il terzo è lo stesso psicoterapista-consultorio – e con esso evochiamo tutti i servizi o le componenti di servizi assimilabili a questa cultura - nelle sue contraddizioni tra mandato che risponde alle agenzie di controllo e funzione di consulenza agli utenti. Entro il consultorio c'è un conflitto tra intervento sostitutivo e integrativo, tra intervento sui comportamenti e consulenza che favorisca una costruzione simbolica della convivenza entro i legami biologici e familiari.

Un confronto tra la cultura locale degli psicoterapisti e quella dei pazienti.

Faremo precedere queste note conclusive da una premessa. Degli psicoterapeuti sono state prese in considerazione tre variabili: sesso, anni di esperienza e contesto di lavoro, se prevalentemente pubblico o privato. Dei clienti sono state prese in considerazione due variabili: età e sesso. Nessuna di queste variabili, per entrambe le culture, è risultata essere in un rapporto significativo con i cluster. Ciò significa che siamo in presenza di culture trasversali a tutti i soggetti, sia nel caso degli psicoterapisti che dei clienti. Ricordiamo quindi che se ora parleremo di servizi di diverso tipo, per ciò che concerne la cultura degli psicoterapisti, non si dice che entro quei servizi c'è quella determinata cultura, ma che quando gli psicoterapisti intervistati parlano di quella cultura la associano a quei servizi.

La cultura degli *psicoterapisti* si organizza lungo due direttrici: i modelli dell'intervento, e i contesti di riferimento degli psicoterapisti stessi.

I modelli dell'intervento sono riferibili:

- al lavoro sulla relazione e sui vissuti che connotano e organizzano la relazione (RC 1).
- alla modificazione dei comportamenti (RC 4, RC 3, RC 2).

I contesti di riferimento sembrano essere:

- i servizi psichiatrici, entro i quali l'intervento sostitutivo di competenze mancanti nei pazienti è prevalente (RC 4).
- i servizi in cui ottica sanitaria e sociale, intervento sostitutivo e integrativo si incontrano e si scontrano (RC 2).
- le agenzie di controllo della prassi psicoterapeutica, oggi rappresentate da una peculiare commistione tra comunità scientifica e agenzie erogatrici di fondi e risorse come le agenzie di assicurazione (RC 3).

Vediamo come si combinano modelli di intervento e contesti di riferimento.

Nel RC 3, il cluster riferibile alle agenzie di controllo della prassi psicoterapeutica, l'intervento sembra dividersi tra un lavoro in cui si considerano gli aspetti simbolici dei sintomi proposti dal paziente quando si fa riferimento al contratto con il paziente stesso, e un lavoro in cui i sintomi vengono medicalizzati e risolti per poter certificare "ottimi risultati", da rendere ostensibili alle agenzie di controllo, quando si fa riferimento a queste ultime.

Nel RC 4 la committenza sembra essere riferibile al mandato sociale che chiede riabilitazione e inserimento del malato mentale; tale mandato legittima l'intervento come azione sostitutiva delle competenze del malato.

In RC 2 la committenza sembra essere riferibile da un lato all'utenza del servizio e alle sue richieste di sviluppo di competenze, ad esempio genitoriali, dall'altro alle istituzioni che il servizio rappresenta, ad esempio quelle che tutelano la famiglia e che chiedono conto al servizio, percepito come proprio braccio operativo, di tale tutela. Ne deriva un intervento diviso tra le due esigenze, non necessariamente in accordo tra di loro. L'esigenza di tutelare l'ordine non è la stessa che dare una consulenza a genitori in difficoltà. In tal senso si incontrano e si scontrano entro tali servizi, ovvero in tale cultura, interventi sostitutivi delle competenze degli utenti, volte a guidare e indirizzare, e interventi integrativi, volti a sviluppare competenze degli utenti.

Ricordiamo che sul piano fattoriale il RC 1 si contrappone a tutti gli altri; se in RC 4, RC 3, RC 2 sono presenti altre committenze dell'intervento psicoterapeutico che si sommano, si scontrano o si sostituiscono a quella del paziente, in RC 1 la committenza è del paziente.

Una prima considerazione: i modelli di intervento fondati sull'azione e la modifica dei comportamenti sembrano maggiormente presenti quanto più sono presenti altre committenze dell'intervento psicoterapeutico, diverse da quella del paziente. Quando è presente la sola committenza del paziente, prevale l'intervento fondato sulla relazione e sull'analisi della relazione. Tuttavia tale relazione tende a incistarsi nel setting psicoterapeutico, senza che tale contesto entri in relazione con altri contesti di riferimento del paziente. Sembra valere l'ipotesi che se cresce la competenza del paziente a stare in relazione nel setting, crescerà la sua competenza anche a stare in altri contesti. Ricordiamo di nuovo che gli psicoterapisti che lavorano in ambito pubblico e quelli lavorano in ambito privato si distribuiscono in tutti i cluster, quindi in tutte le culture in esame. Ciò significa che la presenza - assenza di committenti diversi dal paziente, ove si manifesta, è un processo collusivo, una cultura, un modo di rappresentarsi simbolicamente il contesto della psicoterapia, prima ancora di essere una realtà strutturale.

La cultura dei *clienti* sembra riferibile a tre rappresentazioni della psicoterapia:

- RC 2: la psicoterapia che offre una consulenza alla famiglia fondata su un intervento che agisce sulle dinamiche dell'appartenenza familiare, quindi sui rapporti interni alla famiglia stessa.
- RC 1: un intervento che lavora sulla relazione psicoterapeutica analizzando i vissuti che la caratterizzano e che la organizzano.

- RC 3: un intervento che lavora sul mondo interno del paziente senza prendere in esame né la relazione terapeutica, né la relazione del paziente con i suoi contesti di riferimento. Una prima considerazione: sembra proporsi una scissione tra paziente in rapporto con il suo contesto sociale, per altro rappresentato dalla sola famiglia (1 fattore, RC 2), e paziente entro il setting psicoterapeutico (2 fattore, RC 1 e RC 3). Se consideriamo che la famiglia viene proposta come un contesto di rapporti dominato dalle dinamiche di appartenenza (essere dentro – venirci fuori), vediamo che nel vissuto dei pazienti manca, in rapporto alla psicoterapia, ogni attesa di sviluppare competenze a stare in contesti produttivi, ove la relazione oltre a porsi la finalità di costruire appartenenza si ponga anche quella di trasformare con competenza stati di realtà.

Proviamo a mettere in relazione le due culture.

- il RC 1 degli psicoterapisti, centrato sul lavoro sulla relazione e sui vissuti che connotano e organizzano la relazione, si può mettere in rapporto con la domanda dei clienti come viene rappresentata in RC 1 entro la cultura dei clienti; in questo caso la domanda del cliente è di acquisire competenza a costruire relazioni.

- il RC 2 degli psicoterapisti, centrato sulle problematiche della coppia e della famiglia, si può mettere in rapporto con il modo con cui i clienti si rappresentano la psicoterapia nel RC 2 della loro cultura locale. C'è tuttavia un'interessante differenza. Per i clienti l'agito entro le dinamiche di appartenenza familiare, viste come violentemente costrittive e insieme rassicuranti nella sua costrizione, sembra l'unica prospettiva considerata. L'intervento psicoterapeutico sembra unicamente appoggiare il formarsi e lo sciogliersi dei legami tra i vari membri della famiglia, ed è in qualche modo inglobato entro le dinamiche di appartenenza familiare, apparentemente senza portare alcuna dimensione di differenza. Per gli psicoterapisti è invece presente una prospettiva di modificazione dei comportamenti da un lato, di intervento sui vissuti dall'altro.

- il RC 3 degli psicoterapisti non sembra avere corrispettivi nella cultura dei clienti.

- il RC 4 degli psicoterapisti non sembra avere corrispettivi nella cultura dei clienti.

Se l'assenza di RC 4 può essere compresa partendo dal fatto che non sono stati intervistati, dopo un'apposita individuazione, pazienti psichiatrici o le loro famiglie, l'assenza di una cultura dei clienti riferibile a RC 3 degli psicoterapisti fa pensare che il conflitto individuato entro RC 3 psicoterapisti ha un corrispettivo nei clienti. Che non chiedono correzione di deficit, ma costruzione di identità.

Bibliografia

Achenbach, G.B. (2004). *La consulenza filosofica*. Milano: Apogeo.

Carli, R. (1997). I porcospini rivisitati. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2, 89-98. Consultato il 10 febbraio 2009 su <http://www.pensiero.it/continuing/ebm/salmed/porcospini1.hmt>

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'Analisi Emozionale del Testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2005). *Casi clinici: Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., Paniccia, R. M., & Salvatore, S. (2004). L'immagine dello psicologo in Toscana. *Psicologia Toscana* (Ordine degli Psicologi Toscani), 1, 1-100. Consultato il 13 febbraio 2009 su <http://www.psicologia.toscana.it/docs/ricercacarli.pdf>

Coursey, R.D., Farrell, E.W., & Zahniser, J.H. (1991). Consumers attitudes towards psychotherapy, hospitalization and aftercare services. *Health and Social Work*, 16, 155-161.

- Elliott, R. (1999). *Client Change Interview protocol*. Consultato il 10 gennaio 2009 su <http://experiential-researchers.org/instruments/elliott/changei.html>
- Fava, E., Pazzi, E., Arduini, L., Masserini, C., Lammoglia, M., Landra, S, et. al. (1998). Gli effetti delle psicoterapie: Uno studio sulla percezione che i pazienti hanno dei risultati dei loro trattamenti. *Ricerca in Psicoterapia*, 3. Consultato il 18 gennaio 2009 su <http://www.isuri.net/lab532.html#effetti>
- Fava, E. (2000). Editoriale, Psicoanalisi e ricerca empirica. *Ricerca in Psicoterapia*, 3. Consultato il 18 gennaio 2009 su http://www.isuri.net/somm2_3_2000.html
- Galimberti, U. (2003). *Il successo della filosofia*. Feltrinelli.it. Consultato il 22 gennaio 2009 su http://www.feltrinellieditore.it/FattiLibriInterna?id_fatto=2200
- Grandolfo, M. (2002). *I consultori familiari: Evoluzione storica e prospettive per la loro riqualificazione*. Consultato il 25 gennaio 2009 su <http://www.epicentro.iss.it/problemi/consultori/consultori2.pdf>
- Grasso, M. (2006). Chiodi, unghie e martelli: Annotazioni sparse sull'oggi della psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-18. Consultato il 22 febbraio 2009 su <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/Grasso.htm>
- Grasso, M., & Stampa, P. (2006). Chi ha slegato Roger Rabbit? Diagnosi psichiatrica e modelli di salute mentale: Osservazioni su alcune criticità metodologiche per la ricerca in psicoterapia. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 102-117. Consultato il 10 gennaio 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/Stampa_Grasso.htm
- Karasu, T.B. (1986). Il dilemma tra specificità e non-specificità. In F. Del Corno & M. Lang (Eds.) (1989), *Psicologia Clinica*. Milano: FrancoAngeli.
- Lahav, R. (2004). *Comprendere la vita*. Milano: Apogeo.
- Mace, C. (2001). Formazione filosofica e filosofie di formazione in psicoterapia. *Costellazioni*, 6, 37-55.
- Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., & Giuliano, S. (2008). Per una psicologia clinica dello sviluppo. La competenza a costruire contesti come prodotto dell'intervento. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 55-74. Consultato il 20 febbraio 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1_08/Paniccia_Giovagnoli_Giuliano.htm
- Pollastri, N. (2005). *Il pensiero e la vita*. Milano: Apogeo.
- Ranchetti, M. (2003). Male: soggetto o aggettivo? *Costellazioni*, 7, 53- 62.
- Salvatore, S. (2006). Modelli della conoscenza ed agire psicologico. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, 121-134. Consultato il 22 febbraio 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_3/Salvatore.htm
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of Psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Sini, C. (1993). I modi come cura. *Atque*, 8, 9-14.
- Strupp, H.H., & Hadley, S.W. (1979). Specific versus non specific factors in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125-1136.