

Come funziona il counselling?

di Giuseppe Stefano Biuso ©

Durante il Simposio sui servizi di aiuto psicologico per studenti universitari, tenutosi in seno al Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP) del 2015, sono stati presentati i risultati degli studi sull'efficacia dei trattamenti condotti dai Centri di Counselling Psicologico di alcuni tra i più importanti atenei italiani. Io e gli altri relatori non ci limitammo alla mera esposizione dei dati delle nostre ricerche, che in ogni caso sembravano avvalorare l'efficacia dei modelli di intervento che presentavamo. Ciascuno di noi, infatti, descrisse accuratamente il setting e la teoria della tecnica che informava il modello di counselling presentato. Il confronto fra modelli di intervento brevi, anche molto diversi tra loro per setting, durata e orientamento teorico, fu proficuo e stimolante. Tuttavia, uno psicoanalista presente tra gli uditori del Simposio fece un'obiezione che si poneva in netta contrapposizione con quanto i dati delle nostre ricerche andavano a suggerire: “com'è possibile che interventi a lungo termine o di 8, 16, 12 o 4 colloqui siano tutti egualmente efficaci? Di questo passo finiremmo per dire che è sufficiente anche una sola seduta!”

Probabilmente non aveva ben chiara la funzione e l'utilità degli interventi brevi, e forse non conosceva sufficientemente la peculiarità della richiesta della fascia d'utenza interessata: le caratteristiche della popolazione universitaria, i bisogni, i compiti evolutivi e le tematiche frequentemente riscontrabili (Ferraro, Petrelli, 2000; Ruvolo, 2005; Adamo, 2009).

E, immagino, non si era posta una domanda ancora più basilare: “Perché una persona in cerca di aiuto, potendo scegliere, opta per un intervento psicologico di 8 colloqui piuttosto che di 16, o 12 o 4 o a tempo indeterminato?”

La Control-Mastery Theory

La Control-Mastery Theory sottolinea come “le persone abbiano la capacità di eseguire inconsciamente funzioni mentali “superiori”, di controllare, in modo consapevole e inconsapevole, la propria vita mentale conscia e inconscia, e che siano intrinsecamente motivate ad adattarsi alla realtà, a padroneggiare le difficoltà, a superare le loro inibizioni e i loro problemi, a elaborare i loro traumi e a realizzarsi dal punto di vista personale e relazionale” (Gazzillo, 2016, pag. 3).

Continuamente l'essere umano valuta, consciamente e inconsciamente, la realtà che lo circonda, e organizza il proprio comportamento in virtù di tale valutazione, cercando di massimizzare l'adattamento al suo ambiente attraverso la pianificazione di piani finalizzati al soddisfacimento di bisogni vitali e al raggiungimento di obiettivi sani e desiderabili, la cui definizione è influenzata dalle attitudini personali e dalle esperienze passate. I termini “comportamento” e “azione” non si riferiscono meramente agli “atti fisici”, ma comprendono l'intera gamma di transazioni tra l'individuo e l'ambiente, che possono essere di natura motoria, emozionale, viscerale, ideativa o verbale. La valutazione della realtà pone un'attenzione primaria al grado di *sicurezza* con cui è possibile mettere in atto un determinato comportamento in una specifica situazione: ogni persona procede nel perseguimento dei propri scopi solo dopo aver appurato di poterlo fare con un basso margine di rischio, solo dopo aver valutato come remota l'occorrenza di un pericolo, per sé o per le persone a lei care. In tale processo valutativo, per quanto l'oggettività della situazione reale spesso rivesta un ruolo essenziale, ricopre un ruolo non meno importante, e a volte maggiore, l'insieme delle concezioni che l'individuo ha sulla realtà: l'insieme di rappresentazioni del mondo e delle sue regole, costruite, nel tentativo di adattarsi alla realtà, a partire dagli insegnamenti ricevuti e delle esperienze vissute. “Queste conoscenze sono state chiamate in molti modi diversi,

rappresentazioni di sé e degli oggetti, imago, schemi, costrutti, rappresentazioni di interazione generalizzate, modelli operativi interni, aspettative ecc. Senza trascurare le loro differenze, tutti questi concetti rimandano grosso modo allo stesso ambito di senso, l'insieme delle rappresentazioni su noi stessi, gli altri, i rapporti tra noi e gli altri e il mondo, che fungono da guida per il nostro pensiero e il nostro comportamento. Weiss e Sampson hanno scelto il termine di *credenze* per descriverli, sussumendo sotto di esso le rappresentazioni esplicite e quelle implicite, quelle verbali, quelle per immagini e quelle procedurali. E sottolineano come la loro costruzione sia "funzione della motivazione adattiva" (Gazzillo, 2016, pp. 11-12). L'adattamento a situazioni avverse, in cui si viene sopraffatti da emozioni negative e/o che interferiscono con il soddisfacimento dei propri bisogni, può portare l'individuo a sviluppare credenze che associano obiettivi sani e desiderabili a pericoli per se stesso o per le persone a lui care: tali credenze vengono chiamate "patogene" perché limitano la realizzazione dell'individuo, provocando inibizioni, sintomi e malessere psicologico. La presenza di *credenze patogene*, in un processo in larga parte inconsapevole, da un lato porta l'individuo a limitare la sua attività per il timore che si reifichino i pericoli da esse paventati, dall'altro lo spinge a cercare nella realtà interpersonale prove della loro insussistenza, al fine di potersene affrancare per superare la sofferenza che esse provocano, e vivere in maniera più autodeterminata e con un maggior senso di libertà.

La Control-Mastery Theory evidenzia tre macro-modalità con cui una persona può mettere alla prova le proprie credenze patogene, tre tipi di *test*:

a) i *test di transfert per compiacenza*, in cui il paziente si comporta in obbedienza ai dettami prescritti dalle proprie credenze patogene, sperando che il terapeuta gli faccia capire che non è necessario. Ad esempio, un paziente che vuole mettere alla prova in questo modo la credenza patogena "se chiedo aiuto, verrò rifiutato", potrà minimizzare i suoi problemi, dire che può occuparsi di sé da solo, dire di poter fare a meno della

terapia, ecc., sperando inconsciamente che il terapeuta si opponga a queste sue modalità, valorizzi il suo diritto di essere aiutato e si occupi attivamente di lui.

b) i *test di transfert per ribellione*, in cui il paziente si comporta in maniera opposta a quanto prescritto dalle proprie credenze patogene, sperando che il terapeuta gli faccia capire che ne ha tutto il diritto, proteggendolo da eventuali autosabotaggi. In questi casi, in virtù dei propri sensi di colpa inconsci, il paziente può ribellarsi in maniera “eccessiva”, può sviluppare dei sintomi o comportarsi in modo tale da suscitare negli altri risposte che confermano la sua credenza patogena. La credenza patogena “se chiedo aiuto, verrò rifiutato” potrà essere così messa alla prova con il terapeuta mediante la richiesta di sedute aggiuntive o con frequenti telefonate tra una seduta e l'altra: la risposta del terapeuta dovrà essere valorizzante nei confronti del suo bisogno di chiedere aiuto e dovrà accogliere, nei limiti del possibile, le sue richieste.

c) i *test di capovolgimento da passivo in attivo*, in cui il paziente si identifica con il genitore traumatico, trattando gli altri nello stesso modo traumatizzante in cui è stato trattato. Con questo tipo di test egli spera inconsciamente di imparare dalla persona che “attacca” un modo diverso di fronteggiare la situazione traumatica subita in passato. Se in terapia un paziente ci fa test di questo tipo, dobbiamo cercare di mantenerci calmi e sereni e di non giustificarci (senza interpretare la sua identificazione immediatamente: il paziente con molta probabilità la percepirebbe come una giustificazione, un segno del fatto che con il suo comportamento ci ha feriti); se, invece, ci racconta situazioni in cui ha trattato così altre persone della sua vita, dobbiamo difendere queste ultime.

La valutazione inconscia nella ricerca di aiuto

Quando un individuo cerca un aiuto psicologico è sempre estremamente motivato, inconsciamente anche quando non consciamente, a stare meglio e a superare i suoi problemi: a mettere alla prova le sue credenze patogene per attestarne la falsità e sentirsi sicuro nel perseguimento dei suoi obiettivi sani. In una maniera che rappresenta un “compromesso” tra i desideri sani che vuole raggiungere e le credenze patogene da cui essi sono ostacolati, cerca attivamente di dare al clinico, fin dai primi momenti dell'incontro con lui, tutte le informazioni e i suggerimenti che possano aiutare quest'ultimo ad aiutarlo, ne valuta attentamente le reazioni per appurare se esse legittimano i propri obiettivi e disconfermano le proprie credenze patogene, e pianifica, modulandolo, il suo “processo di testing” in base alla valutazione dell'atteggiamento e delle caratteristiche reali del terapeuta. Detto in parole semplici, ogni paziente ha un *piano* di massima, in genere inconscio, su quello che vuole ottenere dalla terapia e come ottenerlo.

Il San Francisco Psychotherapy Research Group ha dimostrato empiricamente che quando un paziente “sa in anticipo di avere a disposizione soltanto un numero limitato di sedute inconsciamente progetta la terapia di conseguenza. Il suo scopo è di utilizzare le sedute in modo che siano il più possibile efficaci” (Weiss, 1993, p. 150): ecco perché è assolutamente plausibile che interventi di durata diversa possano essere parimenti efficaci. I risultati di una ricerca (Silberschatz, Curtis, 1986) sulle terapie brevi di 16 sedute condotta dal SFRG hanno evidenziato come il grafico della capacità di insight del paziente nel corso del trattamento descriva una curva parabolica. Ciò è compatibile con l'ipotesi che il paziente in terapia segua un piano inconscio: l'elevata capacità di insight iniziale (durante la prima, soprattutto, e la seconda seduta) è funzionale al fornire al terapeuta le informazioni di cui questi ha bisogno per poterlo aiutare, e il decremento successivo è legato al processo di messa alla prova delle sue credenze patogene; il suo successivo incremento, in interventi andati a buon fine, testimonia

l'acquisizione di maggiore consapevolezza e la conclusione del processo di testing all'avvicinarsi della fine della terapia.

Di più. Il “processo di valutazione” inizia prima ancora dell'incontro con il clinico: informa le modalità con cui si esplica il contatto (ad es. telefonico, per mail, di persona), le parole e i toni emotivi che vengono utilizzati per chiedere aiuto, le preferenze per determinate caratteristiche del clinico (es. di genere, età, “status”, orientamento teorico), la scelta del tipo di servizio a cui affidarsi (Centri di Salute Mentale, Centri di Counselling Universitario, Centri di Ascolto Psicologico presenti nel territorio, professionisti privati, ecc.) e/o dell'intervento di cui beneficiare (breve, dal numero prefissato di sedute, o a tempo indeterminato; individuale, familiare, di gruppo; ecc.), il processo stesso di ricerca (internet, pagine gialle, richiesta di indirizzamento da parte di persone fidate, ecc.).

I modi con cui si esplica la ricerca di aiuto psicologico sono strettamente caso-specifici, fortemente influenzati dall'intensità, dalla pervasività e dal tipo di credenze patogene di cui la persona soffre, dagli obiettivi che essa vuole raggiungere mediante l'aiuto psicologico, dalle sue attuali contingenze di vita. Essi possono riflettere l'evitamento dei pericoli che le proprie credenze patogene paventano, un allontanamento, in compiacenza ad esse, da ciò di cui si ha bisogno; oppure un'aperta ribellione alle stesse, una ricerca deliberata di ciò che si desidera raggiungere e di cui per troppo tempo ci si è privati, o ci si è visti privare, nel corso della vita. A meno che il paziente non sia stato inviato a seguito di un'adeguata valutazione, una comprensione accurata del processo con cui una persona giunge in trattamento non può che aversi solo a posteriori, dopo che il clinico ha compreso e formulato il “piano inconscio” del paziente: la diagnosi caso-specifica comprendente gli *obiettivi* che il paziente vuole raggiungere con il trattamento, le *credenze patogene* e i sensi di colpa inconsci – insieme alle *esperienze traumatiche* che li hanno determinati – che lo ostacolano, i modi

possibili con cui metterà alla prova il clinico (*test*) per disconfermare le sue credenze patologiche, e gli *insight* che necessita raggiungere (Weiss, 1994).

Ad ogni modo, le modalità con cui un paziente esplica la sua ricerca di aiuto ed entra in contatto con il servizio e/o con il clinico forniscono utili informazioni per compiere “un'analisi della domanda” preliminare e sviluppare delle ipotesi che andranno poi verificate in seno ai primi incontri.

Giorgia si rivolge a un centro di Psicoterapia chiedendo di cominciare un percorso con una terapeuta donna. L'unico professionista disponibile, tuttavia, è un uomo e, non volendo aspettare troppo, Giorgia, seppur lamentandosi, accetta di incontrarlo. Il clinico a cui Giorgia è stata assegnata ne viene informato. Nella sua mente comincia a costruire un'ipotesi che prende in considerazione l'idiosincrasia di Giorgia nei confronti della prospettiva di vedere un terapeuta uomo e, contemporaneamente, la sua decisione di incontrare, seppur contro voglia, l'unico clinico disponibile nonostante il suo genere: se per lei fosse stato davvero indispensabile affidarsi a una donna, avrebbe aspettato o si sarebbe rivolta a un altro servizio. Il terapeuta ipotizza che Giorgia possa avere il bisogno di riuscire a stabilire un rapporto positivo con gli uomini e la presenza di qualche credenza patologica che la ostacola in questo. Sulla base di questo assunto, risponde serenamente e con un atteggiamento accogliente alla sua ostilità e alle sue continue svalutazioni: “chi non ha le mestruazioni è limitato, non può capire!”

I genitori si separarono quando Giorgia era adolescente, e da allora il padre “sparì”, limitandosi a telefonarle in maniera fugace solo in occasioni particolari, come compleanni o feste comandate. Giorgia soffrì molto l'assenza del padre, soprattutto perché in precedenza aveva avuto con lui un rapporto fatto di complicità e affetto. L'abbandono del padre la portò a sviluppare la credenza patologica per cui legandosi a un uomo, ne sarebbe stata tradita e abbandonata. Abbandonando prima di poter essere abbandonata, Giorgia aveva sviluppato un comportamento promiscuo, fonte di forte

sofferenza per lei, che fino a quel momento le aveva impedito di instaurare la relazione sentimentale stabile e soddisfacente che, a 30 anni, ardentemente avrebbe voluto.

Laura chiede a un'amica il contatto della sua ex terapeuta. Aveva pensato di voler cominciare un percorso con una donna, e si era risolta a chiedere il contatto all'amica dopo averla sentita parlare della terapia che aveva fatto, della sua piena soddisfazione per i risultati raggiunti e di alcune caratteristiche del clinico: l'atteggiamento accogliente e valorizzante, e, soprattutto, la disponibilità della terapeuta a prendere in seria considerazione le idee della paziente anche quando divergenti dalle sue e a rivedere il suo punto di vista quando la paziente si opponeva ai suoi feedback e le forniva ulteriori informazioni che facevano protendere verso ipotesi alternative. Laura soffriva di forti sensi di colpa da separazione e del sopravvissuto che aveva sviluppato in seno al rapporto con la madre, psicotica, che era solita imporle la sua prospettiva delirante e svalutare le percezioni corrette che Laura aveva e che cercava, invano, di difendere. Laura desiderava ardentemente liberarsi della credenza patogena "se mi fido di me e delle mie percezioni, e vedo la realtà per quella che è, invece di condividere le interpretazioni folli di mia madre, la ferirò e paleserò la sua follia".

La scelta del Counselling come "test"

Torniamo alla nostra domanda iniziale. Perché scegliere un intervento di counselling psicologico – per esempio di quattro colloqui più uno di follow up, come quello che vi andrò a presentare – piuttosto che un trattamento privo di una scadenza predefinita? Quali valutazioni, consce e inconsce, spingono una persona a ricercare un intervento breve per risolvere il problema, o i problemi, di cui soffre?

Le considerazioni esposte sopra spingono a chiederci come la caratteristica di "brevità" possa porsi al servizio di una persona che chiede aiuto psicologico, come la ricerca di un intervento breve possa venire incontro agli obiettivi sani del paziente o come possa, al contrario, costituire un precoce "transfert sulla situazione" (Ferraro,

Petrelli, 2000): una riedizione agita di residui procedurali di natura traumatica che se non opportunamente rielaborati rischiano di condurre a una “collusione” che priverebbe l'intervento di qualsiasi efficacia terapeutica, o potrebbe renderlo addirittura iatrogeno. In altri termini, il “counsellor” deve in primo luogo chiedersi quale tipo di “test di transfert” (Silberschatz, 1986) il paziente sta facendo scegliendo il “counselling”: la scelta rappresenta un assoggettamento a una credenza patogena, e quindi un modo per garantirsi un senso di sicurezza alla luce dei pericoli che questa prospetta, o una deliberata ribellione alla stessa, un modo con cui il paziente, avendo considerato le caratteristiche del setting scelto, cerca inconsciamente di massimizzare la probabilità che l'intervento risulti efficace? E' evidente come l'accurata comprensione del “precoce test di transfert sulla situazione” abbia implicazioni cliniche di rilievo: di fronte a un “test di transfert per compiacenza” il clinico dovrà lavorare sulla credenza patogena che ostacola il paziente nel riferirsi a un tipo di intervento più adatto alle sue necessità; di fronte a un “test di transfert per ribellione”, invece, il clinico dovrà sostenere la scelta del paziente, sottolineandone la sua connotazione eutrofica e, nel caso in cui essa rappresenti al contempo la componente autopunitiva di una ribellione sana a uno schema disfunzionale (nel caso in cui, per esempio, il paziente necessiti di un sostegno più duraturo), dovrà lavorare su un “doppio binario” che legittimi al contempo la sua scelta e la possibilità di farne un'altra diametralmente opposta. Ogni situazione va valutata in maniera strettamente “caso-specifica”.

Tuttavia, in linea di massima, è possibile differenziare due macro-categorie di situazioni: una in cui il paziente vuole lavorare principalmente sul suo bisogno di separarsi, di essere autonomo, ed è ostacolato da una o più credenze patologiche, e da sensi di colpa da separazione, da responsabilità onnipotente o del sopravvissuto; un'altra in cui il paziente vuole superare le credenze patologiche e i sensi di colpa, da odio di sé o da responsabilità onnipotente, che ostacolano il suo bisogno di accettare, chiedere e trovare aiuto e conforto “a tempo indeterminato”.

Le motivazioni “coscienti”

Sono svariate le motivazioni per cui una persona può voler usufruire di un intervento di Counselling Psicologico piuttosto che ricercare un trattamento a lungo termine; tra queste: considerazioni economiche, il desiderio di “liberarsi del problema” quanto prima, un'autovalutazione circa la gravità delle proprie difficoltà e/o del tempo necessario per superarle mediante un intervento mirato, il desiderio di non “sentirsi malato”. Ancora, una persona può voler fare riferimento ai servizi della Sanità Pubblica e adeguarsi al tipo di intervento che il suo territorio offre, oppure può voler fare riferimento ai servizi presenti nei contesti per lei più rassicuranti perché meglio conosciuti (ad esempio l'università per uno studente).

Tuttavia, nessuna di queste motivazioni coscienti è in grado di gettare luce sugli obiettivi che la persona vorrebbe raggiungere con l'aiuto psicologico, né sulle credenze patogene che vorrebbe disconfermare e nemmeno, pertanto, sul “tipo di test” che sta facendo riferendosi a un intervento psicologico breve. Ognuna di queste motivazioni può celare bisogni e tematiche anche molto diverse tra loro, persino opposte.

“Separarsi”

La presenza di credenze patogene quali “se mi separo, ferirò le persone a me care e perderò il loro amore”, “se mi occupo di me stesso, invece di mettermi da parte per occuparmi degli altri, li ferirò”, “se mi realizzo e sto bene, le persone che amo, sofferenti e infelici, ne soffriranno”, e dei relativi sensi di colpa da separazione/slealtà, da responsabilità onnipotente e del sopravvissuto, possono impedire agli individui di affrancarsi da situazioni sgradite o che comunque non consentono loro di perseguire i loro scopi sani e adattivi.

Questo tipo di situazioni si riscontra con frequenza nei Centri di Counselling Universitario. “Per molti ragazzi, il passaggio dal liceo all’università rappresenta un periodo di profondi cambiamenti il cui buon esito dipende, tra le altre cose, dal particolare equilibrio tra autonomia e attaccamento nei confronti dei caregiver. In particolare, per molti studenti un importante obiettivo evolutivo è rappresentato non solo dalla separazione fisica da genitori, spesso acuita dalla necessità di andare a vivere in un’altra città, ma anche dal raggiungimento di un’autonomia psicologica. D’altra parte, questi obiettivi evolutivi possono essere ostacolati da credenze patogene e sensi di colpa che si formano a partire da esperienze di sviluppo traumatiche. Ad esempio, se durante l’infanzia uno o entrambi i genitori si sono mostrati eccessivamente turbati dai desideri di indipendenza del figlio, può accadere che quest’ultimo sviluppi la credenza patogena, supportata da un forte senso di colpa da separazione, secondo la quale se si allontana dalla famiglia e si rende indipendente, i propri cari ne soffriranno. O, ancora, in quei soggetti che provengono da famiglie in cui, ad esempio, un genitore o un fratello non ha avuto la possibilità di studiare, l’ingresso al college e il successo accademico potrebbe comportare anche un forte senso di colpa del sopravvissuto. Un senso di colpa eccessivo rispetto ai propri desideri di autonomia e alle proprie possibilità di successo può dunque interferire con il raggiungimento di un benessere personale e di conseguenza con l’adattamento al college” (Shilkret, 2003, cit. in Gazzillo, 2016, pag. 234).

La scelta del “counselling” per pazienti che soffrono primariamente di sensi di colpa inconsci che li ostacolano nell’autonomia, ha un valore eutrofico, di ribellione rispetto all’idea che non ci si possa separare, che non ci si possa occupare di sé; la possibilità di “successo terapeutico” è ampliata dalla caratteristica principale del tipo di intervento scelto: “almeno questa volta, potrò separarmi e potrò sentirmi in diritto di farlo, perché è l’intervento stesso che lo prevede.”

Questi pazienti potranno continuare a “ribellarsi” durante i colloqui, saltandoli, arrivando in ritardo, chiedendo di spostare gli appuntamenti per impegni personali, sperando inconsciamente che il clinico sostenga la loro autonomia ed eviti di fare comunicazioni che possano suonare alle loro orecchie come un rimprovero, per quanto possa essere forte la componente autopunitiva della loro ribellione. Considerando la natura breve dell'intervento, è evidente come questo tipo di test possa comportare rilevanti difficoltà di gestione per il clinico.

Maria intraprende un percorso di counselling di 4 colloqui perché non riesce a sostenere gli ultimi esami che le mancano per laurearsi: è spesso ansiosa e si distrae facilmente. È cresciuta in condizioni di ristrettezza economica, a causa di investimenti sbagliati dei genitori. Ha sacrificato la sua adolescenza per assistere il padre, malato di cancro, morto il giorno dopo che Maria aveva conseguito brillantemente la maturità. La madre, disoccupata, è sempre stata una persona molto angosciata e incapace di far fronte alle incombenze della vita. Maria ha sempre dato un considerevole aiuto pratico ed emotivo alla madre e al fratello di 10 anni più piccolo. Dopo la morte del padre, Maria ne ha preso il posto, facendosi completamente carico della gestione del ménage familiare. Per questo motivo, ha significativamente limitato la sua vita relazionale. Dopo il primo incontro con il clinico, pochi minuti prima del successivo colloquio telefona per annullare l'appuntamento, spiegando di aver dormito a casa del fidanzato e di non essersi svegliata. Si presenta regolarmente la settimana successiva. Disdice all'ultimo anche il penultimo incontro: stava facendo colazione con le amiche e si è attardata, non rendendosi conto dell'orario.

Alle “ribellioni” potranno seguire scuse angosciate – un modo di testare per compiacenza la stessa credenza patogena che poco prima il paziente aveva sfidato – a cui il clinico, per essere “pro-plan” (Weiss, 1993), dovrà reagire con una risposta che rassicuri il paziente: che lo faccia sentire in diritto di separarsi da lui, aiutandolo,

eventualmente, a divenire consapevole della componente autopunitiva derivata dai sensi di colpa inconsci che ostacolano il suo bisogno di autonomia.

Maria si presentava ai colloqui successivi a quelli saltati in perfetto orario, col fiatone, mortificata per la “mancanza di rispetto” che aveva avuto nei confronti del terapeuta la settimana precedente, per avergli fatto “perdere tempo”. Rassicurata dal clinico (“Non si preoccupi. Capita. Non mi ha fatto perdere tempo: comunque stavo qua!”), Maria si dilungava a parlare di quanto era stata bene nella settimana appena trascorsa con i suoi amici e il suo fidanzato. La madre, tuttavia, l'aveva più volte chiamata angosciata per chiederle di tornare a casa ad aiutarla nelle faccende domestiche, nonostante Maria si preoccupasse ogni mattina, prima di uscire per andare a lavoro e all'università, di pulire e sistemare tutta casa. “Le prime volte sono corsa da lei... poi ho pensato a quello che Lei mi aveva detto... al fatto che faccio da mamma a mia mamma... al fatto che i miei genitori mi hanno messo addosso fin da piccola responsabilità che non mi competevano... e alla mia tendenza a occuparmi degli altri, invece che di me stessa... così ho detto a mia madre che ero impegnata e non potevo tornare... mia madre si è lamentata continuando a piagnucolare... ma quando sono tornata a casa aveva fatto tutto da sola (ride)... allora ce la fa!”

Questi pazienti potranno comportarsi anche in modo diametralmente opposto: potranno preoccuparsi di arrivare sempre in perfetto orario o giungere con ampio anticipo, dichiararsi disponibili a sacrificare impegni importanti per essere presenti al colloquio, chiedere di non separarsi dal clinico a conclusione dell'intervento, magari lamentando un'incapacità ad affrontare la vita da soli. Potranno anche tendere a dipingersi indebitamente come deboli, fragili e bisognosi. Sperano, attraverso questi test di transfert per compiacenza, che il consulente non li prenda alla lettera e che sostenga il loro diritto a separarsi, essere autonomi e a occuparsi di sé.

Giulio si dipinge, durante il primo colloquio, come una persona fragile e spesso depressa. Racconta di essere stato seguito da un terapeuta durante le scuole superiori e che, a causa della sua scarsa fiducia in se stesso, ha passato tre anni a studiare, convinto dai genitori, presso una facoltà che non gli piaceva, prima di trasferirsi nell'attuale città per intraprendere il percorso di studi desiderato. Racconta la sua vita velocemente, con le lacrime agli occhi, senza dare spazio a eventuali domande, ma in maniera chiara e coerente. A causa della forte sofferenza che lamentava, il terapeuta cominciò a chiedersi come mai Giulio avesse optato per un intervento breve, pensando di proporgli immediatamente un percorso più lungo. Gli chiese cosa desiderasse ottenere con i colloqui e Giulio addusse a un'incapacità a portare avanti il suo corso di studi e la vita in generale. Parlò della storia d'amore tribolata con una ragazza che lo aveva tradito continuamente e che lui non era mai riuscito a lasciare, fino a quando non fu lei a dargli il ben servito. "Mi aiutava a studiare... era forte e sicura... al contrario mio... sono stato sempre insicuro e ansioso... e per questo motivo i miei genitori mi hanno sempre tenuto in una campana di vetro... non volevano che io andassi via da casa... si preoccupavano per me... ancora oggi mi chiamano di continuo, angosciati... chiedendomi se sto studiando, se sto mangiando... raccomandandomi di non fare tardi quando esco con gli amici... mi sembra un po' esagerato... anche perché è due anni che vivo qui... ma sono in regola con gli esami... ed ho ottimi voti... e ho sempre fatto qualche lavoretto... dopo quella storia di cui Le parlavo... mi sono fidanzato con una ragazza molto diversa... ci sosteniamo a vicenda... e ci vogliamo molto bene... ma ho paura di lasciarmi sfuggire tutto... sono sempre in ansia quando faccio le cose... ... comunque la prossima settimana mi diceva che Lei starà fuori città... mi chiedevo se fosse possibile vederci dopodomani... perché sto troppo male... e comunque mi ha fatto stare bene parlare con Lei..." "Beh... lavora... sta portando avanti gli studi che Le piacciono brillantemente... credo che Lei abbia molte capacità... e che ci possiamo separare... come ha fatto bene Lei a separarsi dai Suoi per seguire la

strada che voleva...”, la risposta del clinico. “I miei genitori le cose buone che faccio non le vedono mai... non si fidano mai di me...”, sospira Giulio, con un po' di stizza, ma più sereno.

Alcuni di questi pazienti potranno lavorare sulla “separazione” opponendosi a qualsiasi comunicazione del terapeuta, ribellandosi all'idea di dover sempre condividere la posizione altrui o mediante un test da passivo in attivo in cui, “identificandosi con l'aggressore”, sperano inconsciamente che il clinico resista alle loro pressioni, preservando le sue idee e, pertanto, la sua “separatezza”.

Rosario si trova in forte difficoltà ogni qual volta gli viene assegnato un compito nuovo a lavoro. Pur ritenendo di averne le capacità, avverte il compito troppo gravoso per lui e, preso dall'angoscia, ne procrastina l'esecuzione. Teme di fallire e di essere criticato. Il lavoro che fa gli piace molto e ha spesso ricevuto elogi dai suoi superiori: le mansioni abituali le porta avanti velocemente ed efficacemente. Il terapeuta costruisce insieme a lui lo schema disfunzionale che gli è di ostacolo, “se mi sperimento in attività nuove, fallirò e verrò criticato”, e gli chiede se in passato gli sia mai capitato di essere criticato o di sentirsi un fallito quando si avvicinava a un'attività nuova che gli piaceva. “No, mai...” “Si lasci andare a quello che Le viene in mente...” Ricorda che, all'età di 10 anni, andava spesso a pesca con il padre, e che questi, quando Rosario voleva inserire l'esca all'amo, lo allontanava bruscamente: “Lascia fare a me... cresci prima...” Immediatamente Rosario difende il padre, sostenendo di “non essersi sentito messo da parte”, dicendo che i bambini tendono a fare i “capricci” e a essere “presuntuosi” ed elogiando le qualità genitoriali del padre, sempre molto affettuoso con lui. “E poi... lui è così... vuole sempre controllare tutto... e anch'io sono così... ha sempre tenuto che le cose venissero fatte in un certo modo...” Il terapeuta gli rimanda che in quella situazione avrebbe probabilmente preferito essere sostenuto amorevolmente dal padre e aiutato a mettere l'esca. Rosario si arrabbia con il terapeuta, accusandolo di essersi creato un'immagine sbagliata del genitore. Il clinico,

mantenendo la calma, tiene il punto, sottolineando come anche i buoni genitori possano sbagliare, e che non c'è nulla di male a riconoscerlo, ribadendo che chiunque, quando si sperimenta in una situazione nuova, avrebbe bisogno di essere incoraggiato e sostenuto, piuttosto che svalorizzato. Per tutto il colloquio, Rosario attacca il clinico ogni qual volta questi apre bocca, nonostante il materiale che emerge dalla sua narrazione sembri confermare sempre di più i feedback del terapeuta. A fine colloquio, Rosario dirà che tutto sommato è vero che avrebbe preferito che il padre si comportasse con lui in maniera diversa e che attualmente tende a rifuggire dal sostegno che potrebbe ritrovare nel suo diretto superiore nonostante questo si mostri molto disponibile con lui. “Ma non abbiamo parlato dei miei problemi sul lavoro...”, accusa stizzito il terapeuta, sulla porta, dopo averlo salutato. “Ci vediamo la settimana prossima...”, risponde il clinico, sorridendogli.

Allo stesso modo, il paziente potrà non saper rispondere, o rifiutarsi di rispondere, alle domande esplorative del clinico: ciò potrebbe, soprattutto nel primo colloquio, comportare per quest'ultimo confusione e non poche difficoltà di comprensione; in questi casi, ricordando che il paziente che abbiamo di fronte, nonostante le apparenze, è estremamente motivato a superare i suoi problemi e fa tutto quello che può a tale scopo, potrà esserci d'aiuto seguirne la narrazione carpandone le ricorrenze, e osservare i modi con cui si rapporta a noi e con cui reagisce ai nostri interventi.

Livio, un trentenne proveniente dal Nord Italia, contatta privatamente un terapeuta per fare qualche colloquio, specificando di dover cambiare città a breve. Il terapeuta concorda con lui quattro incontri a cadenza settimanale. Per la terza volta, logorato dall'ansia, non ha avuto il coraggio di presentarsi all'esame di abilitazione professionale che gli consentirebbe di svolgere il lavoro che ha sempre desiderato fare. Ciò che lo frena è la paura di non essere capace, di fallire. I tentativi di esplorazione del clinico vanno a vuoto: Livio sostiene di non aver mai fallito in vita sua, di essersi sempre considerato capace, di avere dei genitori fantastici che sono sempre dalla sua

parte. Dopo qualche minuto di silenzio, fa riferimento a una “paura” sorta da poco: “Prima non mi faceva paura l'aereo... ma circa un anno fa, mentre venivo a Roma con l'intento di sostenere questo benedetto esame per la seconda volta, l'aereo ha traballato a causa di un vuoto d'aria e ho avuto paura... da allora ogni volta che prendo l'aereo ho un sacco d'ansia... mi viene una tensione muscolare forte... soprattutto allo stomaco... la tachicardia... e la paura di precipitare... l'altra volta ho preso la valeriana e sono riuscito a rilassarmi...” “Bene... ed è precipitato?” “No... evidentemente...”, ridendo. “Quindi... se prendo il volo... precipiterò...”, gli rimanda il terapeuta. “Sì... che poi, dato che non so nuotare... ho paura di non potermi salvare in caso di ammaraggio... e che nessuno possa venirmi a salvare...” “Se prendo il volo e faccio una cosa nuova che non so fare, precipiterò e morirò...”, ancora il clinico. “Sì... ma rispetto all'aereo...” “Certo... che Le viene in mente?” “Che quando ci sono le turbolenze... e sono in aereo... mi fa paura il fatto che sotto non ci sia niente...” “Non c'è un sostegno...” “Esatto...” “Quindi se faccio una cosa nuova che non so fare... e non sono sostenuto... precipiterò e morirò... cioè fallirò...” “E' una paura che devo affrontare...” “Ha bisogno di qualcuno che l'aiuti a superarla... mica dipende da Lei questa paura...” “Che poi è la stessa che mi frena nel fare l'esame...”, osserva. Dopo qualche secondo di riflessione silenziosa, Livio parlerà dell'azienda familiare presso cui il padre vorrebbe che lui lavorasse, con una mansione per nulla in linea con le sue aspirazioni. Si affretta a precisare che nonostante le insistenze, “comunque a fin di bene”, il padre lo ha sempre lasciato e continua a lasciarlo libero di fare le scelte che desidera. Accoglierà solo poco prima della fine del colloquio l'ipotesi, che il clinico gli avanza, per cui possa non essersi sentito sostenuto dal padre nel suo bisogno di essere autonomo e dedicarsi a ciò che ama.

Sulla fine, sul prosieguo, sull'invio

Abbiamo detto come pazienti che vivono, consciamente o inconsciamente, come una colpa i loro bisogni di autonomia, possono testare per compiacenza il clinico chiedendogli un “prolungamento” del percorso: ciò non implica in ogni caso un “divieto di proseguire”, con un altro clinico o con lo stesso che li ha seguiti nell'intervento di counselling, quanto piuttosto la necessità di rispondere al test del paziente in una maniera che sia pro-plan, che valorizzi e sostenga il suo bisogno di separarsi. Come sempre, ogni decisione clinica deva passare attraverso una valutazione strettamente caso-specifica, e devono essere tenuti in considerazione svariati fattori.

La “formulazione del piano” (Weiss, 1994; Gazzillo, 2016) del paziente, redatta dopo il primo colloquio ed eventualmente rivista in seguito, fornisce un valido aiuto per orientare la scelta nel modo che sia il più terapeutico possibile.

In primo luogo, se il paziente ha raggiunto o si è avvicinato considerevolmente all'obiettivo centrale che soggiaceva la motivazione per cui ha richiesto un consulto, e agli altri obiettivi, esplicitati o meno, che costituivano il suo piano, se ha superato sintomi e inibizioni, una proposta di un ulteriore trattamento o una risposta collusiva a una sua relativa richiesta sarebbe iatrogena e potrebbe inficiare i risultati raggiunti. In questo caso, la paura della solitudine, l'esternazione da parte del paziente di un malessere a ridosso della conclusione dei colloqui può esprimere un test di transfert per compiacenza o un test da passivo in attivo (ad esempio, l'identificazione con un genitore che si teme di far soffrire separandosi), e richiede che il terapeuta rimanga fermo sulla sua posizione e incoraggi l'autonomia del paziente, valorizzando i suoi progressi e le sue risorse.

Al quarto incontro, Livio racconterà di essere riuscito finalmente a sostenere l'esame di abilitazione professionale senza l'ansia e i timori che lo avevano ostacolato per un anno intero. Ha parlato con il padre, chiedendogli con fermezza di mettere fine alle sue insistenze, e ha deciso di andare a convivere con la fidanzata con cui sta insieme da molto tempo. Si sente molto sereno e fiducioso. Ritiene, tuttavia, di non essere in grado di proseguire da solo e di aver ancora bisogno dell'aiuto del terapeuta, senza il quale non è certo di riuscire a portare avanti la sua vita. "Può portare benissimo avanti la Sua vita anche al di fuori dell'azienda familiare...", la risposta del terapeuta che fa sciogliere Livio in un sorriso riconoscente.

Non sempre è possibile appurare il raggiungimento degli obiettivi al termine del ciclo di consulenze, e questo tanto più vale quanto più breve è l'intervento di counselling. Tuttavia, l'evoluzione del trattamento, i progressi osservabili dal clinico nel corso dei colloqui, l'aumento della sicurezza e l'ampliamento della consapevolezza del paziente rispetto alle sue esperienze, sentimenti e desideri, possono fungere da fattore prognostico positivo, eventualmente valutabile in un successivo follow-up a cui il paziente può essere rimandato.

Maria è riuscita a riprendere serenamente a studiare, a dire di "no" più frequentemente e con minori sensi di colpa alle frequenti inopportune richieste della madre e ad acquisire una consapevolezza abbastanza profonda dell'influsso che il suo passato e la sua storia familiare hanno avuto su di lei. Al quarto colloquio manca ancora un mese alla sessione d'esami, ma Maria saluta serena e fiduciosa il terapeuta, conscia di aver trovato "la chiave di volta" per superare le sue difficoltà.

Se gli obiettivi sono ancora lontani dall'essere raggiunti e la sofferenza del paziente è ancora marcata, ma si è potuto assistere a un discreto miglioramento nel corso dei colloqui, è possibile che il paziente soffra di sensi di colpa inconsci molto forti e che a causa dell'intensità della sua credenza patogena principale, o di altre credenze patogene,

necessiti di un trattamento di più lunga durata (la scelta di un intervento breve potrebbe aver costituito una ribellione autopunitiva). In questo caso, l'invio a un altro servizio o professionista potrebbe essere la soluzione più indicata. Nel caso in cui il paziente richieda di essere trattato dal clinico che l'ha seguito nei colloqui di counselling, occorre valutare quanto ciò non manifesti una difficoltà a separarsi dal terapeuta oppure esprima la costituzione di una buona alleanza di lavoro. Analoghe considerazioni possono essere compiute nella misura in cui l'obiettivo primario sia stato raggiunto, ma il paziente risulti ancora ostacolato nel perseguimento di altri obiettivi collegati, probabilmente a causa della pervasività della credenza patogena principale. Nella misura in cui il paziente si oppone alla proposta motivata di invio da parte del clinico, ciò potrebbe costituire un test di transfert per ribellione: accettare la sua scelta, fidandosi di lui e valorizzando le sue risorse e i passi in avanti fatti, potrebbe far riscontrare, in un eventuale follow-up, un inaspettato miglioramento. Rendersi disponibile a essere ricontattato in caso di necessità, inoltre, contribuirebbe a smussare la componente autopunitiva della sua ribellione (e potrebbe portare il paziente, in seguito, a tornare sui suoi passi).

Ambra si rivolge a Centro di Counselling Psicologico per difficoltà a instaurare rapporti amicali e sentimentali, e un disturbo alimentare che si porta dietro da tempo. Figlia unica, è orfana di padre da quando aveva 5 anni, È ostacolata dal pattern inconscio per cui l'espressione dei suoi bisogni e dei suoi desideri la porterebbe a scontrarsi con il disconoscimento e la svalutazione dell'altro: ciò la porta a condotte di evitamento. Inoltre, soffre di un forte senso di colpa da separazione nei confronti della madre: passa molto tempo con lei, preoccupata di lasciarla sola e di dispiacerle. Nonostante nel corso dei colloqui riuscirà ad acquisire una maggiore consapevolezza delle sue problematiche e a concedersi qualche uscita con gli amici della palestra, le ossessioni sul cibo e sul suo corpo non accenneranno ad affievolirsi. Al quarto e ultimo incontro, Ambra respinge la proposta di cominciare un percorso terapeutico presso un

servizio specifico, pur mostrandosi soddisfatta dell'esperienza fatta: "Sento di poter tentare da sola... almeno per adesso..." La terapeuta accoglie la decisione di Ambra, sottolineando le sue tante risorse, e rendendosi disponibile a essere contattata in caso di necessità. Al follow-up, Ambra comunicherà al clinico di essersi fidanzata, di aver cominciato una psicoterapia e di aver ripreso a mangiare regolarmente, seguita da un nutrizionista.

La compresenza di più credenze patogene in un paziente è più la regola che l'eccezione. È possibile che esse convergano a ostacolare i bisogni di autonomia e autorealizzazione della persona, come è possibile che intacchino bisogni eterogenei (di cura, apprezzamento, amore, ecc.). Non è detto, tuttavia, che la presenza di diverse credenze patogene, se di bassa intensità e/o mitigate dalla presenza di valide risorse (individuali o contestuali), impedisca alla persona di beneficiare con soddisfazione di un intervento breve.

Non è raro che un individuo soffra di credenze patogene contrapposte, ostacolanti sia il bisogno di autonomia sia il bisogno di cura. Il conflitto che caratterizza questi pazienti, al di là delle credenze patogene specificatamente implicate, potrebbe essere rappresentato da domande-paure come "se mi separo, dovrò fare sempre tutto da solo?" o, al contrario, "se chiedo aiuto, sarò privato della mia autonomia?" Una regolazione continua della relazione, vale a dire una cura attenta nel discriminare test di credenze patogene differenti, sarà particolarmente importante in questo tipo di pazienti, come sarà fondamentale valorizzare al contempo il bisogno di dipendenza e il bisogno di autonomia. Nella valutazione della necessità di un prosieguo terapeutico dovrà essere preso in considerazione il grado in cui l'individuo ha raggiunto o si è avvicinato ai suoi obiettivi, il grado di superamento di inibizioni, problemi e sintomi, l'attivazione o il potenziale di attivazione di risorse personali e interpersonali. Per rispondere adeguatamente all'eventuale richiesta da parte del paziente di un ulteriore trattamento

dovrà essere compresa la credenza patogena che con quella richiesta il paziente sta testando e il tipo di test che sta mettendo in atto.

Antonio è figlio di genitori separati: una madre bi-polare, che si angoscia ogni qual volta il figlio si allontana da lei, e un padre assente, sordo alle sue richieste di aiuto e di prossimità. Soffre di forti sensi di colpa del sopravvissuto e da separazione nei confronti della madre, e di un forte senso di colpa da odio di sé sviluppato nella relazione con il padre. Nonostante le tante risorse, non riesce a realizzarsi professionalmente e sentimentalmente: presenta un Disturbo Evitante di Personalità e un Disturbo d'Ansia Generalizzato. Soddisfatto dei quattro colloqui di Counselling Psicologico avuti con un clinico di cui ha apprezzato il calore e la prossimità, chiede di iniziare una psicoterapia con lui, con l'obiettivo dichiarato di andare a vivere da solo e superare i vissuti d'inadeguatezza che gli impediscono di stringere rapporti interpersonali soddisfacenti e di realizzarsi professionalmente. Riconosciuta la ribellione alla credenza patogena ostacolante i suoi bisogni d'attaccamento, il clinico accoglie la richiesta di Antonio che, dopo pochi mesi di terapia, comincia a fare notevoli progressi e lascia la casa della madre.

Infine, nel caso in cui gli obiettivi non vengano raggiunti, e il terapeuta constati di non aver compreso appieno il paziente o realizzi di non aver superato la maggior parte dei suoi test, l'indicazione potrebbe essere un invio terapeutico finalizzato innanzitutto a sostenere il paziente nei suoi bisogni di autonomia.

“Faccio da solo!”

Se per l'adolescente e il giovane adulto il “ripiegamento autarchico” (Laufer, Laufer, 1984), la propensione marcata a mettere in atto tentativi di autoguarigione e autocura (Freud, 1967; Blos, 1979) è parte integrante del processo di crescita e costituisce uno dei compiti di sviluppo necessari per conseguire un'identità adulta e autonoma, la forclusione dei bisogni di cura, sia nell'adolescente e nel giovane adulto sia in persone

di altra età, costituisce una forte vulnerabilità che può predisporre a esiti psicopatologici, a problematiche relazionali o a un malessere psicologico diffuso. Credenze patogene sostenute da sensi di colpa da odio di sé o da responsabilità onnipotente possono portare la persona a rifuggire dalle occasioni di supporto o a viverle in maniera conflittuale: ad esempio, perché frenati dal timore, conscio o inconscio, di essere rifiutati, criticati o svalutati, di pesare sugli altri, o perché ritengono di dover essere sempre “le persone forti” che si prendono cura degli altri. Pazienti con queste tematiche che ricercano un intervento breve adoperano un compromesso tra il loro bisogno di cura e la credenza patogena che a esso è di ostacolo. Possono essere compiacenti all'idea di non meritare altro da un sostegno limitato, o ribelli – ma fortemente in colpa per questo tanto da concedersi solo un supporto limitato – all'idea di non meritare sostegno alcuno. Non di rado questi pazienti presentano problematiche polimorfe e soffrono di più credenze patogene.

Alcuni giungono a fare richiesta di un intervento breve fornendo come aperta motivazione problemi di tossicodipendenza, disturbi alimentari consolidati o turbe psicotiche: in questi casi, il mancato indirizzamento a trattamenti più appropriati alimenterebbe l'illusione dell'offerta di un supporto che tuttavia si esaurirebbe dopo poco, e costituirebbe il fallimento di un test di transfert per compiacenza con cui il paziente tenta di disconfermare la credenza patogena di meritare un sostegno limitato o di essere destinato al rifiuto.

Altri pazienti con una significativa inibizione dei loro bisogni di cura possono presentarsi tanto con un problema specifico quanto con un malessere vago che non riescono a definire meglio. Possono inconsciamente voler lavorare, in modo diretto e privilegiato, sulla credenza patogena che li ostacola nei loro bisogni di attaccamento o possono mantenere “la dimensione dell'attaccamento” sullo sfondo, concentrandosi a lavorare su credenze patogene che sentono più stringenti nella fase di vita in cui si trovano. In entrambi i casi, il clinico dovrà prestare particolare attenzione al modo con

cui il paziente si rapporta ai propri bisogni di cura – anche perché questa sarà la dimensione principale su cui si giocherà il rapporto terapeutico – valorizzandoli e incoraggiando il paziente a cercare sostegni validi anche nel suo ambiente di vita.

Nella maggior parte dei casi, quando un paziente sceglie di usufruire di un counselling psicologico per testare la credenza patogena di meritare il rifiuto o un sostegno solo limitato, un prosieguo terapeutico dovrà essere incoraggiato: questo vale soprattutto per le organizzazioni psicotiche e borderline di personalità (Kernberg, 1984), e per individui che presentino una personalità organizzata a livello nevrotico, ma in cui la gravosità di esperienze dolorose passate abbia favorito lo sviluppo di credenze patologiche piuttosto intense e/o pervasive.

Salvatore è figlio di genitori tossicodipendenti che l'hanno a lungo trascurato e maltrattato. Si è sempre sentito molto responsabile nei confronti del fratello di due anni più piccolo, ha sempre pensato di non dover mostrare mai debolezze, ed è divenuto un uomo forte e riservato, punto di riferimento affidabile per il fratello, gli amici e la moglie. Dopo la perdita precoce della moglie per cancro, Salvatore si è chiuso in se stesso, deprimendosi e incorrendo in frequenti attacchi di panico. Si è risolto a chiedere un sostegno psicologico solo dopo l'insistenza protratta degli amici, e, cercando sul web, ha contattato un clinico esperto sia in counselling psicologico che in psicoterapia, dicendogli espressamente di voler risolvere al più presto le sue problematiche e di non essere minimamente interessato a una terapia.

Abbiamo detto che quando la scelta del counselling costituisce l'assoggettamento a una credenza patogena, l'invito a proseguire un trattamento a lungo termine è quasi un passaggio obbligato; ma non è sempre così. Un intervento efficace può aiutare i pazienti con un buon funzionamento ad accettare e ricercare valide fonti di sostegno nel proprio ambiente interpersonale: questi pazienti possono cominciare a valersi del conforto e dell'aiuto di partner e amici e/o possono riuscire a stimolare il caregiving sano di

genitori non troppo compromessi. Il consolidamento di un miglioramento di questo tipo potrebbe non rendere necessario un ulteriore trattamento. Inoltre, in questi casi, l'eventuale richiesta da parte del paziente di iniziare un trattamento più lungo potrebbe non costituire una ribellione sana all'idea di non meritare ulteriore aiuto, ma la compiacenza all'idea di non poter trovare, o di non sentirsi in diritto di beneficiare, di altre forme di sostegno diverse da quella, comunque limitata, che hanno potuto ricevere da un professionista, “che, dopotutto, è pagato per fare il suo lavoro”. Ovviamente, come sempre, dovrà essere fatta una valutazione caso-specifica.

Anche Rosalia, come Salvatore, difficilmente si concede di esprimere il proprio malessere emotivo e di cercare aiuto. È piuttosto lei a occuparsi degli altri: “la donna che non deve chiedere mai!” Simpatica, intelligente e socievole, Rosalia ha moltissimi amici e una carriera di successo, ma non è soddisfatta dal punto di vista sentimentale: si imbatte spesso in uomini violenti e iracondi con cui, tuttavia, non fatica a troncare i rapporti. È cresciuta in una famiglia del meridione con un padre iracondo e manesco, seppur capace di affettività, e una madre sottomessa al marito, scarsamente in grado di comprenderla. Il padre cessò di alzare le mani alle figlie solo quando Rosalia, ormai maggiorenne, difese la sorella di un anno più grande dalle percosse del padre, picchiandolo con violenza e urlandogli contro. Quando le fu diagnosticato un “soffio al cuore” cadde in crisi e fu frequentemente vittima di attacchi di panico per i quali si risolse a chiedere aiuto solo dopo molto tempo: un counselling psicologico di quattro incontri. Velocemente Rosalia riuscì a divenire consapevole del bisogno di cura e comprensione a lungo soffocato e degli schemi patogeni che ne ostacolavano il soddisfacimento; nel corso del trattamento cominciò una relazione con un ragazzo dolce e sensibile e iniziò a confidarsi con gli amici, trovando in loro, contro ogni sua aspettativa, accoglienza e comprensione. Nel corso dell'ultimo colloquio, Rosalia chiese al clinico di continuare “in qualche modo” con lui, perché voleva evitare di “ammorbare” gli altri con i suoi problemi e temeva di non riuscire a trovare sempre

comprensione nel suo ambiente. Il terapeuta non accettò la richiesta di Rosalia, valorizzando le sue qualità e le risorse del suo ambiente interpersonale. A distanza di due anni, inaspettatamente, il terapeuta ricevette una mail di ringraziamento da Rosalia: “mi sono resa conto di quante persone ho che mi vogliono bene e mi stanno vicino... compreso il ragazzo che ho conosciuto mentre venivo da Lei e con cui mi sto per sposare!”

Considerazioni sull'efficacia

L'efficacia dell'intervento di counselling, al netto dell'appropriatezza degli interventi del clinico, sarà determinata dalla intensità e dalla pervasività delle credenze patogene di cui soffre il paziente, dal grado in cui sarà possibile attivare risorse individuali e relazionali, e dalle contingenze di vita attuali. In linea di massima, l'intervento di counselling tende a rivelarsi molto efficace con pazienti con buone risorse, la cui personalità è organizzata a un livello nevrotico o borderline ad alto funzionamento. Un intervento ben condotto spesso aiuta il paziente a superare velocemente la problematica per cui ha richiesto aiuto (disturbi d'ansia, disturbi dell'umore lievi, problematiche di adattamento, difficoltà relazionali, ecc.) e, nei pazienti con maggiori risorse, può promuovere un riorganizzazione della propria struttura di personalità: il paziente, grazie alla riduzione dell'intensità dei suoi sensi di colpa inconsci, continuerà a cercare di disconfermare le proprie credenze patogene nel suo ambiente di vita attraverso modalità più idonee a suscitare negli altri risposte “pro-plan” (in altri termini, con un sensibile decremento della componente autopunitiva dei suoi test di transfert per ribellione), e continuerà a migliorare.

Il “piano” del paziente e il “focus” del counselling

Dopo aver tentato di comprendere il motivo per cui un paziente possa optare per un intervento di counselling piuttosto che per una terapia a lungo termine, torniamo alla nostra domanda originaria: “com'è possibile che interventi a lungo termine o di 8, 16, 12 o 4 colloqui siano tutti egualmente efficaci?”

Come suggerito dai risultati della ricerca succitata (Weiss, 1993), i pazienti adattano il loro “piano inconscio” in base al tempo che sanno di avere a disposizione. Essi lo modulano, inoltre, dopo aver valutato, consciamente e inconsciamente, le caratteristiche e l'approccio del clinico.

La Control-Mastery Theory sottolinea come il paziente desideri ardentemente superare i suoi problemi e raggiungere i suoi obiettivi: quando chiede un aiuto psicologico, cerca di farlo mettendo alla prova le sue credenze patogene attraverso test che rivolge al clinico e con i quali spera inconsciamente di ricevere risposte che disconfermino i suoi timori; e ha un “piano inconscio” di massima con cui porta avanti questo lavoro. Testerà le sue credenze patogene in modi e con un ordine che dipenderà da quanto si sente sicuro, durante le varie fasi del trattamento, nella relazione con il clinico: testerà prima le credenze patogene che lo spaventano di meno e con i modi (tipi di test) che lui considera meno pericolosi e gradualmente, man mano che il terapeuta supera le sue credenze patogene e gli permette così di acquisire maggior sicurezza nel rapporto con lui, metterà alla prova quelle che sente più minacciose. In linea di massima. Ogni caso è comunque a sé.

Per aiutare nel modo migliore possibile il paziente di cui ci stiamo occupando, dobbiamo, pertanto, cercare di comprendere durante le prime sedute il suo “piano”, cioè gli obiettivi che il paziente vuole raggiungere con la terapia, le credenze patogene e i sensi di colpa che lo ostacolano in questo, i traumi da cui tali credenze si sono originate, i possibili test che il paziente farà al terapeuta e gli insight che sarà utile lui raggiungere.

Il paziente, ad ogni modo, continuerà ad avere un ruolo attivo per tutto il corso del trattamento: durante le prime sedute cercherà di far capire al clinico, consciamente e inconsciamente, come aiutarlo al meglio e, in seguito, in caso di errore cercherà di riportarlo sulla strada giusta. Inoltre, tenderà ad adattare i suoi test alle caratteristiche e all'approccio del clinico, per cercare di aumentare la possibilità che le sue credenze patogene vengano disconfermate.

Quattro colloqui di Counselling, più uno

Le esemplificazioni cliniche sopra riportate, e quelle che verranno esposte in seguito, sono tutte ispirate da casi trattati attraverso un modello di Counselling Psicologico costituito da 4 colloqui a cadenza settimanale, più uno di follow-up a distanza di 3 mesi dal quarto colloquio.

Tale modello fu utilizzato per la prima volta negli anni '70 dallo “Young People Counseling Service” della Tavistock Clinic di Londra, che utilizzava una tecnica di ispirazione psicoanalitica, e adottato in Italia all'interno di alcuni Centri di Counselling Psicologico Universitario (Adamo, 1990; Ferraro, Petrelli, 2000).

Vediamo ora come è possibile declinare questo modello di Counselling in ottica Control-Mastery Theory.

È importante sottolineare che, nel corso del presente articolo, sono stati utilizzati i termini di “terapia breve” e di “counselling” in maniera equivalente: per il paziente non è rilevante quale fine precostituito si ponga l'intervento o quale orientamento teorico segua il clinico; al paziente l'unica cosa che importa è constatare se il clinico concorda o meno con le sue credenze patogene, se sostiene o meno i suoi obiettivi, se sta dalla sua parte. Nel caso di un intervento di counselling, e ancora di più nel caso di un intervento di counselling dalla durata così limitata, il lavoro che il paziente farà per mettere alla prova e disconfermare le credenze patogene che lo ostacolano nei suoi bisogni di

autonomia e/o di cura sarà particolarmente intenso. La motivazione inconscia che ha informato la “scelta del counselling” guiderà il processo con cui il paziente si rapporterà al clinico per tutta la durata dell'intervento, e fornirà da cornice o darà origine a un “focus caso-specifico” che spesso sarà volto prioritariamente al raggiungimento di obiettivi legati al suo bisogno di autonomia, o al suo bisogno di cura, o a una loro peculiare combinazione.

Il primo colloquio e il focus

Nel corso del primo colloquio, illustrando il motivo che l'ha spinto a chiedere un supporto psicologico, il paziente spesso si concentrerà su un problema specifico: un disturbo d'ansia, vissuti depressivi, difficoltà relazionali, difficoltà a portare avanti la propria attività lavorativa o scolastica, incertezze rispetto a una scelta importante, eccetera. Oppure potrà parlare in maniera indefinita di un malessere o di paure che l'hanno colto in questo specifico momento della sua vita. A volte, invece, enumererà tutta una serie di problemi e difficoltà che l'affliggono. Infine, in alcuni casi, potrà volerci prima di tutto raccontare gli aspetti salienti della sua storia di vita o un recente episodio (rottura relazionale, lutto, fallimento, ecc.) che continua a farlo soffrire.

Potrà definire minuziosamente la sua problematica o parlarne in maniera vaga. Potrà spontaneamente descrivere come lui e le persone per lui importanti abbiano reagito alle sue difficoltà, i suoi tentativi di fronteggiarle, quelle che ritiene essere le cause, gli eventi dolorosi della sua vita passata, oppure aspetterà di rispondere alle domande del clinico o l'incoraggiamento a dire tutto “quello che gli viene in mente”. Potrà essere un “fiume in piena”, raccontarsi con serenità e lucidità, o in maniera confusa, oppure spicciare poche parole essenziali.

In ogni caso, la conclusione di un colloquio ben condotto ci consentirà di farci un'idea abbastanza chiara della psicologia del paziente, dei suoi obiettivi e delle sue credenze patogene, e, soprattutto, del suo obiettivo principale, sostanziate la

motivazione cosciente per cui si è rivolto a noi, e di ciò che lo ostacola nel suo perseguimento. Nella formulazione del “focus” sarà importante individuare la motivazione che ha spinto il paziente a rivolgersi a un intervento breve e a stabilire se essa costituisce una ribellione a credenze patogene che ostacolano bisogni di autonomia, separazione e realizzazione, o una compiacenza rispetto a credenze patogene che interferiscono con il soddisfacimento di un bisogno di cura.

Non sempre le “esperienze traumatiche” emergeranno spontaneamente. Spesso sarà necessaria l'indagine del clinico. A volte nemmeno questa sarà sufficiente, specie quando il paziente soffre di forti sensi di colpa da odio di sé o, soprattutto, da slealtà. Se il clinico non desiste nella sua curiosità e presta attenzione al racconto del paziente, tuttavia, potrà scorgere micro-traumi relazionali che il paziente si rappresenta come episodi normali e legittimi, ma da cui è possibile evincere una relazione significativa con la problematica presentata. È molto importante, prima della conclusione del colloquio, fornire al paziente un feedback che doti di significato la sua problematica, sottolineando il bisogno (o i bisogni) sano che vuole appagare e la credenza patogena (o le credenze patogene) che ne ostacola il soddisfacimento. Sarà importante, al contempo, valorizzare le “ribellioni” tentate o riuscite alla credenza patogena, e le risorse che la persona ha a disposizione. Il “focus” così individuato dovrà essere posto al vaglio del paziente e negoziato con lui, e costituirà l'obiettivo concordato del successivo lavoro. La condivisione degli obiettivi dell'intervento e la valorizzazione delle risorse del paziente forniranno una solida base per una buona alleanza di lavoro (Ferraro, Petrelli, 2000; Di Maggio et al., 2013).

Stili di conduzione del primo colloquio

Nonostante l'importanza che l'individuazione precoce del “focus” può rivestire, e l'ansia da prestazione che il clinico, specie se non avvezzo a interventi brevi, può avere, bisogna ricordare che la cosa più importante è far “sentire compreso” il paziente, ascoltarlo attentamente con interesse e curiosità, e cercare di capire cosa ci sta chiedendo in ogni specifico momento, di cosa ha bisogno. Ciò non vuol dire retrocedere di fronte alle sue apparenti “resistenze”, prendere alla lettera le sue parole, ma essere sintonizzati con ciò di cui ci sta parlando, senza distogliere l'attenzione dalla sua narrazione per saziare la nostra fame di informazioni. Se già nella prima seduta di una terapia a lungo termine il paziente ci testa e osserva attentamente il nostro atteggiamento e le nostre reazioni (Rangell, 1969) per stabilire se può trovarsi bene con noi e come modulare il suo processo di testing, lo farà in maniera ancora più serrata durante il primo colloquio di un intervento di counselling, a causa del tempo limitato che ha a disposizione per modulare e mettere in atto il suo “piano”. Pertanto, anche in interventi brevi, siamo noi a doverci adattare al paziente, e non il contrario; e questo non è minimamente in antitesi con il nostro bisogno di raccogliere informazioni. Le domande che porremo, le riformulazioni che faremo, gli schemi che gli rimanderemo e gli eventuali tentativi interpretativi, devono in primo luogo veicolare una “curiosità interessata” e il nostro “stare dalla sua parte”. Così, potremo chiedergli di descrivere accuratamente il problema o i sintomi di cui ci sta parlando, la frequenza con cui ricorrono, le aree della sua vita in cui lo ostacolano, il momento in cui essi si sono presentati per la prima volta e quali accadimenti hanno interessato il periodo precedente la loro insorgenza. Potremo chiedergli di altri eventuali problemi, di parlarci dei suoi genitori, del suo partner, dei suoi amici o di altre figure significative quando lui ne fa riferimento, oppure chiedergli, una volta inquadrata le sue difficoltà, di che tipo di sostegno ha potuto beneficiare per fronteggiarle, quali sono state le reazioni degli altri significativi, e via dicendo. Ciò faciliterà una sintonizzazione tra il nostro bisogno di

comprensione e il bisogno del paziente di essere compreso. La comprensione della problematica riportata, dell'evento critico da cui è scaturita, della storia evolutiva del paziente, del suo ambiente, dei suoi rapporti significativi, del suo stile di attaccamento, dei suoi desideri e delle sue risorse, se non è stata sufficientemente raggiunta in seno al primo colloquio, potrà essere approfondita nel colloquio successivo: il paziente, se si sentirà più sicuro nella relazione con il clinico, potrà spontaneamente rivelare altri aspetti di sé e della sua vita o fornire “agganci” per ulteriori esplorazioni. In ogni caso, una volta che una sintonia sia stata creata, sarà possibile far riferimento, con la stessa “curiosità interessata”, a quelle aree dell'esperienza che il paziente ha teso a evitare fino a quel momento. Non bisogna sottovalutare, inoltre, la ricchezza di informazioni che può giungere dai sentimenti del clinico, dai modi con cui il paziente si relaziona a lui, da come reagisce ai suoi interventi, dai timori e dalle aspettative che nutre nei suoi confronti e nei confronti dell'intervento. Prima della restituzione del focus, può essere utile chiedere al paziente come mai si sia risolto a chiedere aiuto proprio adesso, cosa si aspetta dai colloqui, come si è trovato dopo questo primo incontro, cosa gli è piaciuto e cosa non gli è piaciuto. Questa domanda faciliterà il clinico nell'individuare il tipo di “test di transfert sulla situazione” che il paziente sta mettendo in atto scegliendo un intervento breve, e a stabilire se l'obiettivo sano che esso sottende costituisca l'aspetto principale del focus problematico su cui il paziente vuole lavorare o una dimensione di sfondo che informa la cornice da cui si erge lo schema patogeno, o gli schemi patogeni, che il paziente vuole superare.

Altresì, cercare di leggere le sue problematiche e gli episodi relazionali che riporta in termini di schemi, partendo, valorizzandolo, dal desiderio sano che muove il paziente, e correggendo la riformulazione effettuata in base ai feedback che egli ci fornisce, accresce la sua consapevolezza, lo facilita nel creare nessi tra aspetti della sua vita che priva viveva come slegati o legati in maniera indefinita, e gli fa sentire che il clinico è dalla sua parte, dalla parte dei suoi desideri (Di Maggio et al., 2013).

Non esiste un unico modo di condurre il primo colloquio di counselling: ce ne sono tanti quanti sono i pazienti e i terapeuti. Tuttavia, alcuni schemi di conduzione possono fornire alternative di massima, anche sovrapponibili, con cui orientarsi in base al paziente che si ha di fronte.

Ad esempio, nel caso in cui venga presentato un problema circoscritto, come una manifestazione ansiosa in determinate circostanze, se ne può chiedere una descrizione accurata e si possono così indagare i sentimenti, le preoccupazioni, i pensieri e le aspettative che accompagnano o precedono la risposta ansiosa: sarà possibile così giungere precocemente a una riformulazione congiunta dello schema patogeno, e incoraggiare il paziente ad associare liberamente, oppure chiedergli direttamente se la minaccia prospettata dallo schema si sia realmente verificata in qualche circostanza passata.

Claudia giunge in consultazione perché vive male l'università, è sempre molto ansiosa e insoddisfatta, e ha difficoltà a sostenere gli ultimi esami che le mancano per laurearsi: non riesce a concentrarsi, è rallentata, si sente molto in ansia prima del giorno dell'esame e finisce per non presentarsi. Studia presso una facoltà che le è sempre piaciuta molto, ma che non aveva inizialmente scelto perché credeva troppo difficile per lei. "E adesso è a pochi esami dalla laurea magistrale...", osserva il clinico. "Sì... mi sono resa conto che non è così difficile..." "Se una cosa piace... ma in che senso non ha vissuto bene l'università?" Non si è mai sentita "brava": al Liceo è sempre stata una tra le più brave, mentre all'università ha trovato diversi colleghi molto più bravi di lei, e ciò l'ha demoralizzata molto. La loro velocità nei ragionamenti, l'ha fatta sentire stupida: i suoi "tempi di elaborazione" sono molto più lenti rispetto a quelli dei suoi amici di università. Ha bisogno di "pensare per conto suo": ha paura di confrontarsi con gli altri, perché teme di non capire. Il primo semestre del primo anno è andato tutto bene, poi ha cominciato a sentirsi "destabilizzata", a temere di non riuscire bene negli esami, in seguito a un voto che non la soddisfò. Ha sempre avuto la

tendenza a rimandare lo studio. “Quindi... mi dica se è così... desidera fare quello che Le piace... pensa di non essere abbastanza... va in ansia... e rimanda il pericolo dell'esame...”, le rimanda il terapeuta. “Sì...” Prova vergogna e paura specialmente agli esami orali. Ha sempre avuto difficoltà negli orali, fin dalle elementari: se è andata sempre benissimo negli scritti, agli orali la maggior parte delle volte non riusciva a rispondere, e faceva scena muta. Gli orali le mettono pressione. “In che senso?” “Il fatto che venga pretesa una risposta immediata... giudicata da altre persone...” “Quindi... se mi esprimo nei miei tempi e nei miei modi... invece di macinare risposte ed essere perfetta... non sarò adeguata...” “Esatto... il punto è che sento un divario tra il fare le cose per interesse... e il fare le cose per essere valutata... mi piace ciò che studio... mi piace studiare... fin da piccola... infatti negli scritti andavo benissimo... il problema è che quando mi trovo a dover studiare qualcosa che non mi interessa molto... ho più difficoltà... che so... ed è normale che venga biasimata per questo...” “Se seguo i miei tempi e i miei interessi... invece di fare come gli altri fanno e vogliono... verrò criticata...” “Sì... specie quando c'è una valutazione... quando mi chiedono... mi sento sotto pressione... soffocata...” “Che Le fa venire in mente questo schema?” “Mmm... a mia madre che, anche se non vorrebbe, mi mette pressione... perché si angoscia... per questa mia situazione... mentre mio padre mi rimprovera: sbrigati... basta con queste stupidaggini... o non combinerai nulla... mio padre mi fa molta rabbia...”

“Quindi desidera fare le cose che Le piacciono... con i suoi tempi... ma crede di dover essere perfetta... di dover compiacere gli altri, seguire i tempi che gli altri ritengono sia giusti... perché altrimenti verrebbe criticata e rifiutata come ha fatto suo padre, o angoscerebbe sua madre... ma come ha detto Lei...” “Sì... esatto... ma non è una questione solo attuale... è una vita che succede questo... mi fa una rabbia...”, ribatte Claudia. “Giustamente le fanno rabbia questi comportamenti... perché sono ingiusti... è come se, bloccandosi, si opponesse ai dettami dei suoi genitori... ma con

questa opposizione si auto-punisce, perché non riesce a studiare ciò che Le piace... come se non si sentisse in diritto di ribellarsi..."

In alternativa, una volta ascoltate attentamente e chiarite le problematiche del paziente, può essere chiesto come hanno reagito i familiari o altre persone care alla sua sofferenza, e mettere in luce gli schemi relazionali patogeni riscontrati, che possono avere un rapporto con la difficoltà lamentata, o le eventuali risorse relazionali del paziente.

T: "Allora Paola come posso aiutarla?"

P: "Da un bel po' di tempo ormai... sono molto ansiosa... e questo mi ha completamente bloccata nello studio... non riesco a concentrarmi... e non sto più riuscendo a dare un esame... da qualche mese ho avuto anche degli attacchi di panico..."

T: "Da quanto tempo ha cominciato ad avere queste difficoltà?"

P: "Sono sempre stata tendenzialmente ansiosa... ricordo che al Liceo la mia ansia è diventata sempre più forte..."

T: "Cosa la preoccupa?"

P: "Ho paura di non fare bene... di essere inadatta... .. però... sono sempre riuscita a controllare la mia ansia... non mi ha mai impedito di fare le cose... fino a sei mesi fa... è aumentata a dismisura... e mi sono completamente bloccata... nello studio... in sei mesi ho dato un solo esame... dopo essere stata bocciata la prima volta... non riesco a concentrarmi... per l'ansia... e non riesco a memorizzare... ricordo poco... e quando mi trovo di fronte ai professori... proprio il vuoto... faccio scena muta... mi alzo e vado prima che possano bocciarmi..."

T: "Come si sente in quel momento?"

P: *“Con la mente ovattata...”*

T: *“Mi diceva che la sua ansia ha cominciato a crearle difficoltà maggiori da 6 mesi a questa parte...ricorda qualche avvenimento particolare di quel periodo che possa aver in qualche modo contribuito all'aumento della sua ansia?”*

P: *“Sì...” - si rattrista - “è morto mio nonno...”*

T: *“Era molto legata a lui?”*

P: *“Sì...”, mentre i suoi occhi luccicano di lacrime, “dopo la sua morte... ho evitato di tornare a casa per molto tempo... prima andavo spesso.... dopo... invece... ho aspettato diversi mesi prima di tornare giù... non volevo accettare... non volevo confrontarmi con il fatto che nonno non c'era più... non lo potevo sostenere... .. già trasferendomi a Roma... l'ansia mi è di molto aumentata... la triennale l'ho fatta vicino casa... sono venuta qui poi... perché lì il corso magistrale che m'interessava non c'era... ma la Sapienza... è troppo dispersiva... l'università da cui vengo... era più piccola... più accogliente... qui... fare amicizia è molto più difficile... e i docenti sono molto più esigenti... quindi l'ansia mi è aumentata... di molto anche... ma sono riuscita comunque a fare gli esami... ad andare avanti... anche se i voti non sono stati brillanti come alla triennale... però sono rimasta in corso... ho fatto tutti gli esami necessari...”*

T: *“Fino alla morte di suo nonno..”*

P: *“Sì...”, sospira.*

T: *“E con attacchi di panico che intende?”*

P: *“Ho delle spiacevoli sensazioni all'improvviso... mi manca l'aria... comincio a tremare... sudo... il cuore mi batte all'impazzata...e mi vengono delle forti fitte... mi sembra di svenire... mi sono capitati 5 volte...”*

T: *“Quando si è manifestato il primo?”*

P: *“Due mesi fa...”*

T: *“È successo qualcosa di particolare?”*

P: *“Ho incrementato la mia presenza al tirocinio... ho cominciato, poco prima dell'estate... per lavorare sul mio progetto di tesi... mi sento inadatta, come se avessi responsabilità troppo grandi rispetto a quelle che sento di poter sostenere. Il mio relatore è troppo sicuro di sé...”*

T: *“Cioè?”*

P: *“È molto criticante... esigente...”*

T: *“Come lo avrebbe voluto?”*

P: *“So che è colpa mia... ho molte lacune... argomenti che nella mia università di provenienza non abbiamo trattato...non mi hanno spiegato...”, ribatte in un sussurro contrito.*

T: *“Non le hanno spiegato...”*

P: *“Non ho rimediato a queste lacune...”*

T: *“Non le hanno spiegato...”, di nuovo con voce bassa vicino alla sua tristezza.*

P: *“Sì...ho capito cosa vuole dire...”, occhi lucidi, una risata dolce. Mi scruta timida con un flebile sorriso.*

T: *“Mi ha colpito che quando le ho chiesto come avrebbe voluto il suo professore... è passata a darsi la colpa...”*

P: "Avrei voluto che mi dicesse le cose con più dolcezza...", risponde piano con gli occhi ancora lucidi, mentre mi appare come una bambina che chiede una guida delicata ai suoi genitori.

Qualche istante di silenzio.

T: "Quando ha avuto l'ultimo attacco di panico?"

P: "Una settimana fa... dopo un altro rimprovero del professore..."

T: "Le sue difficoltà ansiose si manifestano solo all'interno della sfera universitaria... o anche in altre situazioni...?"

P: "Sono costantemente in ansia... ho sempre paura di sbagliare... di essere inadatta... ho sempre paura... per esempio... di non riuscire ad essere puntuale... poi... quando, per esempio, per strada mi chiedono informazioni... tendo a bloccarmi, a confondermi, a non trovare le parole per spiegarmi..."

T: "Come hanno preso in famiglia queste sue difficoltà?"

P: "Mi confido essenzialmente con mia madre... all'inizio non mi credeva... pensava fossero solo mie "fissazioni"... però, poi, quando ha visto che per un esame per il quale avevo studiato moltissimo... ho fatto scena muta... mi ha presa sul serio ed è stata molto solerte nei miei confronti... mi ha appoggiata nella mia decisione di venire qui... è venuta più spesso a trovarmi... vivo in un appartamento con mio cugino... che è più piccolo di me... anche lui studia..."

T: "Mi descriverebbe sua madre?"

P: "Dolce, apprensiva..."

T: "In che senso apprensiva?"

P: "È molto paurosa, sempre preoccupata di tutto... anche se devo fare 50 metri per andare al supermercato... mi dice stai attenta... è sempre in ansia, per qualsiasi cosa..."

T: "Come lei.."

P: "Sì..", ride, "solo che la mia ansia è più legata alla paura di non essere all'altezza... di essere inadatta... mentre mia madre è più ipocondriaca... per esempio... quando deve fare le analisi è sempre spaventata... ha paura dell'ago... ma ha paura anche che possa avere qualche problematica medica..."

T: "Ha detto anche che è dolce..."

P: "Sì... è sempre molto carina con me... sempre presente... per esempio... quando viene qui... e sa che devo andare al tirocinio... si alza presto per prepararmi il pranzo da portarmi..."

T: "Com'è il vostro rapporto?"

P: "È... un'amica... ci diciamo tutto... lei si confida con me e io con lei..."

T: "Come la fa sentire il fatto che sua madre si confidi con Lei?"

P: "Orgogliosa... da un parte... e poi sono contenta... penso che sia bello potersi fidare con la propria madre..."

T: "Invece... diceva... che il fatto che sua madre si confidi con lei... La fa sentire orgogliosa... da una parte... e dall'altra?"

P: "No no... bene... è bello... anche se mi piacerebbe avere un'amica... coetanea... con cui poter fare lo stesso..."

T: "Non ha un'amica con cui può farlo?"

P: “Avevo una migliore amica... che non sento più... da quando mi sono trasferita a Roma... si è allontanata... quando torno a casa... accampa sempre delle scuse per non vedermi... quando la invito... stavamo spesso insieme... ci confidavamo molto...”, triste e nostalgica.

T: “Come mai pensa sia finito il vostro rapporto?”

P: “Forse perché... ha sentito il mio trasferimento come un tradimento...”, si rattrista.

T: “Pensavo...che non dev'essere stato bello... trasferirsi... per portare avanti una cosa che le piace... e aver perso la sua amica che si è sentita tradita... e poi suo nonno... a cui era molto legata... al punto di privarsi di tornare dalla sua famiglia... per non prenderne atto... mi chiedo quanto possa essersi sentita anche in colpa...”

Piange.

P: “Sì... a volte penso che se non fossi andata via tante cose non sarebbero successe...”

Ancora, può essere lasciato spazio al bisogno del paziente di narrarsi, compiendo in seguito una ricostruzione sintetica di quanto ha raccontato, e procedendo solo successivamente a una riformulazione in termini di obiettivi e credenze patogene.

Il processo del counselling

Nei colloqui successivi, il paziente verrà lasciato libero di parlare di quello che preferisce. Il clinico, tenendo a mente il piano del paziente, lo aiuterà a divenire consapevole di come le sue credenze patogene organizzino la sua esperienza, interferiscano con i suoi obiettivi e diano origine ai suoi problemi. Sosterrà apertamente i bisogni del paziente e gli mostrerà come le credenze patogene che lo ostacolano abbiano avuto origine da esperienze traumatiche vissute nel passato. Tuttavia, sarà il paziente a dettare i tempi e gli argomenti di conversazione, e il clinico dovrà

primariamente prestare attenzione a riconoscere i test del paziente e a rispondervi adeguatamente, legittimando i suoi obiettivi, contrastando le sue credenze patogene e valorizzando le “ribellioni” che ha messo in atto.

Colloqui in “pillole”

Nonostante ogni “storia di counselling” segua uno sviluppo irripetibile determinato dallo specifico incontro tra un clinico con la sua peculiare soggettività e un paziente con determinate problematiche, risorse e bisogni, è possibile fornire uno schema di massima che funga da guida al clinico per la conduzione dell'intervento; fermo restando che la priorità deve essere sempre data alla comprensione dei bisogni del paziente e al superamento dei “test” che il paziente farà nel corso del trattamento.

Il primo colloquio sarà finalizzato alla comprensione delle problematiche del paziente, delle sue credenze patogene, e degli obiettivi sani che esse ostacolano e che spera di raggiungere con l'intervento; si dovrà cercare di comprendere, inoltre, la motivazione sovraordinata che ha spinto il paziente a fare riferimento a un intervento breve e, infine, dovrà essere formulato il piano del paziente.

Il secondo colloquio sarà volto all'approfondimento di quanto emerso nel colloquio precedente, con particolare attenzione all'esplorazione delle aree di vita in cui il paziente è ostacolato dalle sue credenze patogene e delle esperienze traumatiche da cui queste ultime si sono originate.

Durante il terzo colloquio dovrà essere posta particolare attenzione ai “moti trasformativi in atto” (Ferraro, Petrelli, 2000) e all'eventuale persistenza di credenze patogene che richiedono tempi più lunghi per essere elaborate e superate.

Il quarto colloquio costituirà il palcoscenico del “lavoro sulla fine” e si concluderà con una restituzione integrata di quanto emerso nel corso dei colloqui, delle credenze patogene di cui il paziente soffre, dei traumi da cui esse si sono originate, degli obiettivi

sani che esse ostacolano e che il paziente vuole raggiungere, dei progressi ottenuti dal paziente nel corso del trattamento e dell'eventuale persistenza di criticità per le quali può essere suggerito un percorso terapeutico più lungo.

Il follow-up sarà dedicato alla valutazione congiunta dei cambiamenti occorsi in seguito all'intervento, della persistenza di eventuali criticità, e del grado di soddisfazione dell'eventuale percorso psicoterapeutico intrapreso o dell'attuale necessità di intraprenderne uno concluso l'intervento di counselling.

“Il lavoro sulla fine”

La scelta del Counselling costituisce una sorta di test sovraordinato che si protrarrà per tutto il corso dell'intervento. I confini temporali dei singoli colloqui potranno essere sfidati in modo diverso o potranno essere concepiti come diktat stringenti a cui assoggettarsi. Fin dall'inizio del percorso, e sempre di più all'avvicinarsi della fine, il paziente, consciamente o inconsciamente, si confronterà con la prospettiva dell'imminente conclusione e con le emozioni, i pensieri, le aspettative e le paure che questa gli suscita. La natura di questo confronto dipenderà dal suo piano. Per questa ragione, ogni riferimento alla fine che il paziente può fare, sia direttamente sia metaforicamente nel contesto delle sue narrazioni, è importante che venga riconosciuto e, insieme al paziente, esplorato ed elaborato: i contenuti mentali che emergeranno favoriranno la comprensione del modo precipuo con cui il paziente testerà, per l'ultima volta il clinico sull'esperienza della conclusione.

Bibliografia

Adamo S.M.G. (1990), Un breve viaggio nella propria mente. Napoli: Liguori.

Adamo S.M.G., Chiodi A., Sarno I., Siani G. (a cura di) (2009), Servizi di counselling psicologico con studenti universitari: modelli, metodologie e prospettive. Napoli : A.Di.S.U..

Blos P. (1979). The adolescent passage: Developmental Issues. Intl Universities Pr Inc.

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

Ferraro F., Petrelli D. (2000), Tra desiderio e progetto. Counseling all'università in una prospettiva psicoanalitica. Milano: Franco Angeli.

Freud A. (1967), L'Io e i meccanismi di difesa. Firenze: Martinelli.

Di Maggio G., Montano A., Popolo R., Salvatore G. (2013), Terapia metacognitiva interpersonale. Milano: Cortina.

Gazzillo F. (2016), Fidarsi dei pazienti. Introduzione alla Control Mastery Theory. Milano: Cortina.

Kernberg O. F. (1984), Disturbi gravi della personalità. Torino: Boringhieri, 1987.

Laufer M., Laufer M.E. (1984). Adolescenza e breakdown evolutivo. Torino: Boringhieri, 1986.

Rangell L. (1969), "The intrapsychic process and its analysis: A recent line of thought and its current implications". In *International Journal of Psychoanalysis*, 50, pp. 65-77.

Silberschatz G. (1986), "Testing pathogenic beliefs". In Weiss J., Sampson H., & The Mount Zion Psychotherapy Research Group (a cura di), *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research*. Guilford, New York, pp. 256-266.

Silberschatz G., Curtis J.T. (1986), "Clinical Implications of Research on Brief Dynamic Psychotherapy, II: How The Therapist Helps or Hinders Therapeutic Progress".

Weiss J. (1993), *Come funziona la psicoterapia*. Torino: Boringhieri, 1999.

Weiss J. (1994), "The Analyst's Task: To Help The Patient Carry Out His Plan". *Contemporary Psychoanalysis*, 30, 2, pp. 236-254.