

**Il sapere terapeutico nella vita quotidiana  
- Uno studio sulle rappresentazioni sociali  
del cambiamento in contesti professionali e informali -**

*Diego Romaioli\**

**Riassunto.** Una teoria sul cambiamento è una forma di sapere che consente di definire la natura di un problema e di stabilire delle procedure idonee alla sua risoluzione. Il presente contributo propone una ricerca qualitativa volta ad approfondire e comparare le rappresentazioni sociali sul cambiamento di quattro gruppi di psicoterapeuti (cognitivo-comportamentali, psicotomici, sistemico-relazionali e costruttivisti), qualora applicate al contesto clinico o a contesti informali di vita quotidiana. I risultati mostrano profonde variazioni nelle premesse conoscitive dei terapeuti nel confronto tra come lavorano in psicoterapia, come tentano di aiutare un conoscente in difficoltà e come cercano di risolvere un loro problema personale.

**Parole chiave:** Teorie sul cambiamento; Rappresentazioni sociali; Interviste episodiche; Analisi del contenuto

**Abstract.** A theory of change is a form of knowledge that defines the nature of a problem and suggests patterns for its resolution. The present contribution proposes a qualitative study with the aim to analyze and compare social representations of change in four groups of psychotherapists (cognitive-behavioural, psychodynamic, systemic-relational and constructivist) when applied to clinical context or in other informal contexts of everyday life. Results show differences in the therapists' system of knowledge in confrontation on how they work in therapy, how they help a friend in trouble and how they try to face a personal problem.

**Key words:** Theories of change; Social representations; Episodic interviews; Content analysis

### **1. Introduzione**

In un articolo di commento a una ricerca di Von Cranach (1992) volta a indagare i processi d'azione di clinici appartenenti a due scuole psicoterapeutiche, Wagner (1995) – uno psicologo sociale – sottolinea come quel lavoro fu la mancata occasione per approfondire il modo in cui la conoscenza terapeutica venga agita nel contesto della vita quotidiana. Il suo suggerimento era infatti di sondare la gestione di conoscenze specialistiche, non tanto nel contesto di applicazione clinica, quanto nell'ambito più indefinito della vita di tutti i giorni. La sua domanda è piuttosto semplice, ma sufficiente

---

\* *Psicologo, Psicoterapeuta, Research Fellow presso il Dipartimento FISPPA, Università degli Studi di Padova, docente della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Interattivo-Cognitiva.*

a destare curiosità, nella misura in cui la letteratura scientifica sembra aver trascurato completamente tale questione: in che modo gli psicologi agiscono come “terapeuti di se stessi”? Con quale grado di approssimazione essi sono capaci di applicare un sapere tecnico alla loro vita privata? Come agiscono di fronte a eventuali richieste di aiuto da parte di conoscenti, amici o parenti?

Concentrandosi sulla psicoterapia come scienza spesso assimilata a trattamenti di matrice medico-sanitaria (Slife, 2004), buona parte degli studi svolti in questo ambito si focalizza sulle procedure formali degli interventi, relegando la figura del terapeuta al ruolo di mero esecutore. Tuttavia, il sapere psicologico ha la peculiarità di non mantenere un ambito di applicazione specifico, essendo plastici quei confini entro cui poter stabilire la pertinenza e la plausibilità di dette conoscenze. Detto altrimenti, non è stato ancora chiarito come le conoscenze specialistiche sulla psicoterapia possano interagire con conoscenze più diffuse di psicologia di senso comune, lasciando lo psicoterapeuta in un “vuoto conoscitivo” rispetto ai modi con cui gestire l’ambiguità che ne deriva.

## **2. Obiettivi dello studio**

Il presente contributo intende esplorare se e come le teorie sul cambiamento di gruppi diversi di terapeuti subiscono variazioni qualora applicate al contesto della vita quotidiana. Nello specifico, verranno confrontate le narrazioni prodotte da alcuni terapeuti nei resoconti di casi clinici con altre riferite a episodi personali di vita quotidiana. Ai terapeuti, infatti, è stato chiesto di raccontare: 1) la gestione di un caso clinico; 2) un episodio centrato su un cambiamento vissuto attraverso la risoluzione di una difficoltà psicologica personale; 3) un resoconto virato sul cambiamento esperito da un conoscente che a loro si era rivolto. L’eterogeneità degli episodi evocati, come vedremo, consente di ricostruire dei sistemi di conoscenza differenti che, nei resoconti circoscrivibili al solo ruolo professionale, non sarebbero potuti emergere (Wagner & Hayes, 2004).

## **3. Riferimenti teorici**

La ricerca è organizzata interpolando la teoria delle rappresentazioni sociali (Farr & Moscovici, 1984) con la teoria dell’azione diretta a scopo (Von Cranach et al., 1992). Una rappresentazione sociale può essere definita come una struttura di pensiero con caratteristiche sociali, pragmatiche e situate. Queste non costituiscono degli elementi cognitivi del singolo, ma appartengono ad una dimensione simbolica generata dall’incontro intersoggettivo e, nello specifico, dalla comunicazione tra individui. In funzione di queste, la prassi clinica viene a configurarsi nei termini di un’attività strutturata in azioni finalizzate attraverso cognizioni parzialmente coscienti e di origine sociale. La ricerca muove cioè dal presupposto che l’agire terapeutico sia regolato dall’attività intenzionale dei clinici e venga orientato, in modo più o meno consapevole, attraverso uno schema mezzi-fini (Von Cranach & Harré, 1982). Strategie e obiettivi del terapeuta vengono selezionati a partire dal sistema simbolico che viene mutuato dal gruppo di riferimento, quindi in funzione della matrice di significati attraverso la quale viene solitamente configurata la realtà problematica e vengono prodotte anticipazioni per un suo cambiamento.

Le rappresentazioni sociali sono dei sistemi di credenze con due funzioni: la prima è quella di consentire agli individui di orientarsi nel mondo conferendo ad esso struttura ed ordine; la seconda è quella di rendere possibile, attraverso la condivisione implicita di una serie di premesse, la comunicazione tra i membri di una stessa comunità allo scopo di nominare, categorizzare e, più in generale, gestire lo scambio interattivo (Moscovici, 1984). Su questo ultimo punto è necessario sottolineare anche la relazione biunivoca che intercorre tra comunicazione e rappresentazione, nella misura in cui è possibile considerare quest'ultima come organizzata, di volta in volta, dalle narrazioni costruite e negoziate nell'incontro intersoggettivo. Enfatizzando l'aspetto sociale e narrativo delle rappresentazioni sociali (Laszlo, 2004, 1997; Wagner et al., 1999; Billig, 1996; Shotter, 1993; Harré, 1989), presupponiamo dunque un isomorfismo tra la struttura cognitiva dell'individuo e la comunicazione che agisce nella vita quotidiana, cioè tra la struttura di conoscenza che si organizza e i processi di interazione simbolica ai quali prende parte. Come sostiene Billig (1996, p. 205), "è piuttosto la struttura del modo in cui noi discutiamo a rivelare la struttura dei nostri pensieri".

Entro una simile cornice, lo schema di apprendimento delle conoscenze è postulato in termini completamente differenti rispetto alla psicologia tradizionale. La conoscenza, cioè, emerge sempre come sintesi attiva e creativa dei discorsi collettivi a cui l'individuo partecipa. Di conseguenza, la struttura di conoscenza che si sedimenta ha caratteristiche contestuali e mantiene la capacità di riorganizzarsi in funzione delle molteplici partecipazioni sociali dell'individuo. Essa, inoltre, non può costituirsi con la totale aderenza ad un sistema formale, ma si genera come sintesi personale continuamente rinegoziata nel contesto (conversazionale e simbolico) di applicazione. La razionalità che ne risulta non può quindi essere fondata sul principio di non contraddizione, bensì su quello di partecipazione (Galli, 2006; Levy-Bruhl, 1979). Si ammette cioè l'idea che il campo rappresentazionale non sia uniforme, ma sia costellato da fratture, sovrapposizioni, convivenze di sistemi paradigmatici spesso antitetici ma legittimi in corrispondenza alle differenti comunità interpretative a cui l'individuo si rivolge.

#### **4. Partecipanti**

I dati sono stati raccolti utilizzando dei protocolli di intervista condotte con un gruppo non probabilistico di quaranta psicoterapeuti svolte presso studi privati o enti pubblici. Sono stati presi in considerazione quattro modelli operativi (cognitivo-comportamentale, costruttivista, psicodinamico, sistemico-relazionale), costituendo quattro gruppi, ciascuno composto da otto donne e due uomini. I modelli sono stati selezionati sulla base della loro diffusione nel territorio di implementazione della ricerca (Veneto e Lombardia) e dall'appartenenza a tradizioni terapeutiche consolidate.

I terapeuti sono stati reclutati dapprima attraverso un annuncio di collaborazione pubblicato sul sito dell'Ordine degli Psicologi del Veneto e, in seguito, grazie a un passaparola tra colleghi interessati al tema della ricerca. I requisiti formali richiesti per divenire parte del campione comprendono:

- un numero minimo di anni di attività clinica svolta (prima impostato a tre e poi aumentato a cinque) al fine di studiare i sistemi di conoscenza sviluppati entro i contesti di svolgimento della pratica professionale;

- la dichiarazione di essere rappresentanti di un determinato modello di psicoterapia e non di seguire (almeno esplicitamente) un approccio eclettico o integrazionista.

I partecipanti sono stati suddivisi sulla base dell'orientamento della scuola di provenienza e di altre variabili ritenute importanti al fine di ricostruire le strutture di conoscenza implicate nella pianificazione dell'agire terapeutico. Tra queste le principali sono:

- l'età anagrafica (questa variava dai 31 ai 66 anni con una media di 42 anni di età);
- il tipo di formazione: "ortodossa" da un lato e "pluralista" dall'altro (dove, oltre alla scuola di specializzazione, il/la terapeuta ha intrapreso anche corsi di perfezionamento di diversa matrice teorica);
- eventuali percorsi di terapia personale: terapie seguite con terapeuti o supervisori dello stesso orientamento o di orientamento diverso da quello della scuola di appartenenza;
- il contesto di lavoro: esclusivamente privato da un lato o pubblico/privato dall'altro;
- la condivisione di spazi negoziali di discussione di casi clinici o la partecipazione ad equipe operative con colleghi psicologi-psicoterapeuti di orientamento diverso;
- l'esperienza maturata, conteggiata nei termini di anni di attività clinica svolta come professionista presso enti pubblici o studi privati (questa variava dai 3 ai 27 anni con una media di 12 anni di esperienza clinica).

Nell'esposizione dei risultati che seguiranno per ciascuno studio, verranno riportate tra parentesi quadra le variabili illustrative relative al rispondente a cui l'estratto di intervista si riferisce; tra queste ci si è limitati a segnalare le informazioni significative per le peculiarità del tema di volta in volta trattato.

## **5. Metodo**

Il disegno di ricerca è di tipo comparativo e si basa su una metodologia quali-quantitativa di analisi.

### **5.1 L'intervista episodica**

L'intervista episodica (Flick, 2006) parte dal presupposto che l'esperienza soggettiva sia ricordata in forme di conoscenza episodico-narrativa e di conoscenza semantica. I principali referenti teorici che costituiscono l'ossatura di questo metodo sono la psicologia narrativa e la teoria della memoria episodica e semantica proposta da Tulving (1972). Per memoria episodica intendiamo qui l'insieme dei resoconti che configurano conoscenze contestualizzate in termini spazio-temporali, cioè riferite all'esperienza vissuta in prima persona dal partecipante. La conoscenza semantica, invece, emerge come forma narrativa vincolata a considerazioni più astratte, generalizzate e decontestualizzate, che la persona sfrutta come repertori al fine di:

- giustificare una linea d'azione intrapresa o una posizione sostenuta;
- stabilire delle interrelazioni tra differenti piani dell'esperienza, ad esempio tra due episodi narrati;

- organizzare procedure d'azione abitualizzate sulla base del riconoscimento di similarità tra la situazione in corso e forme di rappresentazione prototipica.

Attraverso l'uso dell'intervista episodica si sono create le condizioni per indurre i partecipanti a raccontare brevi frammenti di narrazione centrati sui temi sollecitati dalle domande specifiche di ricerca. Il principio base è quello di combinare inviti a raccontare episodi "concreti" di esperienze vissute, con inviti a rispondere a domande di carattere più generale. A questo proposito, il protocollo prevedeva domande volte ad evocare resoconti personali e domande volte invece a ricostruire la conoscenza dichiarativa che il partecipante può esprimere rispetto all'argomento di interesse. Nell'evocare situazioni concrete nelle quali l'intervistato ha avuto una certa esperienza si desidera mettere in luce il contesto personale di vita quotidiana entro cui l'individuo genera, negozia e conferma i suoi significati. Ciascuna domanda, inoltre, doveva essere sufficientemente aperta da consentire al partecipante di selezionare gli episodi da raccontare e il tipo di presentazione che predilige. Per quanto strutturati siano i quesiti (nei termini di sollecitare una focalizzazione sui temi rilevanti per la ricerca), questi sono stati costruiti attraverso formule generali tali da consentire agli intervistati libertà sufficiente per selezionare e raccontare gli episodi che loro stessi consideravano più pertinenti.

Da un punto di vista meta-teorico, la possibilità di scindere queste due forme di conoscenza costituisce, più che la convalida di compartimenti separati di un'ipotetica memoria (costruita attraverso la metafora del contenitore), la possibilità di riconoscere resoconti che oscillano da un piano astratto-argomentativo ad uno episodico-narrativo. Questa distinzione rende saliente il modo in cui i sistemi di credenze degli individui possono organizzarsi e ri-organizzarsi in funzione di un orientamento situazionale (Von Cranach, 1992) che consente l'emergere di particolari rappresentazioni, circoscrivendo le dimensioni di significato accessibili all'individuo in un dato contesto e in un preciso momento.

Nell'intervista vengono indagate le esperienze significative legate al cambiamento, sfruttando un repertorio di domande che pongono l'intervistato nella condizione di dover giustificare e avanzare ragioni rispetto ad uno scenario evocato, permettendogli quindi di collocarsi entro una rete di significati che conferisce sostanza all'oggetto indagato e articola – narrativamente – la rappresentazione che questo assume nell'esperienza di vita quotidiana e professionale. Viene quindi indagata la rilevanza del fenomeno all'interno dei diversi contesti, indagando la presenza di eventuali variazioni qualora la "teoria sul cambiamento" venga applicata:

- a sé stessi;
- a un conoscente;
- a un cliente durante il corso della psicoterapia.

Di seguito vengono riportate le principali domande del protocollo di intervista:

- *Può raccontarmi un episodio in cui un suo conoscente si è rivolto a lei, non in qualità di psicoterapeuta, per cambiare una situazione problematica?*
  - *Di cosa si trattava?*
  - *Da cosa dipendeva la difficoltà?*
  - *Cosa ha tentato di fare il suo conoscente per risolverla?*
  - *Lei cosa ha fatto per aiutarlo in questo suo tentativo?*
- *Più in generale, come pensa che possa accadere il cambiamento nella vita quotidiana?*
- *Parlando della sua esperienza, può raccontarmi un esempio su come le è capitato di cambiare una difficoltà personale che avvertiva come problematica? Quando e come è stato terapeutica di se stesso?*
  - *Di cosa si trattava?*
  - *Da cosa dipendeva la difficoltà?*
  - *Cosa ha tentato di fare per risolverla?*
- *Mi può raccontare se e come un suo cliente cambia in psicoterapia e come lei organizza la sua azione terapeutica? Mi può descrivere un caso tipico nella sua esperienza che possa rendermi chiara questa evoluzione?*
  - *Di cosa si trattava?*
  - *Da cosa dipendeva la difficoltà?*
  - *Lei come ha organizzato l'azione terapeutica?*

La scelta di sondare differenti contesti di applicazione di una teoria sul cambiamento, come vedremo, ci consentirà di fare emergere delle disomogeneità semantiche con forti implicazioni per la costruzione del sapere psicoterapeutico. Per il momento, è sufficiente notare come la struttura dell'intervista muova dal presupposto che la conoscenza rilevata sia sempre organizzata entro matrici di significato valide contestualmente, proprio perché generate e convalidate nell'interazione tra persone. Oltre a questo, è importante ricordare che i significati emersi durante l'intervista appartengono sempre e necessariamente al contesto della ricerca: l'interazione tra partecipanti e ricercatore è cioè fondante il processo di ricostruzione dei significati, rendendo di fatto accessibili quelle dimensioni che meglio corrispondono agli interessi di entrambe le parti. Se è vero che ogni resoconto d'azione ha sempre l'intenzione comunicativa come contesto di significato, allora rendere comuni gli obiettivi della ricerca costituisce una pre-condizione capace di orientare le reciproche intenzionalità (di intervistato e intervistatore) verso un mutuo interesse, il tutto entro un clima di collaborazione.

## **5.2 Criteri di analisi**

I testi prodotti in relazione alle tre situazioni evocate (aiuto-conoscente, auto-terapia, caso-clinico) sono stati sottoposti ad un'analisi lessicale attraverso l'uso del software Spad. In particolare, si è provveduto ad isolare dei vocabolari specifici in funzione del contesto di applicazione della teoria del cambiamento. Inoltre è stata condotta un'analisi del contenuto con il software Nud.Ist, codificando le significazioni principali riferite alla rappresentazione del problema e ai passi ritenuti necessari per giungere a una sua risoluzione.

## 6. Principali risultati

Di seguito vengono presentate le tabelle relative alle analisi con Spad che individuano l'uso di vocabolari specifici da parte del terapeuta in funzione dei tre episodi evocati durante l'intervista. Queste saranno integrate, ove pertinente, da tabelle di frequenza ottenute dall'analisi del contenuto con Nud.Ist, grazie alle quali è possibile registrare le co-occorrenze di più codici all'interno dei testi. Il commento ai risultati sarà inoltre arricchito da estratti rappresentativi individuati durante le analisi.

### 6.1 La costruzione del problema psicologico

La maggior parte degli episodi evocati dai terapeuti nel parlare di una situazione critica vissuta da qualche conoscente fa riferimento a richieste (d'aiuto) di amici o parenti.

In queste circostanze, il problema psicologico viene rappresentato preferibilmente in termini "relazionali" o attraverso l'uso di vocaboli generici come quello di "crisi", "nervoso", "stress" ecc. Interessante è anche il modo in cui, a fronte di situazioni simili dal punto di vista della problematica riscontrata, vengano in questo caso preferite definizioni meno specialistiche. Ad esempio, il costrutto di "fobia" spesso citato nelle narrazioni sui casi clinici viene qui tradotto con l'espressione più generale (ma anche più normalizzata) di "paura".

**Gruppo di resoconti: Altri**

Parole o segmenti caratteristici	Frequenza interna	Frequenza globale	Probabilità
problema-familiare	05	06	0,001
crisi	08	15	0,001
coniugale	03	03	0,004

Tabella 1. Analisi dei vocabolari specifici relativi alla definizione del problema psicologico nei resoconti di aiuto a amici/familiari

Altri	paure	situazione	relazionale	incompetenza	sofferenza
	04	03	39	02	02
	crisi	nervoso	genitorialità	scolastici	stress
07	03	09	06	01	

Tabella 2. Analisi del contenuto relativa alla definizione del problema psicologico nei resoconti di aiuto ad amici/familiari

Rispetto ai resoconti sui clienti (riportati nella tabella sotto), si può subito notare come nella vita quotidiana il lessico medico e psicopatologico venga abbandonato quasi definitivamente, favorendo una descrizione degli attori coinvolti nella situazione come soggetti attivi, intenzionali e relazionali.

**Gruppo di resoconti: Cliente**

Parole o segmenti caratteristici	Frequenza interna	Frequenza globale	Probabilità
attacchi-di-panico	52	55	0,000
sintomo	60	69	0,000
paziente	90	113	0,000
fobia	21	21	0,000
ansia	50	60	0,000
depressione	27	30	0,001

Tabella 3. Analisi dei vocabolari specifici relativi alla definizione del problema psicologico nei resoconti di terapia a un cliente

Questo dato può essere spiegato non solo appellandosi ad una “minore gravità” dei casi nominati (che in qualche misura non richiedevano un’attenzione specificatamente “clinica”), ma anche in ragione di un diverso atteggiamento conoscitivo che i terapeuti assumevano nella situazione esposta. Infatti, anche nei casi descritti come decisamente problematici, i terapeuti optano per una rappresentazione del problema identificandolo meno con la struttura interna degli individui. Questo viene piuttosto ancorato a valutazioni contingenti circa le relazioni in gioco e le situazioni quotidiane che questi si trovano a gestire. Di seguito viene riportato l’estratto di una terapeuta psicodinamica come esemplificazione.

*Lei avrebbe dovuto modificare il suo ruolo all'interno della famiglia... lei nella famiglia ha il ruolo di risolvere tutti i problemi, di mettere in sintonia i genitori rispetto alle loro divergenze, e quello che dovrebbe fare è capire che questo ruolo la stanca, non è un ruolo adeguato all'interno della famiglia, lei è figlia, e può prendersi cura di alcuni aspetti della stanchezza del padre o della madre, ma l'importante è che non entri nel merito della relazione coniugale... La mia amica non dovrebbe sentirsi sovraccaricata... quando in realtà la responsabilità del cambiamento della relazione coniugale sta al padre ed alla madre.*

[Int07, 19-23, F, 35 anni, psicodinamica]

Le narrazioni centrate su episodi personali meritano invece un discorso a parte, nella misura in cui il processo che porta a configurare la problematica da parte dei terapeuti assume caratteristiche del tutto peculiari in funzione dell’orientamento seguito. Come evidenziato dalla tabella sotto riportata, un’indicazione più generale sulle risposte dei partecipanti ci porta a decifrare la rappresentazione del problema nei termini di una “difficoltà” esperita nel “quotidiano”, molte volte circoscritta alla “situazione” o a dinamiche implicite al “rapporto” tra persone. Il disagio psicologico, quindi, non è imputabile alla singolarità dell’individuo ma emerge sempre come “vissuto” (cioè come esperienza) all’interno di un’“interazione”. L’analogia tra problematica e malattia viene qui definitivamente sovvertita in ragione di un costante tentativo di normalizzazione da

parte dei terapeuti e di un atteggiamento fatalista che accetta le “difficoltà” come parte imprescindibile della “vita” stessa.

**Gruppo di resoconti: Sé stesso**

Parole o segmenti caratteristici	Frequenza interna	Frequenza globale	Probabilità
vita	42	100	0,000
quotidiano	22	45	0,000
situazione	62	181	0,000
rapporto	07	08	0,000
difficoltà	31	77	0,000
vissuto	15	32	0,002
interazione	06	08	0,002
contraddizione	04	04	0,002

Tabella 4. Analisi dei vocabolari specifici relativi alla definizione del problema psicologico nei resoconti di cambiamento personale del terapeuta

Anche prendendo in considerazione i risultati dell’analisi tematica svolta con Nud.Ist emerge una costruzione pressoché comune ai quattro gruppi che definisce il disagio psicologico essenzialmente come un “problema relazionale”.

Gruppi	problema relazionale	paure	controllo	situazione problematica	manca senso/alternativa	rabbia
cognitivo	07	01	07	01	00	00
psicodinamico	05	00	04	00	00	11
sistemico	09	05	00	08	00	01
costruttivista	11	02	00	00	08	00
	<b>Incompetenza</b>	<b>eccesso riflessione</b>	<b>sofferenza-dolore</b>	<b>Impulsività</b>	<b>ansia</b>	
cognitivo	10	00	00	00	04	
psicodinamico	00	02	01	04	02	
sistemico	01	01	06	00	01	
costruttivista	00	00	02	02	00	

Tabella 5. Analisi del contenuto relativa alla definizione del problema psicologico nei resoconti di cambiamento personale del terapeuta

Per quanto riguarda invece le specificità dei singoli gruppi sembra plausibile ritenere che i terapeuti ritaglino per sé stessi delle configurazioni problematiche la cui matrice generativa può essere considerata come “l’eccezione alla teoria” che essi praticano. La rappresentazione del problema evocato, cioè, è spesso speculare rispetto ai criteri normativi in funzione dei quali intervengono, solitamente, nell’attività clinica e per questo consente di sperimentare frequentemente dei vissuti di “contraddizione”.

*Penso che gli altri pensano che sia di più di quanto in realtà è, c'è una parte positiva e una negativa in quello che sto dicendo, nel senso che lo psicoterapeuta dovrebbe essere bravissimo con se stesso e invece non è così.*

[Int27, 113, F, 44 anni, 9 attività clinica, cognitivista]

*Ecco delle letture di tipo psicologico riesco anche a farle, ma il tema è che in quel momento lì, se sei arrabbiato con tuo marito, non ce la fai tanto, magari a posteriori puoi vederle... poi se si riesca ad agire di conseguenza è tutta un'altra storia...*

[Int34, 24-25, F, 48 anni, 20 attività clinica, sistemica]

Sia detto per inciso, la teoria che provoca il sintomo è la stessa che suggerisce la cura. Così, ad esempio, i terapeuti cognitivo-comportamentali che costruiscono il processo di cambiamento come una forma di apprendimento costante di abilità, tendono a parlare dei loro problemi nei termini di "incompetenze" o dell'impossibilità di esercitare un controllo razionale sulla situazione. Inoltre, mentre il modello cognitivo lavora principalmente sui pensieri disfunzionali tentando di incrementare le strutture razionali dei clienti, la quasi totalità dei terapeuti cognitivisti ammette, nel definire le proprie difficoltà personali, che tutto sommato "sapere non basta". Come raccontano alcuni psicoterapeuti:

*Questo te lo dico perché in realtà nel momento in cui ho vissuto situazioni problematiche per me, pur avendo un bagaglio culturale, didattico, conoscenze, mi trovavo in impasse, perché l'aspetto emotivo comunque ti blocca. Per esempio, in termini lavorativi, mi sono trovata in situazioni di voler cambiare la mia situazione e non sapere come fare. Cioè sapevo come fare dal punto di vista formale e teorico, eppure non riuscivo a farlo dal punto di vista pratico. Ed è stata veramente difficile questa situazione.*

[Int10, 19-21, F, 33 anni, 7 attività clinica, cognitivista]

*Ho avuto una settimana bestiale e ho capito molto di più i miei pazienti perché a volte gli chiediamo di fare delle cose che per noi sono scontate, ma non possiamo cogliere fino in fondo quanto è difficile quello che chiediamo a loro di fare. E questo è stato anche importante a livello terapeutico nel senso che sono molto più sensibile, dopo questa esperienza, a capire quando un paziente fa fatica a fare certe cose... Capisci magari il meccanismo, però l'applicazione è un altro discorso.*

[Int27, 22-23, F, 44 anni, 9 attività clinica, cognitivista]

*Io mi rendo conto di una cosa, rispetto al cambiamento clinico: mi è molto difficile mettere in pratica quello che dico ai miei pazienti. Quello che invece attribuisco alla mia attività clinica è l'osservare che vorrei utilizzare gli strumenti anche nella mia vita personale ma mi è molto difficile applicarli, questo mi permette sicuramente di capire le difficoltà delle persone che mi*

*stanno davanti. Trovo difficile applicarli perché il comportamento istintuale è molto più semplice da mettere in pratica. Questa è una delle altre difficoltà... cioè i comportamenti abituali vengono messi in pratica in maniera automatica...*

[Int29, 181/185-187, F, 35 anni, 6 attività clinica, cognitivista]

Allo stesso modo, i terapeuti di orientamento psicodinamico configurano le difficoltà personali nei termini di un'impossibilità a controllare i moti passionali e gli affetti più in generale (connotandoli come sentimenti di "rabbia", "impulsività", ecc.), a fronte di strategie di cambiamento spesso centrate sul contenimento emotivo. Anche qui viene riconosciuto uno iato tra teoria e pratica, soprattutto nei resoconti dove vengono segnalate le difficoltà a gestire le emozioni (ansia o angoscia) al di fuori del setting clinico. Queste possono essere configurate come difficoltà a distinguere tra pensieri ed emozioni, oppure dovute al non saper "vivere di pancia" gli avvenimenti della vita. Anche i terapeuti di altro orientamento ma di formazione eclettica o con una terapia personale di tipo analitico, presentano questo genere di narrazione.

*Poi questi aspetti ce li hai anche nella vita privata, nella vita privata mettere in atto... lo ho una figlia... per cui so tante cose a livello teorico, ma a metterle in pratica col cavolo che ci riesci a volte, no?! La gestione della rabbia, tante volte, "oh sarebbe meglio che in queste situazioni facessi così", poi quando sei lì fai altro. Poi ci ragioni e dici che "sarebbe stato meglio", ma ci sono delle situazioni nella vita e soprattutto nella relazione con gli altri, ma anche nel rapporto di coppia insomma che, secondo me, è anche abbastanza mostruoso metterle in atto perché nella relazione quotidiana sono io, non sono la terapeuta. Poi nella terapia hai un contenitore diverso, però là sei tu umanamente con i tuoi limiti, con i tuoi difetti, certamente con le tue risorse e ti metti completamente alla prova, soprattutto, come per me adesso, quando hai un figlio.*

[Int25, 53-59, F, 44 anni, 16 attività clinica, psicodinamica]

*Perché interviene la maturità emotiva nostra che ci permette o meno di attuare quello che magari a livello razionale riusciamo a capire. O comunque abbiamo una modalità di affrontare la vita, insomma con tutte le nostre difese, con tutte le nostre dinamiche intrapsichiche che poi riproduciamo anche per esempio in terapia piuttosto che nel lavoro clinico, ecco lì però siamo un pochino più tecnici per cui questo ci aiuta a gestirle, nella vita quotidiana non puoi.*

[Int34, 27-29, F, 48 anni, 20 attività clinica, sistemica eclettica]

Inoltre, come per il gruppo dei cognitivisti, vengono descritte situazioni in cui lo stesso rimedio proposto in terapia risulta insufficiente o, addirittura, una fonte stessa di problematicità. Ad esempio, la strategia dell'"introspezione" e della "riflessione" può essere vissuta, come nell'estratto riportato sotto, alla stregua di un problema da risolvere legato a un eccesso di indecisione e al continuo procrastinare.

*Mah... so che sono una dai tempi lunghi, insomma, poi quando prendo la decisione, anche perché sono decisioni che non riguardano solo me stessa ma che riguardano altre persone, ci penso molto... Ed è snervante!*

[Int25, 22, F, 44 anni, 16 attività clinica, psicodinamica]

A livello della rappresentazione del problema, il gruppo dei terapeuti costruttivisti identifica come processo di strutturazione la “mancanza di un’alternativa”. Obiettivo della psicoterapia dei costrutti personali, infatti, è quello di fornire al cliente un’alternativa di pensiero, ma nei resoconti personali l’idea stessa dell’avere o meno una scelta a disposizione viene letteralizzata, diventando parte delle giustificazioni che i terapeuti utilizzano per non agire il cambiamento che vorrebbero. Allo stesso modo, l’enfasi posta sul tema del significato personale finisce col configurare, nei resoconti personali, il rischio continuo di una “perdita di senso” dell’esperienza.

*Comunque diventa difficile, anche se hai indubbiamente la capacità di cogliere degli aspetti che possono essere problematici, poi non è sempre così, poi non è sempre così immediato trovare un’alternativa, nel mio piccolo cerco di farlo quotidianamente... ma spesso non ci riesco.*

[Int38, 15, F, 41 anni, 10 attività clinica, costruttivista]

*Un esempio banalissimo: nei momenti in cui mi sento stretta, senza una possibilità di alternativa, qualcosa che si apre, un sentirmi statica, mi piace rivedermi, mi prescrivo film del tipo "sliding doors", in cui ci sono le due storie che si biforcano a seconda delle scelte... però appunto non sempre c'è la possibilità di avere un'alternativa valida, e si rimane così, si sta male in modo diverso...*

[Int09, 17/24, F, 45 anni, 19 attività clinica, costruttivista]

La teoria sul cambiamento del gruppo dei terapeuti sistemici, quando è rivolta a loro stessi, implica un sentimento di costrizione connesso alla specifica situazione di vita. Il problema non è tanto visto come rappreso nel sistema di cui il terapeuta fa parte, ma principalmente proiettato sulle modalità “sbagliate” che gli altri hanno di agire nei suoi confronti. Anche qui, le cause della difficoltà vengono descritte reificando quei costrutti che il terapeuta è solito utilizzare nel corso della psicoterapia, come ad esempio, l’idea di “contesto”, di “aspettativa” o quella di “comunicazione”.

*Io però in questa mia sofferenza non sono da sola, io non è che stia male così perché vivo sottovuoto spinto, c'è un qualche cosa che mi fa stare male in quest'ambito, io non è che sto male dovunque, sto male in quest'ambito, nel quale non sono da sola, quindi... Era una difficoltà di comunicazione e di aspettative, perché io mi ero resa conto, anche con il lavoro personale su di me, che analizzando quelle che erano le aspettative dell'altra persona, e quello che avevo sempre espresso, che non era neanche un misunderstanding, era proprio un “non mi hai ascoltato!”, “mi hai sentito*

*come voce, come onda sonora, ma non mi hai ascoltato”, quindi c’è proprio una difficoltà di comunicazione, neanche di interpretazione, “non mi sei stato a sentire”.*

[Int23, 49/53-54, F, 34 anni, 5 attività clinica, sistemica]

*Finché mi sento costretta da una situazione, impossibilitata al cambiamento, soprattutto se attribuisco a fattori esterni, non si muove niente.*

[Int32, 20, F, 52 anni, 25 attività clinica, sistemica]

## 6.2 La costruzione delle strategie terapeutiche

Per quanto riguarda la costruzione delle strategie di intervento si può notare come la teoria sul cambiamento subisca delle fluttuazioni notevoli qualora applicata in un contesto di vita quotidiana anziché durante una seduta di psicoterapia. Questo sembra essere valido sia che il terapeuta tenti di pianificare azioni utili a conseguire un cambiamento personale, sia nel caso in cui il terapeuta decida di coadiuvare una richiesta di cambiamento da parte di un suo conoscente. Nello specifico, sembra che le strategie conoscitive utilizzate in psicoterapia al fine di perseguire una corretta valutazione (e quindi al fine di raggiungere un’adeguata comprensione professionale del caso clinico nei termini della teoria di riferimento), siano rimpiazzate da strategie più contigue alle logiche di intervento del senso comune.

Gruppi	ragionamento-confronto	ascolto attivo	consigliare-dare info	riflessione	rassicurare
cognitivo	03	01	09	00	00
psicodinamico	02	11	11	04	07
sistemico	01	00	06	03	01
costruttivista	00	03	02	00	05

Tabella 6. Analisi del contenuto relativa alla definizione delle strategie di intervento nei resoconti di aiuto a amici/familiari

Queste perlopiù si rifanno:

- Ad un generico “prestare ascolto” o alla possibilità di “parlare” e condividere esperienze. Entrambe queste soluzioni sembrano implicare una rinuncia agli obiettivi del cambiamento in favore di un’ottica dell’accettazione e della rassicurazione reciproca.
- Alla possibilità di “offrire consigli” e “produrre ragionamenti”. Queste soluzioni presuppongono una definizione del problema nei termini di una mancanza di informazione e una visione del cambiamento come lento accumulo di dati e apprendimenti.

**Gruppo di resoconti: Altri**

Parole o segmenti caratteristici	Frequenza interna	Frequenza globale	Probabilità
consiglio	16	19	0,001
parlare	29	95	0,003
disponibile	05	07	0,005
ascoltare	08	17	0,006

Tabella 7. Analisi dei vocabolari specifici relativa alla definizione delle strategie di intervento nei resoconti di aiuto a amici/familiari

**Gruppo di resoconti: Cliente**

Parole o segmenti caratteristici	Frequenza interna	Frequenza globale	Probabilità
alleanza	18	19	0,001
diagnosticare	12	12	0,003
percorso	27	32	0,005
colloquio	21	24	0,006
biologico	14	15	0,007
cognitivo	14	15	0,007

Tabella 8. Analisi dei vocabolari specifici relativa alla definizione delle strategie di intervento nei resoconti di terapia a un cliente

Dal confronto con l'applicazione della teoria sul cambiamento ad un contesto clinico emerge immediatamente come nell'agire quotidiano vengano abbandonati i processi conoscitivi orientati alla classificazione diagnostica, limitando l'eterogeneità degli interventi possibili a disposizione del terapeuta. Le strategie utilizzate nella vita quotidiana, indipendentemente dal gruppo che le esegue, sono permeate da una prospettiva genericamente razionalistica e realistica, che coadiuva tentativi di vagliare le difficoltà dell'altro alla luce di una realtà oggettiva presa come punto di riferimento. Come negli esempi che seguono, anche terapeuti affiliati a una epistemologia costruttivista, non sembrano essere esenti dal replicare questo genere di discorso.

*Quello che non è realistico, ci ragioniamo, non è realistico pensare che io ho gli attacchi di panico se non vado sulla luna, sulla luna ci va chi può...*

[Int24, 99, F, 49 anni, 10 attività clinica, sistemica]

*Io alla fine le ho dato la mia opinione, ossia che forse il problema reale era proprio che lei non si era innamorata di un'altra persona, lui sì, ed era questo che non riusciva a mandare giù...*

[Int16, 22, F, 35 anni, 7 attività clinica, costruttivista]

**Gruppo di resoconti: Sé stesso**

Parole o segmenti caratteristici	Frequenza interna	Frequenza globale	Probabilità
analisi	23	35	0,000
supervisione	07	07	0,000
creative	09	11	0,000
formazione	06	06	0,000
ironia	06	06	0,000
cambiamento-relazionale	04	04	0,002
cambiamento-improvviso	04	04	0,002

Tabella 9. Analisi dei vocabolari specifici relativa alla definizione delle strategie di intervento nei resoconti di cambiamento personale del terapeuta

In riferimento a sé stessi i terapeuti indicano come strategie di cambiamento modalità più istituzionalizzate come l'“analisi” (intesa come esperienza di terapia personale), la “supervisione” e la “formazione”:

*Eh mi piacerebbe! Mi piacerebbe molto, difatti è molto più facile utilizzarla per gli altri che non per sé stessi e per questo una gran parte degli psicologi va in terapia, proprio perché c'è bisogno di uno sguardo altro, c'è bisogno dell'occhio dell'altro per vedere le cose...*

[Int34, 18-19, F, 48 anni, 20 attività clinica, sistemica]

Oppure elencano opzioni terapeutiche più “creative” (e quindi meno ortodosse) come l'uso dell'“ironia”:

*Mi viene in mente un atteggiamento generale che mi consente di uscire dalle situazioni scomode... ed è l'ironia, questo qualche volta mi consente di uscire da situazioni di impasse, l'autoironia sarebbe il massimo, ma certe volte mi fermo all'ironia, e qualche volta scado proprio nel sarcasmo...*

[Int33, 33-34, M, 35 anni, 6 attività clinica]

È da notare inoltre come, parlando di sé, i terapeuti costruiscano una versione del cambiamento più possibilista, ancorata alle relazioni e meno vincolata a criteri di ordine sequenziale. Il cambiamento, indipendentemente dall'affiliazione teorica dei terapeuti, converge nel definirsi come una fenomenologia “quotidiana”, “improvvisa”, giocata e replicata all'interno del campo “relazionale” entro cui la persona è inserita. Questo costituisce un avvistamento delle teorie sul cambiamento che, su un ipotetico asse dimensionale individuo/relazione, si spostano da una polarità all'altra in funzione del contesto di applicazione, configurando una prospettiva prevalentemente individualista nell'ambito clinico e una prospettiva relazionale nel territorio più esteso della vita quotidiana.

## 7. Discussione e conclusioni

I gruppi considerati parlano di cambiamento in terapia essenzialmente conferendogli caratteristiche individualiste. Tuttavia sembra emergere una contraddizione quando i partecipanti fanno riferimento al cambiamento in generale, per come questo può accadere nella vita quotidiana: in questo secondo caso, l'aspetto sociale connota decisamente le proprietà del cambiamento, definendosi come il fattore principale responsabile della genesi e del mantenimento di un processo di cambiamento. Anche quando i terapeuti parlano di sé riconducono le argomentazioni sulla strutturazione del problema più a tematiche di ordine relazionale, mentre per il cliente si riferiscono prevalentemente a categorie psicopatologiche e individualiste. L'errore fondamentale di attribuzione postulato da Heider (1958), tuttavia, non spiega esaurientemente questo processo, essendo ricorrente questa peculiarità non solo nei resoconti personali, ma anche nei resoconti riferiti ad altre persone, non pazienti, circoscritte all'ambito di conoscenza della vita quotidiana. Questa discrepanza sembra avere più attinenza con il contesto di applicazione della teoria sul cambiamento che preordina, attraverso il diverso ruolo del terapeuta all'interno del sistema (cioè quello di attore, di confidente o di clinico), l'uso di sistemi rappresentazionali plurimi e non necessariamente coerenti tra loro.

Scrivono Minnini (2003), "i discorsi sono procedure di validazione ricorsiva attraverso cui dei principi e delle norme astratte sono concretizzati e legittimati". Tutti, formalmente, condividiamo dei significati che sono espressi in termini di norme, etiche, teorie, la cui ragionevolezza viene data per scontata. Tuttavia ciascuna norma o teoria richiede di essere contestualizzata ed è necessario riconoscere le implicazioni che può assumere se praticata all'interno di una determinata situazione. I significati richiedono sempre e necessariamente un orientamento situazionale, sono processi conversativi attraverso i quali noi concretizziamo il significato delle norme in funzione dello specifico oggetto di discussione. Dunque, "i partecipanti al dialogo non solo devono raggiungere la comprensione delle norme di cui si discute ma devono anche condividere una comprensione situazionale delle applicazioni che esse dovrebbero avere" (Benhabib, 2002, p. 12).

Quanto affermato può essere un'indicazione valida per gli psicoterapeuti in formazione – ovvero l'invito a cogliere le implicazioni del proprio sapere anche nei contesti informali di vita quotidiana, al fine di incrementare la consistenza della *formae mentis* che stanno maturando e di scongiurare forme triviali di eclettismo (cfr. Slife & Reber, 2001; Romaioli & Faccio, 2012) o di "polifasia cognitiva" (Jovchelovitch, 2002). Inoltre, il suggerimento è quello di non reificare i costrutti teorici appresi, i quali – come testimoniano le interviste raccolte – possono facilmente tramutarsi da espedienti di promozione del cambiamento, a impedimenti concettuali per un suo reale conseguimento.

### Riferimenti bibliografici

- Benhabib, S. (2002). *The Claims of Culture: Equality and Diversity in the Global Era*, Princeton University Press, PA.
- Billig, M. (1996). *Arguing and Thinking. A Rhetorical Approach to Social Psychology*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Farr, R.M. & Moscovici, S. (eds.) (1984). *Social Representations*, Cambridge University Press, Cambridge.

- Flick, U. (2006). *An Introduction to Qualitative Research*, 3<sup>rd</sup> Edition, Sage Publications, London.
- Galli, I. (2006). *La teoria delle rappresentazioni sociali*, Il Mulino, Bologna.
- Harré, R. (1989). Language and Science of Psychology. *Journal for the Theory of Social Behaviour and Personality*, 4, 165-188.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*, Wiley, New York.
- Jovchelovitch, S. (2002). Re-thinking the diversity of knowledge: Cognitive polyphasia, belief and representation. *Psychologie et société*, 5 (1), 121-138.
- Laszlo, J. (1997). Narrative Organization of Social Representations. *Papers on Social Representations*, 6 (2), 155-172.
- Levy-Bruhl, L. (1979). *How Natives Think*, Arno Press, New York.
- Mininni, G. (2003). *Il discorso come forma di vita*. Guida Editore, Napoli.
- Romaioli, D. & Faccio, E. (2012). When therapists do not know what to do: informal types of eclecticism in psychotherapy. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 15 (1), 10-21.
- Shotter, J. (1993). *Conversational Realities: Constructing Life Through Language*. Sage, London.
- Slife, B. D. & Reber, J. S. (2001). *Eclecticism in Psychotherapy. Critical Issues in Psychotherapy: Translating New Ideas into Practice*, 213.
- Slife, B.D. & Williams, R.N. (1995). *What's Behind the Research? Discovering Hidden Assumptions in the Behavioural Sciences*, Sage, Thousand Oaks.
- Tulving, E. (1972). Episodic and Semantic Memory. In E. Tulving e W. Donaldson (eds.), *Organization of Memory*, Accademic Press, New York, 381-403.
- von Cranach, M. (1992). The Organisation of Individual Action Through Social Representations: A Comparative Study of Two Therapeutic Schools. In M. von Cranach, G. Mugny & W. Doise (eds.), *Social Representation and the Social Bases of Knowledge*, Hogrefe & Huber Pub, Lewiston NY.
- von Cranach, M. & Harré, R. (1982). *The Analysis of Action: Recent Theoretical and Empirical Advances*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Wagner, W. (1995). Everyday-Folk Politics, Sensibleness and the Explanation of Action- An Answer to Cranach. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 25 (3), 295-301.
- Wagner, W., Duveen, G., Farr, R., Jovchelovitch, S., Lorenzi-Cioldi, F. & Markova, I., Rose D. (1999). Theory and Method of Social Representations. *Asian Journal of Social Psychology*, 2 (1), 95-125.
- Wagner, W. & Hayes, N. (2004). *Everyday Knowledge and Common Sense. The Theory of Social Representations*, Palgrave Macmillian.