

Capitolo 7

Le tracce di sé e la cura

7.1 *Esperire e raccontare*

Abbiamo più volte sottolineato che la psicoterapia è terapia con la parola: accade nel linguaggio. Infatti tramite la parola prende forma l'atto terapeutico; esso mira a restituire al paziente la capacità piena di farsi carico della propria esistenza attraverso il rinnovamento del senso e del movimento della vita che la malattia ha limitato. Abbiamo visto che questo cammino terapeutico di trasformazione che prende le mosse dal sintomo è guidato da un metodo che, dopo aver districato dal sintomo l'esperienza che lo sostiene, la espone alla interpretazione. Per il paziente confrontarsi con l'esperienza problematica – sia essa il sintomo o un racconto inappropriato – significa aprirsi alla ricerca del senso e lasciarsi da essa mettere in questione, restituendo così vitalità a una molteplicità di orizzonti celati dal disturbo. Sono gli orizzonti che l'indicazione formale permette di portare a manifestazione; da un lato per ripercorrerne le traiettorie fino ai contesti originari attraverso la coattuazione con il terapeuta; dall'altro lato per appropriarsi pienamente di quella dimensione esperienziale rinnovando in tal modo il senso di ciò che è stato significativo per il mondo proprio.

Il filo conduttore lungo il quale si dispiega questo procedere è chiaramente il linguaggio, luogo in cui il significato dell'esperienza viva giunge alla articolazione e alla espressione fonemica, nella forma di resoconti narrativi di essa. Il portare l'esperienza alla parola attraverso un racconto rende più o meno presenti nella conversazione terapeutica i contesti di significatività concretamente vissuti da colui che narra, secondo lo svolgersi effettivo degli avvenimenti e lo stile dell'esperienza fattuale. Seguendo le meditazioni prima di Husserl (*Prima Ricerca logica*, § 26, *Sesta Ricerca logica*, § 5: 1900-01) e poi di Heidegger (1977, GA 2) sulle espressioni occasionali, abbiamo già avuto modo di sottolineare questo aspetto indicativo dell'asserzione come un punto cru-

ciale della conversazione, in quanto dirige colui che ascolta verso il significato di chi parla. Pertanto, l'oggettività della esplicitazione narrativa co-condotta nel corso della conversazione terapeutica non è imposta da un ordine dato a priori ma si sviluppa nell'ambito di quei contesti effettivi a cui si riferisce.

Quando, ad esempio, racconto la relazione affettiva con mia moglie e le vicissitudini che l'hanno segnata, un tale resoconto non ha nulla a che fare con la esplicazione che dello stesso tema può dare uno psicologo delle relazioni oggettuali, uno psicoanalista o un terapeuta cognitivo. L'esplicitazione narrativa infatti si dispiega conformemente a tendenze e motivazioni prevalenti che per ognuno di noi mutano in relazione alle circostanze – e più in generale nei vari periodi della vita – e che forniscono alla narrazione per così dire le linee guida e la forza direzionale.¹ Il paziente, cioè, articola e riferisce nel racconto contenuti di significatività esperiti nelle situazioni effettive di vita in base a quelle idee-guida che orientano per lui lo sviluppo della storia. Raccontare l'esperienza è differente dal fare esperienza. È infatti evidente che il contesto nell'ambito del quale il racconto prende forma non è quello in cui l'esperienza effettiva si è attualizzata! Come dice MacIntyre (1981): «Le storie sono vissute prima di essere raccontate» (p. 257), anche se prendere atto del proprio esperire certamente non corrisponde a sfuggire dalla vita fattizia.

La narrazione dell'esperienza rappresenta dunque una modificazione rispetto allo svolgersi effettivo dell'esperire – in quanto è accordata in modo diverso al fluire corrente – fornendogli una configurazione d'insieme che l'esperienza vissuta non possiede. In un passo importante di uno dei testi più densi degli anni giovanili Heidegger (1992) scrive a proposito del prendere atto e della sua relazione con l'esperienza effettiva: «Ciò che è decisivo [rispetto al prendere atto] è che la vita, invece di svilupparsi [*fortzuschreiten*] secondo tendenze di attesa definenti [*lebenbildend*] dà forma alla vita vissuta a partire da sé, stabilizzando il senso del contesto d'aspettativa e assumendolo come tendenza esplicita» (GA 58, p. 119).² In altri termini, mentre la vita umana spontaneamente si attua nelle situazioni secondo le sue motivazioni e tendenze nella narrazione essa invece stabilizza se stessa, fissando i contesti d'attesa. Questo fa sì che il prendere atto è una modificazione esplicitante dell'esperienza fattuale.

Alla luce di questa prospettiva è comprensibile l'enfasi sullo statuto narrativo dell'evento sviluppata da Ricœur (1990), per cui esso è distinto dalla mera occorrenza, come è invece concettualizzato nell'ambito della prospettiva dei

¹ Come già abbiamo avuto modo di sottolineare, per il terapeuta fenomenologo gli orizzonti di tendenze e motivazioni che scandiscono e caratterizzano i periodi della vita in modo diverso per ognuno rappresentano anche dei punti di repere secondo cui riarticolare e ripercorrere i contesti di senso che si succedono nella storia personale.

² *Das Entscheidende ist, daß das Leben, statt in Erwartungstendenzen lebenbildend fortzuschreiten, den Sinn von Erwartungszusammenhang stabilisierend und ihn als ausdrückliche Tendenz nehmend, so aus sich selbst heraus dem gelebten Leben Gestalt gibt.*

modelli esplicativi causali. Allora l'evento fa progredire la storia se si iscrive in quel contesto stabile senza alterarlo, oppure ne determina la frattura mettendo in scacco le aspettative create dal corso precedente degli avvenimenti.

Nel racconto ciò che è esperito è caratterizzato come un tutto ben delimitato con dei confini ecotemporali e solitamente con un inizio e a volte con una fine. Potremmo dire che ogni racconto ha un titolo. Ad esempio, le vacanze dello scorso anno in Egitto, la relazione affettiva con mia moglie, l'esperienza lavorativa nella società di revisione ecc. L'esplicitazione narrativa che si articola secondo le direzioni di senso che riceve dall'esperienza viva unifica i contesti di significatività concretamente esperiti, dando forma al vissuto e fissandone le aspettative. In tal modo il racconto modifica l'accesso alla realtà esperita, poiché le significatività particolari secondo cui l'ipseità si manifesta sono dirette e quindi stabilizzate da contesti di attesa che orientano.

Questo potere unificante dell'integrazione narrativa e la differenza di accordatura fra esperienza viva e racconto si disegnano con particolare nettezza in quell'esperienza che nella tragedia ateniese sfocia nel fenomeno della catarsi. Aristotele nella *Poetica* parla di catarsi per indicare l'esperienza dello spettatore che prova pietà e paura in modo diverso dai protagonisti dell'intreccio. Come scrive Alessandrelli (2015) in un saggio prezioso sull'argomento: «Lo spettatore, nel momento in cui vede sulla scena i protagonisti aderire esclusivamente a un senso e perdere se stessi o dilaniarsi a vicenda, è portato a comprendere che esistono in realtà due o più sensi possibili. Lo spettatore non è prigioniero del senso unilaterale che acceca l'eroe perché lo riceve dal $\mu\theta\theta\omicron\varsigma$ [dalla trama della storia] arricchito e integrato. Il $\mu\theta\theta\omicron\varsigma$ lo colloca infatti in un contesto più ampio in cui tale significato diviene assimilabile e supportabile» (p. 17).³

Nell'esperienza concreta invece la vita è completamente assorbita in un fluire di avvenimenti che si avvicendano e scivolano uno nell'altro, in un contesto continuo di anticipazione che è prodotto senza interruzione da una situazione alla successiva e che determina per sé le direzioni del suo sviluppo. L'ipseità si fa tale, giunge a espressione unitamente alla significatività del mondo, generando l'indistinzione fra esperienza ed esperito. L'espressione della vita di fatto nella situazione comprende la significatività, nel senso che la include in essa e in questa inclusione le dà forma, ne attua il profilo; questa forma è donazione implicita di senso (Quesne 2004, p. 168). L'espressione – che corrisponde a come tendenze e motivazioni si attualizzano nella situazione rispetto a ciò che di significativo viene incontro – è dunque traccia.

³ Per $\mu\theta\theta\omicron\varsigma$ intendiamo «la composizione dei fatti» che giustamente Ricœur (1983a) interpreta come connessione dei fatti (I, p. 59) e che insieme alla *mimesis praxeos* – alla imitazione dell'azione – costituiscono la cellula melodica alla base del modello tragico.

Sono quelle tracce di sé che si imprimono nella vita e che la narrazione prova a conservare nel racconto interpretandone il senso e orientandone la vitalità (Arciero 2006). La traccia contiene pertanto un momento di significatività e uno di senso che si attua nel racconto. In questa prospettiva si fa chiaro come la narrazione possa portare a manifestazione l'esperienza svelandola, ma può anche ricoprirla diventando il luogo della illusione.⁴

In questa tensione fra come la vita genera forma in relazione ai contenuti che incontra (la significatività dell'esperienza) e la sua espressione linguistica, il significato vivo arriva alla parola – ed è quindi articolato secondo dimensioni che l'esperienza effettiva non conosce –, mentre nello stesso tempo si allontana dalla vita. La stabilizzazione del significato nel racconto se per un verso dà una forma più o meno duratura alla molteplice eterogeneità di tendenze e di motivi secondo cui la vita si esprime nel rapporto con le significatività che la nutrono, dall'altro crea la distanza della vita con se stessa. È di questa distanza che si nutre la catarsi tragica.

7.2 *L'effetto terapeutico delle parole*

La vita umana, che si compie di fatto generando espressione, contiene nella sua autosufficienza un movimento di dispersione, di allontanamento da sé fino all'estraneità. Abbiamo già fatto cenno a come ciò può accadere quando con l'asserzione si fissano nelle parole i significati a cui essa si riferisce rendendoli semplicemente presenti e spogliandoli del loro legame con la vita effettiva. Per tornare a un esempio già fatto, il tavolo, visto dal punto di vista del postino, dell'elettricista, della collaboratrice domestica, dello studente, dell'epistemologo, del geometra o del falegname, è compreso da ognuno in modo differente, giacché il motivo per cui ciascuno di essi ha a che fare con il tavolo è diverso. Nell'asserzione questo peculiare avere a che fare con... per così dire si nasconde.

Dire nell'asserzione che, ad esempio, il tavolo è resistente – determinazione che pure deriva dall'avere a che fare con il tavolo – diventa una dichiarazione che riguarda il tavolo, mentre contemporaneamente è occultato il senso autentico dell'avere a che fare con esso, evidentemente diverso per ognuno. Dunque, mentre il carattere enunciativo dell'asserzione è possibile solo sulla base del peculiare modo per ciascuno di avere a che fare con il tavolo, nell'enunciazione esso viene nascosto; e allora «il tavolo è resistente» non più per l'elettricista che deve salirci sopra, o per il falegname che lo considera come un piano di lavoro, ma è cosa resistente, che non si differenzia da un'altra cosa qualunque resistente. Il tavolo diventa una cosa presente intorno a cui

⁴ Abbiamo fatto cenno in precedenza a come un certo modo – inappropriato – di raccontarsi la propria storia può essere esso stesso fonte di patologia.

verte l'enunciato. Così, la vita fattizia parte da momenti espressivi, da situazioni di indistinzione fra l'esperienza e l'esperito, per approdare alla loro riconfigurazione nella asserzione linguistica. Tali momenti si solidificano nel racconto occultando la dimensione attuativa da cui derivano.

Perciò, se i mezzi secondo cui ognuno di noi si esprime sono una estensione singolare della vita fattizia, si impone un metodo che permetta di rintracciare in quelle espressioni i momenti costitutivi di senso e di significatività senza cristallizzarli; un metodo che preservi quell'unicità della vita che attuandosi in un certo modo nelle situazioni dell'esistenza viene a manifestazione, piuttosto che assegnare teoricamente il significato all'esperienza.

Come abbiamo visto, il resoconto del sintomo è il luogo per eccellenza dell'occultamento di quel movimento che va dall'espressione alla asserzione. È nel sintomo che la vita mostra chiaramente l'estraneazione a sé, mentre intrappola in un circolo vizioso l'esperienza preriflessiva, amputata di ogni legame di significatività, attraverso e insieme alla sua riconfigurazione linguistica. Il sintomo emerge dunque dalla interruzione di quella tensione fra significatività e intellegibilità, punto di arresto di quella motilità originaria della vita (*kinesis tou biou*) che nell'ambito della esistenza di ognuno è dialogo fra l'espressione del vivere e il suo affiorare alla parola.

E dunque, se il mondo ci è dato come rapporto (poiché il significato è già sempre legato alle cose, all'ente) che prende forma nell'espressione dell'esserci vivente, e se è nel racconto che si attua l'articolazione del senso, attraverso l'asserzione ci assicuriamo al mondo in un modo o in un altro.⁵

Il sintomo, che emerge dalla riduzione di questa tensione a un meccanismo che lega l'esperienza solidificata e il racconto che la mantiene tale, espone la vita a una sorta di immobilità nel dare forma a ciò che incontra; il delirio psicotico è la radicalizzazione più palese di una tale paralisi del senso. La perdita di libertà e la relativa sofferenza che caratterizzano i disturbi hanno dunque a che fare con la difficoltà di significare che inevitabilmente impoverisce il mondo del paziente.

La terapia con la parola inizia pertanto dalla parola e più precisamente dalla sua oscurità. È l'opacità della parola che obbliga alla decostruzione dell'asserzione in vista dei rapporti originari che essa cela. Il cammino della cura parte dall'asserzione come traccia, che nella solidificazione del significato nasconde il rinvio alla molteplicità di contesti, per poi risalire, ripercorrendole con il paziente, alla dimensione di attuazione formalmente indicata. In tal modo si accede al legame con le situazioni e al come dell'incontro fattivo con le signi-

⁵ Da questa prospettiva ha ben ragione Conti (2018) quando, cogliendo nel simbolo quel carattere di anticipazione che fa dell'evento il luogo del contestuale apparire e sottrarsi dell'assoluto, così commenta il sapere della fede: «La coscienza accede alla verità solo per il tramite di un'evidenza simbolica, ovvero, solo nel pratico ed effettivo comprometersi della libertà (πράξις)» (p. 26).

ficatività riportando gradualmente a chiarezza e ricostruendo l'unità del significato. Il linguaggio, dunque, come strumento della cura in quanto capace di tornare verso quel rapporto col mondo che essa custodisce nella proposizione e che può essere ogni volta di nuovo colto come attuazione, afferrato come fenomeno: movimento metodico di ritorno sulle proprie tracce che, come abbiamo visto, è anche movimento di trasformazione del discorso e di rinnovo del senso. È per questo che la parola può raddrizzare la vita.

7.3 *La parola e la cura*

Se l'uomo – questo vivente che possiede la parola – trova la sua determinazione ogni volta nell'essere insieme, e se la parola è un modo fondamentale di essere con l'altro, la relazione terapeutica si configura come una singolare forma di rapporto con l'altro e come un modo particolare di parlare insieme. Le varie correnti di terapia concettualizzano questa relazione definendo i diversi criteri a priori per realizzare il buon funzionamento della cura a partire dalla determinazione di come essere con l'altro. Esse forniscono i modelli del disturbo, del cambiamento, della relazione, dell'intervento ecc. Nessuna di esse si sofferma però sull'aspetto cardine della relazione terapeutica: a cosa è connessa la possibilità terapeutica della parola? Come orientare l'articolazione dell'essere assieme comprendente, tanto che la parola muti il senso che il paziente ha di sé? Questa è la domanda fondamentale alla base di ogni modello e con cui ogni modellizzazione ha infine evitato di fare i conti. L'unica notevole eccezione a questo stato di cose è rappresentata da Jerome Frank e sua figlia, che indicarono con chiarezza la natura del problema quando, lungo il solco aristotelico, accostarono la psicoterapia alla retorica e alla ermeneutica (Frank e Frank 1991). «L'affermazione che la psicoterapia opera nel campo dei significati – scrivono (*ibid.*, pp. 52-53) – solleva dubbi su quali discipline intellettuali siano più adatte a esaminare i suoi processi. Negli Stati Uniti lo studio della psicoterapia è stato tradizionalmente di competenza della scienza – in particolare, della scienza del comportamento. Noi proponiamo che la psicoterapia possa rientrare propriamente anche nell'ambito dei domini della retorica, “l'uso delle parole per formare atteggiamenti o indurre azioni” (Burke 1969, p. 41), e dell'ermeneutica, lo studio della “comprensione e della corretta interpretazione di ciò che è stato compreso” (Gadamer 1989, p. xi)».

Da questo accesso al problema deriva anche l'apertura di un cantiere e la definizione di un campo di studi che ancora oggi tiene la scena e orienta la ricerca: i fattori comuni, vale a dire gli elementi condivisi che esistono in tutte le forme di psicoterapia che si ritiene possano spiegare i benefici della psicoterapia (Garfield 1995; Grençavage e Norcross 1990; Hubble et al. 1999; Imel e Wampold 2008; Lambert 1992; Lambert e Ogles 2004).

Abbiamo visto come la pratica della cura implichi una modalità di comprensione, una specifica forma di ascolto, ma anche un porre questioni secondo le direzioni che la storia suggerisce, quindi una ermeneutica. D'altro canto, la parola guidata dal desiderio della cura comporta un modo specifico di esprimersi volto a muovere colui che ascolta, e dunque una retorica. Comprendiamo perciò la retorica come una disciplina che non mira a persuadere – come la sofistica – ma che ha la funzione «di scorgere in ogni caso i mezzi appropriati di persuasione» (Aristotele, *Ret.*, AI, 1355b 10) e perciò è connessa alla capacità di sollecitare l'ascolto.

Ma cosa ha di mira la parola del terapeuta, retore ed ermeneuta, per mettere in movimento la possibilità di curare? Possibilità che non corrisponde a una tecnica o a un modello da applicare sul paziente, ma che è diversa per ogni persona poiché solo a essa è legata! Nelle nostre pagine è ripetutamente tornato come un motivo di fondo il fatto che la sfera improminente di intellegibilità che riprende ogni volta forma insieme con la significatività della situazione, e che muta a misura delle trasformazioni della esistenza, corrisponde contemporaneamente a un modo di sentirsi emotivamente situati e dunque a una espressione di sé rispetto a... La posizione emotiva rispetto alle circostanze è un modo integrale del vivente di trovarsi nel mondo con gli altri e anche un modo di essere disposto rispetto a se stesso nella situazione. Lo stato emotivo suscitato dall'evento, infatti, oltre a fornire un orientamento nel mondo, si manifesta come una condizione di autoaffezione. In tal senso ognuno di noi è dato a se stesso nella situazione attraverso un sapersi affettivo, piacevolmente o spiacevolmente, con leggerezza o pesantezza: una sorta di padronanza di sé che viene prima di ogni riflessione e che definisce la posizione emotiva del vivente in relazione a ciò che arriva e che può arrivare. Così, ciò che si fa incontro è compreso attraverso un modo di sentirsi, espressione dell'essere corporeo nell'istante.⁶ Nel trovarci affetti gradevolmente o meno dagli accadimenti, ci orientiamo secondo ciò che è desiderabile e più in generale viabile rispetto alle circostanze, generando i relativi campi di azione e percezione.

Pertanto, se l'emozionarsi corrisponde a un muoversi da (*motioning from*) un certo contesto producendo ogni volta quelle possibili nuove forme di coinvolgimento efficace con l'ambiente che il manifestarsi on-line di differenti situazioni suggerisce (Arciero e Bondolfi 2009), un tale movimento è generato di volta in volta in vista di qualcosa; questo qualcosa è ciò che per ognuno di noi è o meno praticabile.⁷ L'esserci umano si trova dunque affetto in modo

⁶ «Nella situazione emotiva l'Esserci è già sempre condotto innanzi a se stesso, si è già sempre "trovato" non però sotto forma di autopercezione, bensì di autosentimento situazionale [*gestimmtes sich befinden*]» (Heidegger 1977, GA 2, § 29).

⁷ Il desiderio che ha fondamento nel desiderio originario di vivere è così un principio di movimento.

gradevole o sgradevole da ciò che si fa incontro e orientandosi rispetto a ciò che è desiderabile determina come muoversi, come situarsi, e quindi il proprio modo di vedere le cose. Il percorso singolare della vita di ogni uomo corrisponde all'estendersi di questo movimento dalla nascita alla morte.

Pertanto, ciò che si fa incontro non è una realtà oggettiva, ma è compreso (*verstehen*) secondo un modo di sentirsi (*Befindlichkeit*) – espressione di sé – sulla base di un essere disposti; un tale significato (*Rede*) inarticolato può essere portato alla parola ed esplicitato secondo un senso. L'esserci umano dispiega così nel linguaggio la sua apertura prestando ascolto (o meno) ai significati generati nella sua propria esperienza per donar loro movenza appropriandosi in vista della attualizzazione effettiva di una direzione di vita. In questo dialogo di sé con se stesso la ricerca del senso prende forma grazie alla possibilità di apertura alla parola che l'esperienza possiede. Avere la parola significa non solo parlare e lasciarsi dire dall'altro, ma anche dire e ascoltare se stessi.

Il rapporto fra l'espressione della vita – come preriflessivamente il vivente genera forma in relazione ai contenuti che gli si fanno incontro – e l'espressione linguistica – la loro articolazione e interpretazione attraverso la parola – costituisce la tensione interna alla vita stessa. In tal senso il vivente è dialogo: dialogo fra l'espressione dell'esserci che tenta di giungere alla parola e che si rivolge a se stesso per essere ascoltata, e se stesso come ricezione di ciò che in silenzio chiama, che convoca e muove alla interpretazione del senso. Nel cuore stesso di questo dialogo silenzioso, che è l'esserci umano, nasce allora la decisione d'agire in vista di un senso. La possibilità dell'iniziativa, cioè, sorge dalla cooperazione tra la facoltà di desiderare e il potere di perseguire le direzioni della propria esistenza secondo un progetto che in quel dialogo affonda le radici.⁸ Il sintomo interrompe questa motilità del vivente arrestando attraverso la ripetizione del meccanismo la presa di posizione rispetto al mondo.

Pertanto, se le disposizioni affettive (*Befindlichkeit*) determinano il modo di guardare e di essere aperti al mondo, il discorso terapeutico deve avere di mira l'affettività del paziente per essere in grado di mutare la sua posizione nel mondo e quindi il suo modo di vedere le cose. Le direzioni che orientano la pratica della cura – che non possono perciò essere tratte da un a priori che decide la forma da imporre alla relazione – vanno ricercate nelle disposizioni affettive che orientano la sfera di intellegibilità del paziente, perché è solo se il terapeuta si volge verso quegli stati affettivi e a partire da essi che può sollecitare una trasformazione di prospettiva. Possibilità di movimento dunque che è sempre una negoziazione di posizione reciproca.

⁸ Sarebbe interessante esplorare la nascita e lo sviluppo dell'agire morale secondo questa prospettiva.

7.4 *Intendere ragione: il dialogo terapeutico e la coscienza*

In un articolo molto influente del 1993 Lazarus, che coglie questo tema direttamente dalla pratica terapeutica, si chiede: «Come è possibile che una delle prime cose che tutti noi impariamo a Psicologia generale è che le differenze individuali sono di primaria importanza, che ognuno è unico nel suo genere, ma poi quando si tratta di curare i pazienti alcuni sembrano presumere che essi siano tutti riducibili a forme identiche?» (p. 404). Prima di porsi questa domanda Lazarus passa velocemente in rassegna con arguzia, ironia e precisione le indicazioni che vengono dai diversi luminari della psicoterapia. Così Rogers e i suoi seguaci, che pure affermano di fare una terapia centrata sulla persona – mossi dalla convinzione che l'empatia e la considerazione incondizionata si tradurrà in un cambiamento di personalità –, offrono la stessa relazione terapeutica a tutti i loro clienti. La stessa mancanza di diversità interpersonale e tra sessioni caratterizza – secondo Lazarus – anche altri eminenti terapeuti degli anni novanta, come Ellis, Minuchin, Beck, Sifneos ecc. Come prendere sul serio questa irriducibile unicità dei pazienti?

La risposta che dà Lazarus è purtroppo dello stesso tenore di senso dei suoi illuminati colleghi, in quanto si riduce a una sorta di comandamento da rispettare e da imporre alla relazione per salvaguardare la differenza fra le persone. Lazarus prescrive così la condotta dell'autentico camaleonte, riferendosi all'attitudine del terapeuta di modificare la sua partecipazione al processo terapeutico al fine di offrire la forma più appropriata di trattamento per il cliente.

Tuttavia, come abbiamo visto, il terapeuta che parla in direzione di uno stato affettivo e a partire da esso, è tutt'altro che un camaleonte. Il fatto, pur essenziale, che un terapeuta attagli il suo stile interpersonale ai differenti clienti non è una postura assunta «strategicamente», ma ha a che fare con la possibilità di risvegliare nel paziente la comprensione dei suoi propri stati affettivi per rinnovarne il senso. La relazione che si genera a partire da un ascolto e dalla messa in questione è un partecipare che accompagna il fluire dell'esperienza elicitata e nello stesso tempo da essa si lascia guidare.

Il recuperare ed esporre l'esperienza a una nuova appropriazione è una operazione che è orientata metodicamente, non è lasciata al caso, alla creatività recitativa o alla capacità mimetica del terapeuta, né tantomeno alle sue attitudini semplicemente persuasive o alla sua forza empatica. Infatti, se è dall'essere situati emotivamente che proviene ogni volta la direzione di esistenza dell'essere vivente, ogni possibilità di trasformazione va di pari passo con la capacità del terapeuta di indirizzare il discorso terapeutico verso quelle disposizioni. Per portare il paziente a una nuova prospettiva, la parola del terapeuta deve cioè essere in grado di giungere fino al fondamento esperienziale, così da suscitare nel paziente un mutamento di posizione. Se si assume questa

prospettiva, risulta evidente perché possa diventare sottile il confine fra un terapeuta e un ciarlatano. Infatti la possibilità di smuovere quelle disposizioni può avvenire in tanti altri modi: dalla seduzione fino alla affiliazione, alla manipolazione, alla provocazione, alla suggestione ecc.

Dal nostro punto di vista, perché la parola possa risvegliare e rimobilizzare le disposizioni affettive, deve suscitare nel destinatario un impatto che spiazza e riorienta l'interpretazione corrente che egli dà della propria esperienza, esponendolo alla possibilità di accedere alla sua sfera del proprio, alla dimensione preriflessiva. Allora, chi ascolta la voce dell'altro che cura, e da essa si fa mettere in questione, è prima di tutto rinviato a se stesso e non può essere altrimenti, proprio perché il discorso terapeutico nasce a partire dalle disposizioni affettive del paziente e a esse costantemente è rivolto. La voce terapeutica ha come destinatario finale il se stesso del paziente che è in grado di intendere. In questo senso quella centralità affettiva nel comprendere e promuovere il cambiamento che alcuni terapeuti avevano sottolineato agli inizi degli anni ottanta (Greenberg e Safran 1989; Greenberg e Johnson 1986; Guidano 1988; Mahoney 1984; Rachman 1981) acquista una nuova ampiezza e una diversa profondità.⁹

È dall'intendere di cui il se stesso è capace che emerge la convocazione. Chi è convocato è il paziente come esserci vivente, che in quanto dialogo fra sé e se stesso è chiamato a sé dalla necessità di ascoltarsi, dall'appello che viene da sé e che risveglia l'ascolto di sé. In tal senso rispondere alla convocazione è sempre anche una auto interpretazione. L'appello viene infatti da quella sfera preriflessiva secondo cui ogni volta l'esserci vivente emotivamente si situa comprendendo le significatività che gli si fanno incontro e che lo chiamano a farsene carico. Per Heidegger (1926) questa intrinseca possibilità che l'esserci ha di essere chiamato da sé è la coscienza: «Questa voce interiore della coscienza è ciò che mi rivela propriamente l'esserci, nella misura in cui io sono intimamente con me stesso. Questo modo unico di scoprire e rivelare che sta nella coscienza e prescrive per me temporalmente la particolare possibilità di mio essere, questa modalità di apertura risoluta ha il carattere di restare in silenzio. La voce della coscienza parla in silenzio» (p. 286).

Il discorso terapeutico mira dunque alla coscienza del paziente nel senso che ha come fine il sollecitare un ascolto che corrisponde da parte del paziente a un ritorno presso di sé. Discorso che è guidato dalla retorica non perché aspira a convincere, ma poiché mobilita i mezzi di trasformazione peculiari

⁹ Per Aristotele la parte irrazionale dell'animo è doppia: una parte vegetativa e una appetitiva, che a differenza della prima ha la capacità di intender ragione. Ascolto e obbedienza alla ragione – come dice Aristotele – sono qui intesi nel senso in cui «diciamo “tener conto” del proprio padre e dei propri amici e non nel senso in cui i matematici parlano di “ragione”» (*Et. Nic.*, I, 13, 1102b-1103a 5).

di ognuno. Questo ritorno su di sé, rinvio intenzionale che implica che la coscienza prenda forma come attuazione effettiva – e nel corso della terapia come coattuazione –, non ha un contenuto ma è apertura a sé; è un «porgere l'orecchio» alla voce silenziosa che sgorgando dalla condizione emotiva dice della situatività dell'essere-nel-mondo propria di quel momento. Come scrive Ricœur (1990) una tale attuazione «prima di disegnare sul piano morale la capacità di distinguere il bene e il male e di rispondere a questa capacità con la distinzione fra buona e cattiva coscienza, significa attestazione» (p. 422).

Coscienza dunque non come il giudice che presiede la corte morale nell'anima di ogni persona, né come un sistema composito prodotto dell'evoluzione pronto a dissociarsi in elementi che funzionano automaticamente,¹⁰ né tantomeno come contenuto di specifici atti di giudizio, ma compresa come l'intrinseca possibilità dell'esserci vivente di essere chiamato da se stesso a intendere la sua propria espressione; espressione afona, che non dice di nessun contenuto, ma che sveglia nel silenzio e inquieta confrontando l'esserci a una decisione che solo lui può prendere: il farsi carico di sé, l'assumersi in vista di..., il decidersi per...¹¹

La messa in questione del paziente da parte del terapeuta – terapeuta che indaga e obbedisce alla storia altrui – diventa dunque convocazione se risveglia nel paziente la capacità d'intendere se stesso: di ascolto della voce della coscienza. In tal senso accogliere l'appello da parte del paziente è decidersi a essere se stesso, è testimoniare la propria esistenza assumendosene il peso e il compito. È quel sé risvegliato (che chiama se stesso nella coscienza) che nella decisione di farsi carico di sé si scopre estraneo e al di là delle spiegazioni che lo nascondevano e lo imprigionavano. Ciò che chiama, l'appello, è cioè un'espressione di sé che viene prima della voce e che è a fondamento di essa, altrimenti la parola sarebbe solo un suono e non l'articolazione dell'apertura al mondo dell'esserci vivente! Questa comprensione di sé così rimobilizzata è ripresa e salvaguardata attraverso l'appropriazione che apre a una rinnovata padronanza di sé, a nuovi sentieri di senso, ad altri progetti d'esistenza. L'ascoltare la voce risvegliata che chiama silenziosamente è rapporto del proprio esserci corporeo con ciò che è ascoltato.

¹⁰ A un suo prototipo si riferisce la «ricetta» satirica di coscienza che Schopenhauer (1841) propone nel criticare la comprensione popolare del fenomeno: «Più d'uno sarebbe stupito se vedesse come la sua coscienza, che gli sembra una questione così grande, è in realtà composta. Essa probabilmente consiste di un quinto di paura degli uomini, un quinto di paura degli dèi, un quinto di pregiudizi, un quinto di vanità, e un quinto di abitudine; in modo che egli in verità non è niente di meglio che l'inglese che aveva detto con franchezza “non posso permettermi di mantenere una coscienza”» (§ 13, p. 112).

¹¹ E connesso alla chiamata, il riconoscimento dell'essere esposti, e dell'indistinzione fra esperire ed esperito: di quel darsi (*es gibt – il y a*) che impedisce ogni deriva solipsistica. Ciò orienterà Heidegger verso le meditazioni sulla nullità e sull'essere in debito in *Essere e tempo*. Egli intenderà il risveglio come assunzione dell'essere colpevole.

Così il paziente, mentre intende la parola del terapeuta – la parola dell'altro appassionato dalla cura –, è chiamato dal suo proprio esserci a farsi carico di sé riorientando i suoi propri orizzonti di vita. È questo il fine del discorso terapeutico: la cura aiuta a «liberare» il paziente, tanto che questi è di nuovo in grado di afferrarsi attestando in modo rinnovato il suo poter essere se stesso. Perciò la terapia prende forma a partire dalla interpretazione corrente della situazione per poter risalire attraverso la distruzione fenomenologica fino ai fenomeni originari. È ciò che l'indicazione formale ci permette, consentendoci di giungere a quella sfera di tendenze e motivazioni attraverso il discorso e di rinnovare con la parola la direzione del senso. Un tale recupero del senso non è altro che l'attestazione delle possibilità dell'esserci vivente che sono le più proprie.

7.5 *Il terapeuta e i camaleonti*

E allora, raccogliere la chiamata che giunge dalla sfera preriflessiva, espressione senza suono, significa aprirsi a se stesso, ridursi all'ascolto di sé, facendosi carico della particolare e temporale possibilità del proprio esserci che questo dischiudere prescrive. La voce della coscienza smuove verso un cambiamento di attitudine. Nella coscienza come attuazione concreta della chiamata, l'esserci vivente è convocato ad assumere il peso e il compito di essere se stesso; richiamo che non si risolve nell'eccezionalità di un momento, ma che prende forma in un perenne rinnovamento dell'interpretazione. L'appropriazione che nasce da un ascolto obbediente corrisponde così a un possedersi che è ogni volta riattuito. Leggiamo in questo senso le parole del giovane Heidegger (1976) quando nelle note sulla *Psicologia delle visioni del mondo* di Jaspers scrive: «Coscienza (*Gewissen*) qui intesa come attuazione della coscienza, non come avere occasionalmente coscienza – *conscientia* – è, nel suo senso fondamentale, la modalità storicamente caratterizzata dell'autoesperirsi» (GA 9, p. 32).

Dal nostro punto di vista, perciò, il ruolo che il terapeuta gioca non ha nulla a che vedere né con camaleonti più o meno capaci né tantomeno con l'applicazione al paziente di ricette a priori, e ancor meno con la manipolazione della relazione secondo le direttive imposte da un qualsiasi modello teorico di riferimento. Uno degli esempi più sconcertanti di questo modo di operare è quello che considera la relazione terapeutica come una relazione di attaccamento e il terapeuta come un *caregiver* universale. È evidente che se un terapeuta dovesse applicare questa teoria alla relazione, non sarebbe più capace di distinguere fra la relazione di cura e quella di attaccamento.

Poiché il fine del discorso terapeutico è smuovere le disposizioni affettive del paziente, è evidente che la parola del terapeuta si deve rivolgere al paziente secondo l'esperienza del paziente e a partire da essa. La relazione terapeutica prende forma coattuandola. Ma allora, perché la voce del terapeuta che è mosso dalla passione per la cura faccia sorgere nel paziente l'intendere che

scuote, è necessario che ispiri confidenza. È necessario cioè che essa dia testimonianza nel e attraverso il discorso terapeutico della posizione che il terapeuta sostiene e mantiene per lo sviluppo e il conseguimento della cura.

Seguendo ancora Aristotele (*Ret.*, II, 1, 1378a, 5-20) possiamo definire tre condotte che facilitano nel paziente l'instaurarsi di una tale confidenza verso il suo curante: l'equilibrio nel trattare le cose della vita, il rigore con cui affronta l'indagine e l'interpretazione dell'esperienza, e la benevolenza la cui intensità è data dalla passione della cura. E a proposito di quest'ultima egli dice: «La benevolenza sia quella per la quale chi la possiede è detto avere benevolenza, un soccorso a chi ha bisogno non in cambio di qualcosa e non perché abbia qualcosa colui che presta soccorso, ma perché abbia qualcosa la persona a cui viene prestato» (*Ret.*, II, 7, 1385a, 18).¹² In questa relazione particolare che fa sorgere nel paziente l'ascolto di sé, curare significa aiutare l'altro a fare in modo che si assuma l'onere e il mandato di essere sé, invece di assoggettarlo a spiegazioni già confezionate anticipandone o prescrivendone i modi di esistenza.

Ebbene, se curare è lasciare essere l'altro in quanto tale, allora non è costruendo né imponendo legami sotto la tutela di una teoria che si lascia all'altro la libertà di essere, ma solo accompagnandone lo svolgersi dell'esperienza secondo quel servire che è cercare (*therapeuein*), guidati dalle altrui possibilità di esistenza e dalla sua storia. E d'altro canto è solo se il terapeuta è in grado di assumere se stesso facendosi carico della sua passione che può assicurare al paziente quella forma di reciprocità che, abusando ancora delle parole di Aristotele, possiamo dire «ha la più grande somiglianza all'amicizia ... ma che differisce dall'amicizia perché è priva di passione e di attaccamento [*aneu pathous kai tou stergein*] per coloro con cui è in relazione» (*Et. Nic.*, IV, 5-6, 1126b, 20-25). Relazione dunque collocata sotto il segno della reciprocità (Greisch 1994a), sebbene di una reciprocità inquietante. Reale per qualche ora a settimana e poi virtuale, necessaria, a volte unica ma anche senza futuro, vicina e lontana, polemica, difficile, delicata, profonda eppure estranea, addirittura pagata con un compenso.

È la intimità con un estraneo quella che il paziente sviluppa con questa specie di amico appassionato ma esente dai sentimenti che vanno al di là della cura, amico benevolente e allo stesso tempo equilibrato e rigoroso che animato dal desiderio della cura lo accompagna a cogliersi e accogliersi tanto da potersi assumere la sua propria libertà. Questa strana intimità è l'elemento essenziale della relazione terapeutica.

Si impone a questo punto una domanda che costituisce la pietra angolare delle nostre analisi. Da dove nasce questa strana intimità?

¹² È importante notare la stretta connessione tra questo e un passaggio del *Gorgia*. Socrate dice a Gorgia che chi vuole esaminare l'anima rispetto alla dirittura di vita o viceversa deve possedere tre qualità: «conoscenza [*epistemen*], benevolenza [*eunoian*], e il parlar franco [*parrhesian*]» (487a). In relazione a questi riferimenti, sarebbe interessante esplorare il rapporto tra le nozioni di *parrhesia* e di ragionevolezza (*phronesis*), uno dei concetti chiave della *Etica Nicomachea*.

7.6 L'intimità terapeutica

Un aspetto comune a tutti i pazienti che vengono in terapia è che non trovano un senso alla persistente condizione di sofferenza in cui versano. Ogni sforzo esplicativo risulta vano. Il paziente è incapace di sottrarsi al soffrire. Frank (1961, 1995) descrive questo stato di cose con il termine «demoralizzazione» (*demoralization*), indicando appunto un elemento che accomuna tutti i pazienti: la percezione della incapacità di affrontare i loro sintomi.

La conseguenza più immediata legata a questa esperienza è la diminuzione della capacità di agire e sentire, accompagnata dalla relativa riduzione dell'ampiezza del rapporto con il mondo. La sofferenza, coartando la relazione con sé, restringe le possibilità di generare senso. Questa modificazione della motilità della vita avvertita dal paziente come un modo della passività – il soffrire se stessi – è la condizione a partire dalla quale l'anticipazione del futuro, sempre più gravata dal peso della sofferenza, è dominata al tempo stesso dal desiderio di esserne liberati. Tutte le psicoterapie rispondono pertanto alla condizione di demoralizzazione proponendo una nuova offerta di senso – in genere istruita dalla teoria che le sostiene – che sostituisce alla spiegazione inefficace del paziente una più adattativa. E quindi, mentre alla luce della spiegazione che il paziente forniva del disturbo esso appariva inevitabile e soprattutto incontrollabile, la proposta di una nuova possibile spiegazione genera l'aspettativa che se si segue il trattamento il disturbo diventi risolvibile o quantomeno controllabile (Frank e Frank 1991; Wampold 2007, 2011). Questo processo è stato chiamato in vari modi nell'ambito di differenti approcci: *response expectancies* (Kirsch 1985), *remoralization* (Frank e Frank 1991), *outcome expectations* (Greenberg et al. 2006), *self-efficacy* (Bandura 1997).

Se è in vista di un tale speranza che il paziente si proietta nel futuro imminente e cerca sollievo, chi cura, assumendosi la responsabilità di rispondere a una tale aspettativa e di farsi carico della fragilità che la sostiene, si iscrive nel futuro di quel paziente; il terapeuta entra nel suo orizzonte di senso impegnandosi in una promessa che risponde a quella speranza. «Il paziente – scrive Ricœur (2001) –, quel paziente “porta al linguaggio” la sua sofferenza nella forma del lamento, il quale comporta una componente descrittiva (questo sintomo) e una componente narrativa (un individuo coinvolto in queste e quelle storie); a sua volta il lamento si precisa in una domanda di... (di guarigione, e, chissà, di salute e, perché no, sullo sfondo, di immortalità) e domanda a... rivolta come un appello a quel curante. Su questa domanda si innesta la promessa di osservare, una volta accolto il protocollo di trattamento proposto» (pp. 229-30).

Questa è la base dell'alleanza terapeutica stipulata contro la sofferenza, accordo tacito su cui il curante e il malato convengono già prima che qualsi-

voglia relazione effettiva prenda forma fra di loro. Essi sono uniti da una tensione, da un modo di essere iscritti nel tempo, da una condivisione di orizzonte che permette loro di creare un patto, l'alleanza nella cura, che implicitamente definisce già una posizione di mutuo riconoscimento: colui che soffre e si affida a colui che sa, e che perciò promette la guarigione, e reciprocamente colui che cura e che si mantiene nella sua disponibilità rispondendo alle necessità di chi cerca la cura.

La promessa che si basa su questo mutuo coinvolgimento ha come primo immediato risultato l'apertura dell'orizzonte della speranza e insieme di nuove aspettative che coinvolgono gli attori in gioco, uniti dall'obiettivo comune della guarigione. È solo a partire da questa condizione che si comprende perché la formazione di una buona alleanza misurata nelle prime fasi del trattamento sia predittiva dei risultati: più profonda è l'alleanza, migliore il risultato (Horvath e Luborsky 1993; Horvath e Bedi 2002; Horvath e Symonds 1991; Martin et al. 2000). Diverse ricerche hanno infatti sottolineato come una alleanza positiva sia uno dei migliori predittori dell'esito positivo di una terapia (Horvath e Symonds 1991; Wampold 2001a, b, 2010; Norcross 2010, Bachelor 2013; Horvath et al. 2011; Johansson e Jansson 2010; Martin et al. 2000; Priebe et al. 2010).

Non può quindi sorprendere il fatto che l'alleanza sia legata alla riuscita indipendentemente dal tipo di trattamento psicoterapico offerto (Carroll et al. 1997; Horvath e Bedi 2002; Krupnick et al. 1994, 1996; Wampold 2001b). Alla base della trasformazione non ci sono cioè gli ingredienti peculiari di un certo approccio terapeutico, né tantomeno è preferibile una particolare forma di terapia rispetto a un'altra per affrontare e risolvere un certo disturbo, ma una serie di evidenze portano a credere che l'efficacia del trattamento sia da ascrivere a fattori comuni condivisi da tutte le forme di psicoterapia.¹³ Così, l'alleanza e il patto che la sostiene sembrano essere il nucleo centrale (ossia il fattore gerarchicamente superiore) che integra tutti gli altri fattori in gioco (Imel e Wampold 2008), il cui peso e influenza dipendono appunto dalla continua negoziazione delle posizioni reciproche dei protagonisti dell'intesa.¹⁴

Ciò è riassunto nella famosa ipotesi formulata da Rosenzweig (1936) del verdetto di Dodo (*Dodo bird conjecture*), che afferma che quando i trattamenti

¹³ Questi fattori comuni furono investigati da Lambert (1986, 1992) che ne distinse l'importanza esaminando la relazione tra i miglioramenti del cliente e una varietà di variabili. Queste variabili tipicamente includevano fattori extraterapeutici (ad esempio, remissione spontanea, eventi accidentali, supporto sociale) (40%); aspettativa, speranza, effetto placebo (15%); tecniche specifiche di terapia (ad esempio *biofeedback*, ipnosi, desensibilizzazione sistematica) (15%); e fattori comuni (empatia, cordialità, accettazione ecc.) (30%). La ricerca di Wampold (2001a, b) ha rivelato che le differenze tra modelli rappresentavano solo l'1% del risultato della varianza.

¹⁴ L'alleanza si riferisce alla qualità e alla forza del rapporto collaborativo tra cliente e terapeuta. È tipicamente misurata come accordo sugli obiettivi terapeutici, consenso sulle modalità di trattamento, e legame relazionale (Bordin 1979; Horvath e Greenberg 1994).

sono messi a confronto producono dei risultati più o meno uguali, indicando perciò che i vantaggi delle varie psicoterapie sono dovuti ad alcuni fattori non riconosciuti comuni a tutti gli approcci: i fattori comuni.¹⁵

L'attualizzazione del patto risponde, sin dalla prima seduta, al sentimento di demoralizzazione del paziente, poiché accende una nuova speranza mobilitando i punti di forza del cliente per far fronte ai suoi problemi grazie all'azione della possibile terapia. Per i terapeuti orientati teoreticamente ciò significa fornire una serie di spiegazioni dell'esperienza del paziente secondo principi a priori che permettono di risignificarla e, in linea con la nuova prospettiva esplicativa, suggerire o prescrivere un trattamento coerente mirato alla realizzazione di risposte più adattative. Così riassume Wampold (2011): «Naturalmente, ogni teoria racconta la storia diversamente – pensieri irrazionali, motivazioni inconse, emozioni inesprese, storie con attaccamento alterato – ma ognuno racconta una storia di speranza per il cliente: “Se credi in questa nuova spiegazione e ti attieni alla procedura in questo trattamento, i problemi saranno gestibili e la vita sarà migliore”» (p. 26). Nei modelli che si riferiscono ai fattori comuni, l'acquisizione di spiegazioni adattative è cruciale per il cambiamento in psicoterapia (Anderson et al. 2009; Frank e Frank 1991; Imel e Wampold 2008; Wampold et al. 2006).

Evidentemente questo atteggiamento comune a tutte le psicoterapie a base teoretica mentre fornisce all'esperienza del paziente un significato scientificamente certificato, ripristinando la sua padronanza del controllo, sradica l'esperienza dal contesto di senso effettivo in cui è inclusa; in tal modo viene nascosta al paziente la possibilità d'accesso al suo significato originario. D'altro canto, proprio come per gli antichi fisiologi, e poi in linea con la tradizione della cura del sé (Foucault 2001) la spiegazione secondo principi certi – soprattutto se comprensibile e persuasiva – esercita una funzione calmante, come se questa forma di sapere restituisse il potere di dominare il futuro riducendolo a qualcosa a disposizione, controllabile, sottomano.

7.7 *Il patto e il metodo*

Come abbiamo già detto, l'alleanza si forma a partire da una asimmetria costitutiva che si manifesta nel desiderio e insieme nell'aspettativa di efficacia da parte del paziente che consegna al terapeuta la sua incapacità di... nell'a-

¹⁵ Il termine deriva da un articolo che ha fatto scuola (1936) di Rosenzweig, che usava una citazione delle *Avventure di Alice nel Paese delle Meraviglie* per riferirsi all'equivalenza dei risultati: la citazione era tratta del capitolo 3. Alcuni personaggi si bagnano e, per asciugarsi, l'uccello Dodo decide di proporre una gara: ognuno di essi deve correre intorno al lago finché non è asciutto. Nessuno però si preoccupa di misurare la distanza, né tantomeno il tempo di corsa per ognuno di essi. Quando alla fine essi chiedono a Dodo chi avesse vinto, questi risponde dopo lunga e seria ponderazione: «Tutti hanno vinto e tutti devono essere premiati!».

spettativa che l'opera di colui che cura sia in grado di restituirgli i suoi poteri, le sue possibilità. Il nucleo comune dell'alleanza corrisponde così a una mutua promessa contratta più o meno tacitamente e fondata sull'esperienza della sofferenza da un lato e sull'esercizio della terapia dall'altro, patto secondo cui i partecipanti si obbligano ad adempiere ai rispettivi impegni per realizzare la cura. Tutto il percorso terapeutico è volto a correggere l'iniziale sproposizione della relazione con il curante che l'esperienza di sofferenza genera, fino al ripristino della libertà che segna allora la dissoluzione felice dell'alleanza.

Hanno dunque ragione Horvarth et al. (2011) quando sottolinea che il terapeuta non «costruisce un'alleanza», ma piuttosto realizza il trattamento in modo tale che il processo stesso forgiano un'alleanza con il cliente (p. 25). Si potrebbe aggiungere che questa alleanza terapeutica (*working alliance*), ha una direzionalità dettata dall'obiettivo stesso della cura: la restituzione al paziente delle sue possibilità più proprie, della sua libertà. Un patto basato sulla fiducia, che prende forma come fedeltà alla parola data e reciprocamente come confidenza nella parola di colui che cura, come se fosse la parola di un amico.

Questo patto tacito che è a fondamento di ogni rapporto terapeutico dà conto di un dato messo in evidenza da più di cento studi: quando ai pazienti i clinici chiedevano che cosa fosse stato d'aiuto nella psicoterapia, in primo luogo essi attribuivano l'efficacia del loro trattamento al rapporto con il loro terapeuta (Sloane et al. 1975; Elliott e James 1989; Norcross e Lambert 2005a, b). E d'altro canto diversi studi rilevano quanto questo patto sia fragile, come si contragga e si espanda, come possa crescere e diventare forte o rompersi, come vada incontro nel corso di una terapia a interruzioni, ad allentamenti, a crisi, a fratture e rifacimenti (Safran e Muran 1996; Safran et al. 2011). È infine in virtù di questo patto che la relazione terapeutica è il più comune dei fattori comuni, la maggior convergenza tra le divergenze professionali (Norcross 2010). Su questo patto che inizia a prender forma nel luogo di intersezione fra un desiderio – quello del paziente – e un sapere (*metis*) – quello del curante –, che poi si stringe in una promessa reciproca e si compie e si rinnova come un patto di mutua fiducia, trovano dunque fondamento quei famosi fattori comuni che una serie di evidenze indica come elementi chiave dell'efficacia della psicoterapia (Lambert 1986, 1992; Wampold 2001a, b, 2007, 2010a; Wampold e Bhati 2004; Hubble et al. 2010).

Nel cuore del patto si fa però intravedere un nuovo problema che abbiamo già toccato più volte e che ora non lascia più scampo. Se il punto di incrocio fra la sofferenza del paziente e il sapere del curante è anche il luogo da cui prende le mosse l'alleanza terapeutica, quale forma di sapere guida colui che cura? Perché colui che cura possa essere in grado di intercettare l'esperienza singolare del paziente di quale forma del conoscere deve poter disporre?

Tra i ricercatori in psicoterapia degli ultimi decenni è stata particolarmente influente la concettualizzazione dell'alleanza terapeutica di Bordin (1979). Per

Bordin, la qualità dell'alleanza è una funzione 1) degli accordi tra paziente e terapeuta sugli obiettivi terapeutici; 2) del consenso rispetto ai compiti terapeutici; 3) dello sviluppo di un legame (reciproca fiducia, gradimento, rispetto, cura). Questa prospettiva sulla alleanza terapeutica ampiamente condivisa mette al primo posto e assegna una speciale importanza alla relazione collaborativa fra paziente e terapeuta. Il senso di partnership secondo cui ogni partecipante è attivamente coinvolto nella attuazione della cura mentre è sempre guidato dalla promessa reciproca e fondativa dell'alleanza comincia gradualmente a prendere forma come un dispiegarsi – e per il paziente un rivelarsi – dell'esperienza personale. In genere dell'esperienza problematica. L'esperienza del paziente diviene oggetto di un lavoro condiviso, orientato dal tipo di visione che il terapeuta possiede. Un tale lavoro che implica e contemporaneamente dà forma all'alleanza – l'alleanza operativa (*working alliance*) – è condotto alla luce degli a priori teorici che costituiscono la cornice di riferimento del terapeuta.

Qualunque sia l'ampiezza del lavoro che il tipo di terapia definisce, dalla osservazione e modificazione del comportamento fino alla ricerca dei traumi infantili, ogni forma di attività terapeutica è (o dovrebbe essere) centrata sulla teoria: nello stesso tempo che il paziente si disvela il terapeuta ne risignifica l'esperienza o la corregge secondo il/i modello/i di riferimento da cui è guidato.

La spiegazione – qualsiasi essa sia – che è fornita nel contesto del trattamento riapre il futuro in termini di gestione teorica dell'incontrollabile; perciò Wampold (2001a, b) potrà dire che la verità della spiegazione non ha nessuna importanza per l'esito della psicoterapia. Ciò permette anche di comprendere perché il potere del trattamento poggia sull'accettazione da parte del paziente della spiegazione, anziché sul fatto che la spiegazione sia «scientificamente» corretta. Infatti l'equivalenza tra l'effetto ottenuto con la spiegazione e chi la utilizza è legato alla possibilità, accettata dal paziente, di risignificare la sua propria esperienza secondo il senso che il terapeuta propone con più o meno convinzione – effetto evidentemente condiviso dai diversi approcci teoretici, che si differenziano tra loro proprio per i contenuti delle spiegazioni che forniscono di un dato fenomeno psichico e per i relativi trattamenti che da esse derivano. Su ciò si basa la famosa ipotesi del verdetto di Dodo (*dodo bird conjecture*).

Il tema doveva essere ben chiaro a Rosenzweig, che già nel 1936 scriveva: «Se il terapeuta parla in termini di psicoanalisi o di scienza cristiana è relativamente poco importante rispetto alla coerenza formale con cui la dottrina impiegata è rispettata, poichè in virtù di tale coerenza al paziente è fornito uno schema per realizzare un qualche tipo e grado di organizzazione della personalità ... Avendo in comune questa possibilità di offrire una base sistematica per la reintegrazione, diverse forme di psicoterapia dovrebbero tendere a un

eguale successo» (p. 7). La cura consiste allora nel reintegrare l'esperienza del paziente risignificandola in modo coerente secondo una teoria sistematica di riferimento, indipendentemente dalla bontà della stessa teoria.

Guidati dalle spiegazioni dell'esperienza del paziente che la teoria fornisce per realizzare la «cura», viene utilizzata una serie di tecniche e mezzi che evidentemente richiedono il coinvolgimento e il consenso sia del terapeuta sia del paziente. Perciò il particolare approccio utilizzato è irrilevante finché un trattamento viene accettato dal paziente e favorisce il suo impegno attivo. E dunque, mentre terapeuti di differenti tendenze varieranno nella loro enfasi sulle qualità fondamentali e durature degli obiettivi per cui sono disposti a collaborare con il paziente in vista della cura, «differenti pazienti saranno disposti a trovare compiti e obiettivi diversamente significativi in funzione delle loro storie uniche di sviluppo e dei loro schemi relazionali» (Safran e Muran 2006).

I compiti e gli obiettivi della alleanza terapeutica prendono forma nell'ambito del legame che si costituisce tra terapeuta e paziente. La formazione del legame è il nucleo che lega l'accordo sugli obiettivi terapeutici e il consenso sui compiti terapeutici. L'ultimo punto che Bordin discute nel suo articolo è infatti la natura della relazione umana su cui il processo di cura si articola, che dipenderà essa stessa dagli obiettivi e dal coinvolgimento richiesto da differenti tipi di terapie. Ancora una volta la distinzione di Bordin è fra i due estremi che egli sembra sempre avere presenti: il trattamento mirato del terapeuta comportamentale-cognitivo che dà al paziente una forma e gli chiede di effettuare una registrazione quotidiana dei suoi atti e lo psicanalista che orienta l'attenzione del paziente verso i recessi più profondi dell'esperienza interiore. Ebbene, anche se in ambedue i casi è necessario che si sviluppi un certo livello di fiducia di base, il punto cruciale è che il tipo di terapia in qualche modo prescrive anche il tipo di relazione.

«Un legame non necessariamente è più forte di un altro, ma può essere di tipo diverso. Un'altra sfumatura nel legame terapeutico potrebbe essere definita dalla differenza tra colui che si prende cura e un consulente. Alcune modalità di psicoterapia hanno un elemento di presa in carico maggiormente integrato al loro interno» (Bordin 1979, p. 254). Anche la costruzione del legame dipende implicitamente o esplicitamente dalle indicazioni che provengono dall'apparato teorico che sostiene l'intervento terapeutico. Ciò che dunque permea in profondità la concettualizzazione di Bordin della alleanza terapeutica è un fattore ancor più fondamentale, che sottende tutti gli altri senza mai essere tematizzato: la spiegazione su base teoretica degli elementi di cui la qualità dell'alleanza terapeutica è funzione. Come abbiamo ripetutamente sottolineato, l'atteggiamento teoretico – che rappresenta una delle possibili modalità di accesso all'esperienza – non coglie la vita umana nella sua imminenza, nella sua incompletezza, nel suo essere ogni volta nell'atto di compiersi.

Pertanto, se consideriamo la sfera psichica piuttosto che come un oggetto della conoscenza teoretica come l'attuazione integrale dell'esperienza del vivere che ogni volta prende forma nel contesto di vita con gli altri, realizzandosi fattualmente come storia concreta, allora per accedere a essa è necessario avvalersi di un tipo di sapere che trova di volta in volta la sua determinazione nella situazione effettiva. In questo senso abbiamo abbozzato nella nostra ricerca gli ambiti tematici di una psicologia intesa come scienza ateoretica, a partire dalle caratteristiche generali del suo peculiare dominio di studio: l'ipseità. Nel solco della tradizione del sapere pratico il modo di conoscere che caratterizza la psicologia ateoretica che stiamo portando avanti è un conoscere come (*knowing how*) che si fonda su principi generali, ma i principi generali sono codeterminati continuamente dalla situazione concreta in cui l'individuo si trova (Arciero 1989). Di conseguenza anche il metodo che permette l'accesso all'esperienza altrui, metodo di una psicoterapia che su questa modalità di sapere si fonda, deve prender forma in modo consono alle differenti esperienze di vita che vuole indagare.

7.8 La «*subtilitas*» terapeutica: uomini diversi, metodi diversi

Come riformuliamo alla luce di questa visione la concettualizzazione dell'alleanza terapeutica? Se è nella piena attuazione dell'esperienza che ogni volta ognuno di noi trova la sua direzione di esistenza e contemporaneamente un accesso a sé, come ogni altra esperienza anche la sofferenza si presenta al paziente nelle situazioni singolari della sua vita. Il terapeuta dovrà dunque guardare a quelle circostanze concrete per afferrarne il significato a partire dalla prospettiva del paziente aggiustando il suo sapere secondo il senso che quei vissuti effettivi esigono. È l'esperienza dell'esperienza altrui, come abbiamo già avuto modo di indicare, che evidentemente non è ridicibile né comprensibile in termini di empatia.

Per il terapeuta guidato da un sapere pratico l'esercizio della sua scienza consiste nell'essere in grado di attualizzare quel sapere nella situazione concreta; una forma di sapere (*techne*) ben diversa da quella che guida la produzione degli oggetti (*poiesis*) secondo cui il prodotto – sempre identico a se stesso – è tutto già perfettamente determinato a priori. Questo è uno dei punti essenziali per cui la psicoterapia si situa nel dominio dell'ermeneutica, come intuì Frank. Infatti l'attualizzazione del sapere del terapeuta in accordo all'esperienza del paziente corrisponde a quella *subtilitas applicandi* che insieme alla comprensione (*subtilitas intelligendi*) e alla interpretazione (*subtilitas explicandi*) costituisce il terzo momento dell'atto interpretativo inteso come unità: comprendere e interpretare significa ogni volta applicare. Ma l'aspetto più interessante che, come vedremo, potrebbe rendere conto del fatto che la persona

del terapeuta è un fattore critico per il successo della terapia, ha a che fare con ciò che il termine *subtilitas* indica.

A proposito di questa terminologia e della tradizione ermeneutica antica da cui essa deriva, Gadamer (1960) commenta: «Questi tre momenti erano costitutivi di ogni atto di comprensione. È caratteristico che tutti e tre siano chiamati *subtilitas*, il che significa che non sono tanto intesi come metodi dei quali si dispone, ma piuttosto come una facoltà che esige una particolare finezza di spirito [*das besondere Feinheit des Geistes*]» (p. 358).

Il punto fondamentale è che il terapeuta che sviluppa questa «finezza di spirito» non sta di fronte all'esperienza e alla storia del paziente in una prospettiva in terza persona, ma è coinvolto in prima persona e con diversa profondità di partecipazione mantenendosi fedele al significato del paziente nel riguadagnare metodicamente l'esperienza vissuta altrui. La particolare sensibilità a cui il termine *subtilitas* si riferisce consiste nel saper-ascoltare e nel saper-vedere ciò che è significativo (*dejudicatio*) nella situazione determinata e attenersi a esso. Allora è proprio questa differenza di acutezza che potrebbe dar conto sia del fatto che alcuni terapeuti sono più efficaci di altri, indipendentemente dal tipo di trattamento (Lutz et al. 2007; Wampold e Brown 2005) sia dei dati secondo cui il terapeuta è il fattore predittivo più robusto dell'esito della terapia di qualsiasi altro fattore mai studiato (Wampold 2005).

Una serie di evidenze indicano che gran parte della variabilità dei risultati nella terapia è dovuto al terapeuta (Kim et al. 2006; Okiishi et al. 2003; Wampold e Brown 2005), ma anche che le caratteristiche o le azioni dei terapeuti più efficaci non sono realmente conosciute (Beutler et al. 2004). Una tale variabilità è attribuita a un miglior uso da parte di alcuni terapeuti dei fattori comuni (Hubble et al. 2010) o alla capacità dei più capaci di formare migliori alleanze terapeutiche (Baldwin et al. 2007); d'altro canto i pazienti che ritenevano che la terapia avesse avuto successo attribuivano l'esito positivo alle caratteristiche personali del loro terapeuta (Strupp et. 1969; Luborsky et al. 1985). In una vasta rassegna di più di duemila casi, Orlinsky et al. (1994) identificarono tra le variabili del terapeuta che costantemente avevano avuto un impatto positivo sul risultato del trattamento la capacità di concentrarsi sui problemi del paziente, per dirigere l'attenzione del paziente sulla propria esperienza affettiva insieme con la capacità di coinvolgersi con il paziente.

Dalla nostra prospettiva la diversità di *subtilitas*, ponendo nel cuore del metodo la capacità del terapeuta di cogliere nella situazione effettiva quegli aspetti che permettono la realizzazione piena dell'esercizio della cura, potrebbe essere la chiave di volta per una comprensione unitaria di questi dati. Una tale diversità va comunque letta congiuntamente a un'altra indicazione forte – che proviene da diversi studi su ciò che i clienti dicono della terapia – che mostra in modo consistente che i pazienti sottolineano come il sentirsi compresi corrisponda a uno degli aspetti più significativi e utili della psicote-

rapia (Bohart e Tallman 2010, capitolo 4). Evidentemente ciò rende anche conto del perché i pazienti attribuiscono l'efficacia del loro trattamento principalmente al rapporto con i loro terapeuti (Elliott e James 1989). L'elemento più importante che emerge dai resoconti dei pazienti punta chiaramente a un tema da sempre conosciuto nel campo della psicoterapia e a cui invano si è cercato di dare una risposta: il trattamento deve essere su misura per la singolarità del paziente. Tema antico che ancora risuona nel titolo dello *special issue* del «Journal of Clinical Psychology» del febbraio 2011: *Adapting Psychotherapy to the Individual Patient*. Norcross e Wampold che introducono questo numero speciale, facendo eco al già citato articolo di Lazarus ripetono lo stesso mantra: «metodi diversi per uomini diversi» (*different strokes for different folks*).¹⁶ Tuttavia, mentre nel 1993 questa massima fornisce a Lazarus l'occasione per lo sviluppo di una critica sistematica delle diverse correnti di psicoterapia, nell'articolo di circa vent'anni dopo – sicuramente gli anni più rivoluzionari nella storia della psicoterapia moderna – la sua ripetizione diventa piuttosto la constatazione di un dato di fatto con cui è necessario confrontarsi. Così Norcross e Wampold, che pure enfatizzano l'impellente necessità di una risposta al problema, di fronte all'ampiezza del tema che sollevano, proprio come Lazarus, non ne affrontano le conseguenze in maniera sufficientemente radicale.

Questa stessa impressione si ricava anche da uno sguardo più ampio su un *corpus* di ricerche da cui emerge, come indicazione forte, la necessità di rispondere alle richieste e alle esigenze dei clienti; essa si traduce nell'imperativo etico e pratico a privilegiare l'esperienza del cliente, come suggerito da Norcross, ma ancora una volta non è indicato alcun metodo! Scrivono Hubble e colleghi (2010): «Regolare la terapia sul cliente – un impegno serio a “prendere le mosse a partire da dove il cliente già si trova” – è di importanza cruciale. In termini pratici, senza preconcetti, questo significa l'organizzazione di servizi clinici su misura per i clienti: chi sono, cosa vogliono, e ciò che costituisce e influenza le circostanze della loro vita. Significa anche che le valutazioni della qualità e il risultato deve venire dal cliente che è il beneficiario finale del servizio» (p. 36).

La domanda che quindi si impone è: quale metodo adottare per accedere all'esperienza viva del paziente, a quel «dove» in cui il cliente già si trova? Di fronte a questo ostacolo si cerca di risolvere il problema invocando i fattori comuni e ponendo l'enfasi su come il terapeuta fornisce il suo trattamento: terapeuti migliori utilizzano i fattori comuni per ottenere migliori risultati.

Tra i fattori comuni acquista una rilevanza speciale la spiegazione – cioè le differenti spiegazioni che le diverse forme di psicoterapia forniscono sulla base

¹⁶ «Idealmente, i terapeuti dovrebbero selezionare per ciascun paziente la terapia che si accorda, o può essere portata ad accordarsi, con le caratteristiche personali del paziente e la visione del problema» (Frank e Frank 1991 p. xv).

delle teorie che le sostengono. Vari studi ne attestano l'importanza. I dati indicano infatti che la mancanza di una struttura teoretica che orienta il focus nel trattamento è un buon indicatore di esito negativo (Lambert e Bergin 1994; Mohr 1995). Il livello di spiegazione che il terapeuta fornisce dell'esperienza del paziente deve cioè essere avvertito dal paziente come coerente e organizzato nel tempo secondo una architettura concettuale che il terapeuta maneggia. Non solo, ma anche la profondità di convinzione con cui il terapeuta assicura il trattamento è considerato un fattore comune che attraversa le varie terapie. «La fedeltà a un approccio – scrive Wampold (2001) – si riferisce al grado in cui il terapeuta che fornisce il trattamento ritiene che la terapia sia efficace» (Dush et al. 1983; Hoag e Burlingame 1997; Luborsky et al. 1999, 2002; Paley e Shapiro 2002; Robinson et al. 1990; Shapiro e Shapiro 1982; Smith et al. 1980).

In altri termini la forza di convinzione che pur è colta come un fattore comune – e sicuramente come un elemento retorico – è attribuita al rapporto più o meno coerente che il terapeuta ha con una teoria a cui aderisce e secondo la quale risignifica l'esperienza del paziente. In questo senso non ha alcuna importanza che tipo di terapia e di teoria guidi la pratica terapeutica, poiché tutti i trattamenti forniti da un terapeuta competente a un cliente motivato a impegnarsi nel processo, sono ugualmente efficaci. La relazione collaborativa fra paziente e terapeuta, la discussione tra di loro, e la struttura del trattamento che viene offerto, acquistano così una rilevanza trasversale a ogni forma di psicoterapia. Perciò si giunge alla conclusione che ciò che veramente conta è «che un trattamento, condotto da un dato terapeuta con un particolare cliente in un momento e in un luogo specifico, ha prodotto risultati positivi» (Norcross e Lambert 2005 a, b).

Ma se si accede alla vita del paziente secondo non importa quale teoria del terapeuta, cosa ne è di quell'imperativo etico e pratico che indicava nell'esperienza viva il punto di partenza della terapia? Il terapeuta che coglie i vissuti del paziente e li comprende secondo principi coerenti con il suo sistema teorico di riferimento, non tradisce proprio quell'ingiunzione che rammenta con forza di ascoltare le esperienze del cliente?

«Prendere le mosse a partire da dove il cliente già si trova» infatti vuol dire afferrare il significato della sua esperienza a partire da come egli la vive, e non spiegargliela in modo più o meno persuasivo, come la intende il terapeuta per poi fare di quella spiegazione il punto d'incontro secondo cui stabilire i mezzi e i fini di una psicoterapia; il senso dell'esperienza non corrisponde alla sua spiegazione! D'altro canto, alla mancanza di un metodo non si può sopperire con un uso della retorica che miri alla persuasione a partire da principi a priori che determinano le spiegazioni possibili dell'esperienza del paziente: una pratica simile all'atteggiamento di un sofista. Un terapeuta del genere è ben lontano da quella visione aristotelica del retore inteso come colui che, co-

gliendole con chiarezza, mette in movimento le possibilità di persuasione di chi ha di fronte.

L'aspetto fondamentale che sembra sfuggire a questi pionieri che hanno avuto il grande merito di porre in risalto i fattori relazionali comuni, mettendo contemporaneamente in questione l'efficacia dei modelli e inaugurando perciò una nuova era, è che nessuna psicoterapia fondata su una psicologia scientifico-naturale potrà mai afferrare la singolarità dell'esperienza del paziente, né avviare la sua analisi a partire da dove il cliente già si trova. Infatti è nella struttura stessa del sapere teoretico determinare ciò che è singolare alla luce di principi generali, con la inevitabile conseguenza di cancellare il significato personale dell'esperienza.

A questa mancanza di chiarezza di fondo non sfugge il tentativo di considerare la terapia come un fenomeno contestuale, ossia come un metamodello (Frank e Frank 1991; Wampold 2001a, b) che pone l'accento non solo sui fattori comuni come fondamento dell'equivalenza di efficacia fra diversi orientamenti psicoterapeutici, ma anche sugli aspetti contestuali della loro attualizzazione. Sono considerati come fenomeni critico-contestuali il contesto di guarigione e il significato attribuito a esso dai partecipanti (terapeuta e cliente). Così riassume Wampold (2001a): «Secondo Frank e Frank, ad esempio, il fornire nuove esperienze di apprendimento non sarà terapeutico, a meno che il cliente non percepisca che la terapia prende forma in un contesto di guarigione in cui lui così come il suo terapeuta credono nel razionale della terapia; il terapeuta offre azioni terapeutiche coerenti con quella logica; il cliente è sollecitato e si aspetta di migliorare; e viene sviluppata una relazione terapeutica» (p. 26).

Secondo questo modello, tutte le forme di psicoterapia condividono: 1) una relazione di fiducia, emotivamente intensa con una persona empatica che aiuta; 2) un ambiente di cura in cui la relazione concretamente si attualizza; 3) un quadro concettuale (mito) a partire dal quale spiegare i disturbi del paziente e prescriverne i rimedi (rituali); 4) i mezzi per l'effettuazione del trattamento che vedono la collaborazione di paziente e terapeuta. E dunque, sebbene i fenomeni contestuali di guarigione assumano un aspetto centrale, la interconnessione degli elementi che vi partecipano si sviluppa attorno alla spiegazione, fattore comune che per tutte le forme di psicoterapia è guidato dalla relativa cornice teorica. In altri termini, ciò che è contestualizzato è il modo in cui la teoria o le teorie sono usate per rendere conto dell'esperienza in esame. «Questa posizione implica – sottolinea Wampold – che idealmente i terapeuti dovrebbero scegliere per ogni paziente la terapia che si attaglia a loro, o che può essere portata ad accordarsi con le caratteristiche personali del paziente e la visione del problema. È evidentemente implicito che i terapeuti dovrebbero cercare di imparare tutti quegli approcci che trovano congeniali e convincenti» (*ibid.*, p. 25).

Sfugge così una caratteristica di questo modello assolutamente paradossale: mentre da un lato si invoca l'aspetto contestuale del processo di cura, dall'altro si indica al terapeuta come decontestualizzare l'esperienza in esame secondo la teoria o le teorie che egli è in grado di adattare a essa. Non si vede allora (forse confusi dall'effetto calmante che si produce come conseguenza di una qualsivoglia spiegazione) che in tal modo si tradisce proprio quell'imperativo etico e pratico secondo cui il terapeuta dovrebbe «prendere le mosse a partire da dove il cliente già si trova». Da qui il ruolo della retorica, intesa come sofistica, che assume il compito speciale di persuadere il paziente accordando la spiegazione terapeutica con i significati o la prospettiva personale; di conseguenza la forza generativa della crescita personale del paziente viene addomesticata secondo gli orientamenti terapeutici e gli obiettivi consensuali a essi relativi.¹⁷

7.9 *L'empatia e la compassione*

D'altro canto, promuovere una partecipazione attiva al processo di cura trattando il paziente con grande rispetto, e come alleato (Bohart 2013), implica un uso della retorica connessa alla capacità di sollecitare l'ascolto; questa sollecitudine è volta a restituire all'altro la motilità del vivere, la libertà delle proprie scelte, senza pretendere di prenderne il posto. Infatti la retorica in quanto tale non ha come compito il persuadere (*peisai*), «ma individuare in ogni caso i mezzi appropriati di persuasione» (*Ret.*, A 1, 1355b 10).

Un uso dunque che in psicoterapia si realizza attraverso la mobilitazione del potente potenziale di cambiamento peculiare a ogni persona, e a cui è permesso un accesso solamente a partire dall'esperienza viva del paziente. Pertanto se è vero che il terapeuta aiuta il paziente ad appropriarsi del proprio passato a partire dalla situazione presente e alla luce di un possibile futuro, a differenza di quanto afferma Frank (1987, p. 294) non è sufficiente che la «verità narrativa» che ne consegue sia persuasiva per il suo fascino retorico. È necessario che essa abbia un valore probatorio che consiste nella apertura effettiva dell'ipseità a nuovi movimenti di comprensione, e quindi al rinnovo dell'orientamento della vita effettiva riattualizzando le prospettive di senso che la storia custodisce.

Il discorso terapeutico che mira alla trasformazione del significato utilizza la retorica al fine di risvegliare nel paziente la voce silenziosa della coscienza che dice della situatività (*situatedness*) del suo proprio essere-nel-mondo, e riorientare così l'apertura a sé e di conseguenza l'interpretazione della propria

¹⁷ Per «sofistica» intendiamo l'arte del parlare e del persuadere utilizzando argomentazioni fittizie che corrispondono solo apparentemente alla cosa di cui si sta parlando.

esistenza. Retorica dunque strettamente legata all'ermeneutica: a partire dal linguaggio normale del dialogo terapeutico, essa espone alla comprensione (il sapere di cosa si tratta) l'essere emotivamente situato che l'interpretazione attualizza e conserva.

Se al centro del processo di cura mettiamo veramente la persona nella sua singolarità, confezionando su misura la relazione terapeutica senza la necessità di trasformare il terapeuta in un vero e proprio camaleonte, solo la fenomenologia, in quanto metodo fedelmente rivolto a come l'esperienza viva si mostra in sé, permette alla scienza della cura di accedere al chi dell'altro. Afferrare l'esperienza altrui nel suo attuarsi implica allora un modo di comportarsi – guidato dall'indicazione formale – che rimane aderente alle situazioni della vita dell'altro e ne ripercorre le tracce per riappropriarsi dell'esperienza pre-riflessiva e delle totalità di implicazioni in cui essa è incorporata. Un sapere, dunque, che immediatamente corrisponde a un atteggiamento pratico, a un comportamento effettivo, e a un coinvolgimento che prende forma in accordo al dipanarsi delle circostanze, delle scoperte e degli sviluppi della vita del paziente, secondo le possibilità e gli strumenti di interpretazione che una tale scienza ogni volta assicura.¹⁸ Per riappropriarsi di sé è dunque anzitutto necessario prendersi cura di sé!

Giungiamo così a uno dei punti più delicati della relazione con la sofferenza altrui, che tutte le forme di psicoterapia basate teoricamente e quindi guidate dalle esigenze metodologiche improntate al mito dell'interiorità, hanno ricondotto all'empatia. Quegli stessi assunti di fondo sostengono anche il vigoroso interesse scientifico attuale per l'empatia e per una serie di fenomeni a essa contigui – contagio emotivo, condivisione emotiva, mimetismo motorio, proiezione immaginativa, presa di prospettiva – nel dominio delle neuroscienze e della cognizione sociale.

In un tale contesto epistemologico l'empatia svolge un ruolo simile a quello che la percezione ha nell'ambito della costruzione teoretica. Se infatti l'origine della oggettivazione è riconducibile al fatto che la realtà è data in ciò che è percepito, allo stesso modo comprendere l'altro significa accedere alla sua vita mentale attraverso l'afferramento empatico di fenomeni espressivi; e come da quella prospettiva risulta impossibile vedere che ogni dato sensibile proviene a noi a partire da una totalità che appare come orizzonte, ma la cui presenza è diversa da quella delle semplici cose che si danno alla percezione, così chi crede di accedere alla vita altrui attraverso l'empatia non vede che per farlo deve già riconoscere dei modi di essere nell'ambito di una preliminare mutua comprensione (Mazzola et al. 2010): cioè, di una coesistenza in un mondo

¹⁸ «Uno dei tratti caratteristici del fenomeno morale – scrive Gadamer (1960) – è che colui che agisce deve sapere e decidere in modo autonomo e non può lasciare a nessun altro tali prerogative» (p. 647).

comune intesa come esperienza condivisa, a partire dalla quale l'empatia è solo uno dei modi possibili di avvertirsi nell'attualità della relazione con l'altro, ma certamente non un modo in cui un soggetto chiuso nella sua sfera autonoma (il terapeuta) incontra e comprende un altro soggetto altrettanto isolato nella sua interiorità (il paziente). Ciò significa che per riconoscere la sofferenza altrui non c'è bisogno di essere empatici, mentre la condizione per esserlo implica che la sofferenza altrui sia già compresa.

Purtroppo, tra i terapeuti, da Freud (1905) a Rogers (1957) fino agli sviluppi attuali (Elliot et al. 2011), la tendenza prevalente è considerare l'empatia come una categoria di ordine superiore sotto la quale possono essere sussunte le differenti modalità secondo cui un individuo può comprendere l'esperienza altrui mettendosi nei panni dell'altro. Tutte le forme di psicoterapia partono perciò dal presupposto che è possibile afferrare lo stato mentale di un'altra persona direttamente (o indirettamente) nei fenomeni espressivi disponibili e con diversa enfasi utilizzano tale assunto nel corso della terapia per penetrare nel mondo del paziente.

Ma se la comprensione terapeutica dell'altro corrisponde a una ricerca che deve attenersi alla vita singolare riattuandone le traiettorie di senso, incontrare l'esperienza altrui rispettandone l'intenzione originaria implica un modo di comportarsi che si completa solo nella coattuazione, insieme al paziente, dell'esperienza originaria. È evidente che secondo questa prospettiva la valenza dei fenomeni espressivi è ben diversa dal ruolo primario attribuito a essi da coloro che credono che per comprendere il dolore o la gioia dell'altro il terapeuta generi la stessa esperienza che percepisce.

La condivisione della esperienza viva del paziente non prende cioè forma automaticamente attraverso una sorta di fusione con l'emozione del terapeuta; d'altro canto essa non può essere esercitata strumentalmente come un atteggiamento camaleontico del terapeuta volto a mettere il paziente a proprio agio per dargli il senso di essere compreso o accolto, né tantomeno come un mezzo attraverso cui risignificare le espressioni del paziente riducendo l'esperienza dell'altro alla propria, nella pretesa così di conoscere il paziente meglio di quanto quest'ultimo sappia di sé. Il *Mosè* di Freud (1913) è un esempio indiretto di questo atteggiamento.

Come afferma Scheler (1970), «nella genuina e pura commiserazione e nel rallegrarsi [*Mitleiden und Mitfreuen*] non c'è un proprio stato di sofferenza e di gioia personale» (p. 45), ma una tale condivisione è sempre orientata e guidata dalla sofferenza o gioia uniche dell'altro. In altri termini, condividere le emozioni dell'altro significa partecipare al suo modo di sentire in quanto altro, secondo la sua peculiare individualità, senza perdere di vista se stesso. Accompagnare il vissuto altrui è una attitudine metodologica fondamentale che è parte costitutiva del metodo della indicazione formale.

Se intendiamo il curare (*therapeuein*) come quel ricercare che serve la storia e alla storia, orientati e guidati dalle possibilità di senso del paziente, allora la compassione, così come la benevolenza, la sollecitudine, la tolleranza e tutte le altre forme di partecipazione rispettosa all'unicità dell'esperienza altrui,¹⁹ nell'ambito terapeutico sono rigorosamente metodiche, poiché emergono da un accompagnare l'altro sulle tracce di sé; esse costituiscono quel contesto relazionale polarizzato sull'esistenza unicamente singolare dell'altro che permette al terapeuta di coattuare insieme al paziente il vissuto così come gli è originariamente presentato. Ancora con le parole di Scheler: «Il genuino co-sentire si rivela nel fatto che esso include la natura e l'esistenza dell'altro e la sua individualità nell'oggetto della compassione e del rallegrarsi ... C'è forse una compassione più profonda di quella per cui uno deve soffrire così come soffre poiché è "un uomo siffatto?"» (*ibid.*, p. 39).

Pertanto una tale sensibilità a tutto tondo va coltivata e praticata come un elemento cardine del metodo, che in tal senso mostra un rilievo etico che si manifesta appunto attraverso quella *subtilitas applicandi* di cui il terapeuta è capace. Di questa sensibilità fanno anche parte «le decisioni rispetto alle differenti posizioni nella relazione, inclusi quando e come essere direttivi, di sostegno, riflessivi, freddi, caldi, tiepidi, formali o informali» (Lazarus 1993, p. 404); potremmo dire quelle decisioni dell'amico benevolente appassionato della cura.

Ed è solamente nell'ambito di un contesto metodico che effettivamente prende le mosse ed è ogni volta orientato «a partire da dove il cliente già si trova», che le riflessioni che seguono del tardo Rogers sul processo definito impropriamente empatico, possono essere riappropriate nell'ambito di in una nuova prospettiva; esse acquistano così un senso chiaro e rigoroso invece che essere lasciate in balia di «autentici camaleonti». Nonostante la sua lunghezza, la citazione di Rogers (1975) che segue merita di essere messa in evidenza:

Il modo di essere con un'altra persona che viene definito empatico ha diverse sfaccettature. Significa entrare nel mondo privato percettivo dell'altro ed essere del tutto a proprio agio in esso. Ciò implica essere sensibili, momento per momento, ai mutevoli significati esperiti che fluiscono in quest'altra persona, alla paura, o alla rabbia, alla tenerezza o alla confusione o a qualsiasi altra cosa la persona sta vivendo. Significa temporaneamente vivere nella sua vita, muoversi in essa con delicatezza, senza esprimere giudizi, cogliendo quei significati di cui l'altro è scarsamente consapevole, ma senza cercare di scoprire i sentimenti di cui la persona è totalmente inconsapevole, dal momento che questo sarebbe troppo pericoloso. Ciò comprende comunicare le nostre sensazioni del suo mondo, guardando con occhi nuovi e senza paura a elementi da cui l'individuo è spaventato. Significa controllare frequentemente con l'altro la precisione delle nostre sensazioni, lasciandosi guidare dalle risposte che si ricevono. Noi siamo dei compagni fiduciosi nella persona e nel suo mondo interiore. Dando risalto ai pos-

¹⁹ Come indica Ricœur (1954), solo il rispetto giustifica la simpatia.

sibili significati nel fluire della esperienza della persona, la si aiuta a concentrarsi su questo tipo di utile referenza per sperimentare i significati più pienamente, e per progredire nell'esperienza. Essere con un altro in questo modo implica che momentaneamente si mettano da parte le opinioni e i valori personali per entrare in un altro mondo, senza pregiudizi. In un certo senso significa che si metta da parte il proprio sé e questo può essere fatto solo da chi è sicuro abbastanza di sé, che sa di non perdersi in quello che potrebbe rivelarsi lo strano o bizzarro mondo dell'altro, e può comodamente tornare al suo mondo, quando vuole.

Entrare nel mondo privato del paziente, essere sensibili, momento per momento, ai suoi mutevoli significati vissuti, abitare la sua vita senza esprimere giudizi, comunicare le nostre sensazioni del suo mondo, controllare con l'altro la precisione delle nostre percezioni delle sue esperienze, lasciandoci guidare dalle risposte che riceviamo, mettere da parte visioni e valori personali, ebbene tutti questi precetti che rivelano la straordinaria sensibilità di Rogers come terapeuta restano tali se non sono parte integrante di un metodo che, mentre pone al centro della cura l'esistenza effettiva (e quindi storica) della persona e il rispetto per la sua individualità unica, fa della finezza di spirito del curante il cuore del processo terapeutico e della psicoterapia intesa come scienza pratica.

In tal senso, anche l'accordo sullo scopo di una terapia e il consenso sui compiti terapeutici non possono essere stabiliti in anticipo, poiché non è dato conoscerli a priori; piuttosto essi vanno rfigurati lungo il dispiegarsi del processo terapeutico, anch'esso singolare, ricavando di volta in volta dalla loro attuazione la tabella di marcia del trattamento, mentre dalla traiettoria della cura sarà possibile formulare fini e mezzi. Una scienza che parte dalla situazione concreta per capire ciò che si esige da essa e che quindi richiede da colui che la pratica di attuarla ogni volta in modo autonomo. A differenza delle scienze teoretiche, il metodo è perciò definito dall'«oggetto» di studio, dalla sua singolarità che può essere diversa da come è, e che coinvolge direttamente colui che entra con esso in relazione attualizzandosi ogni volta nei fatti. Perciò la *subtilitas applicandi* non è pensabile senza la compassione.

La psicologia e la psicoterapia fenomenologiche prospettano dunque un sapere e un modo di curare ben diversi da quelli della medicina, che basa le sue conoscenze su una ontologia che accede alla vita a partire da quella logica invariabile che la morte fissa negli organi e nelle loro connessioni reciproche, in relazione a come essa ne ha interrotto le funzioni (Bichat 1799); Hans Jonas (1966) la chiamerà «ontologia della morte». Questa ontologia che giunse a pensare l'organismo a partire dal tavolo anatomico, ponendolo a fondamento della fisiologia e poi della psicologia, dà conto del perché la storia dello sviluppo della psicoterapia sia strettamente intrecciata con la storia della medicina; è alla luce di questa ontologia che si spiega anche perché i cinque componenti (malessere, spiegazione, meccanismo di cambiamento, ingredienti

terapeutici e specificità), che Wampold mette in evidenza come gli elementi costitutivi di un modello comune fra le due discipline, ancor oggi resistano come modello medico sia in medicina sia in psicoterapia (Wampold 2001; Imel e Wampold 2008).

Ma se è a partire dalla motilità della vita che è ripensato il campo tematico della psicologia, non solo la psicoterapia esige un metodo che rimanga fedele a questa essenza, ma contemporaneamente e inevitabilmente si impone insieme a una nuova dimensione di ricerca l'apertura di un rinnovato confronto con le scienze della vita e in particolare con le neuroscienze. Un confronto che si colloca lungo il solco di quella tradizione che da Helmholtz giunge fino a Varela, tradizione che ha portato avanti un dialogo cercando di orientare la ricerca dei meccanismi esplicativi dell'esperienza attraverso un confronto con i resoconti in seconda persona della esperienza studiata. Lungo quella traiettoria, come abbiamo visto, si è consumato l'incontro fra le scienze cognitive e la fenomenologia trascendentale, che sebbene abbia spinto le scienze cognitive verso una prospettiva che è più coerente con la visione di Husserl e Merleau-Ponty sull'intenzionalità, l'intersoggettività, l'azione e l'essere incarnati (*embodiment*) (Gallagher 2012), lo ha fatto assumendo la posizione egologica come idea-guida dell'uomo. Un orientamento in cui ancora risuona quella visione di organismo secondo cui Johannes Müller riduceva ogni forma di esteriorità a impulsi nervosi interni.

Ma se, come scienza positiva, la psicologia non condivide più gli stessi presupposti della fisiologia – quelli che facevano dire a Müller *nemo psychologus nisi physiologus* –, quale impatto ha sulle scienze della vita dominate dall'ontologia del tavolo anatomico il fatto che l'incompletezza dell'esserci dell'uomo difficilmente possa essere coniugata con una visione che concepisce l'organismo come un sistema chiuso, che rimane lo stesso fino al compimento della sua fine? Quali nuove possibili relazioni può generare questo affrancamento ontologico e metodico della psicologia dalle scienze naturali?