TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE: VALIDITÀ EPISTEMOLOGICA E VALIDITÀ TERAPEUTICA

Alfio Allò

Introduzione

La critica alla terapia cognitivo-comportamentale ha mostrato una *linea di demarcazione* non valida fra terapeuta e metodo, nella difficoltà a delimitare la sfera d'influenza del metodo e del terapeuta rispetto all'oggetto di studio (il paziente). Nel rilevare *incognite sistemiche e relazionali,* soggiacenti all'azione che definisce il colloquio terapeutico, si è definita, in tal modo, la difficoltà del metodo di controllare l'azione del terapeuta. Si è definita, pertanto, la difficoltà del metodo di controllare, tramite il terapeuta, l'azione del paziente. In pratica, si è mostrato il sistema metodo-terapeuta-paziente debole sotto il profilo epistemologico, nella labile delimitazione dei reciproci campi d'influenza, ovvero nella labile delimitazione di ipotesi di lavoro intersoggettivamente controllabili e riproducibili. Una dinamica che implica la possibilità, per il terapeuta, di influenzare il paziente, e di rimanerne influenzato, a prescindere dalle regole che il metodo applica, o dovrebbe applicare, in maniera utile a 'determinare' l'intervento terapeutico.

Sostanzialmente, nella *forma* necessariamente *limitata* del principio di causalità, e delle forme che ne conseguono (associazioni, inferenze, induzioni e deduzioni), si rappresentano *processi d'azione individuali*, tali da definire le incognite sistemiche, legate *al tipo di osservazione* che può compiere il sistema-individuo.

Processi individuali che, 'riempiti' con un contenuto semantico, formano *processi d'azione personali,* necessariamente *limitati*, così definendo le incognite relazionali, ovvero si decifra *un tipo di relazione* che fatica ad essere controllata dal metodo.

I processi d'azione, permettendo all'individuo di interfacciarsi con un mondo di significati, possono così delimitare la difficolta del terapeuta di agire all'interno di confini fondati sul metodo, ossia il principio di causalità, agito dal terapeuta, può faticare ad essere giustificato dai principi teorici e metodologici. Una dinamica che implica la possibilità che il terapeuta influenzi il paziente, e ne rimanga influenzato, tramite processi che si rappresentano nel pericolo di una deriva soggettiva, con ovvie ricadute su quanto *si dovrebbe* offrire al paziente.

Con tale dinamica non si è esclusa una validità terapeutica, piuttosto, si è intesa una validità potenzialmente indecidibile, nella difficoltà ad essere ricondotta al metodo, al terapeuta o al paziente.

Se le incognite *partecipano* delle *giustificazioni* caratterizzanti la terapia cognitivo-

DOI: doi.org/10.36131/psichpsicoterapia240402
Sottomesso Aprile 2024, accettato Setttembre 2024

 © Giovanni Fioriti Editore s.r.l.

comportamentale, allora l'apparato 'tecnico' partecipa di una *matrice sistemica e relazionale* difficilmente controllabile, o escludibile, dal metodo. Per questo possiamo parlare di incognite che *inquinano* il metodo, presenti *nonostante* l'applicazione del metodo. Nella mancata esclusione di un impianto relazionale, inquinato dalle incognite suddette, si mostra in effetti un contenuto che fatica ad essere giustificato da un nesso causale *plausibile*. Un contenuto che può rimanere, in tal modo, indeterminabile, per l'appunto, un'incognita, rispetto alla responsabilità di chi lo agisce.

Se le ipotesi applicate dal metodo non possono controllare l'espressione di un contenuto inquinato dalle incognite sistemiche e relazionali, così giungendo, tale contenuto, ad inquinare il metodo stesso, allora le ipotesi applicate dal metodo, poste con un determinato significato, possono risultare indistinguibili rispetto al campo semantico che il terapeuta può, al contempo, personalmente esprimere. Nella difficoltà a distinguere i campi d'influenza riconducibili al metodo, al terapeuta e al paziente, è quindi possibile parlare di una linea di demarcazione metodo-terapeuta non valida. In pratica, le incognite sistemiche e relazionali, basate sui processi individuali e personali, rappresentano significati non controllabili o non ri-controllabili.

Ecco, allora, che la parte 'tecnica', necessariamente delimitata nell'osservazione del principio di causalità, contemporaneamente implica, o non esclude, una relazione terapeutica imperniata, come la struttura tecnica, sull'osservazione del nesso causale. È vero, dunque, che i concetti utilizzati per spiegare la pratica clinica possono implicare una varianza fra i terapeuti, ma gli stessi concetti possono implicare una significativa differenziazione relazionale.

Così, attraverso determinati concetti (relazione, creatività, espediente, responsabilità, intuito, empatia, razionalità, sintonia, aspettativa, conferma, previsione, autonomia, distanziamento, co-costruzione, causalità, realtà, manipolazione, interpretazione, stato emotivo, ricostruzione, convalida, maturazione, validazione…), si sono confrontate le giustificazioni degli autori citati con un principio di causalità inescludibile, ad esse soggiacente, decifrando non solo la *presenza* di una relazione terapeutica, ovvero la presenza di un rapporto personalmente costruito, piuttosto circoscrivendo *il modo di funzionare* della comunicazione umana.

Si sono portate in superficie, in tal modo, problematiche che si presentano in maniera *trasversale* ai differenti approcci terapici. Non a caso, un precedente lavoro (Allò, 2014) ha definito una critica valida a prescindere dai singoli orientamenti teorici e metodologici. Nella presenza di *incognite* circoscritte dal sistema di possibilità dell'individuo e dalla *relazione* che si apre fra differenti individui, si è caratterizzato, in pratica, un metodo che fatica a controllare:

"(i) la posizione in cui si pone il terapeuta con le proprie possibilità di spiegazione, (ii) il nesso causale agito da tale posizione, (iii) l'interpretazione definita con le connessioni causali poste, (iv) il punto d'inizio del percorso terapeutico, inizializzato dal terapeuta sulla base delle precedenti premesse, tali da porre un risultato non controllabile intersoggettivamente e non riproducibile, (v) la delimitazione del terapeuta rispetto al metodo, non risultando decidibile quanto il punto di partenza e il percorso di ricerca siano riconducibili al terapeuta o al metodo, (vi) la limitazione imposta dal paziente, nell'influenza sul terapeuta, (vii) la possibilità si 'spieghi' più il terapeuta che il paziente, (viii) l'influenza reciproca del sistema terapeuta-paziente" (Allò, 2017, p. 3).

Un metodo quindi posto nella difficoltà a controllare adeguatamente il canale di comunicazione

terapeuta-paziente, basato su processi d'azione, sia *individuali* sia *personali*, inescludibili.

Processi individuali che rappresentano *un'azione comune a tutti gli individui* (osservazione del principio di causalità, posto alla base delle forme che ne conseguono), nella possibilità che tali processi diano luogo a contenuti personali non necessariamente appropriati, se non supportati da ipotesi di lavoro adeguate. Ovvero, i processi personali sono delimitabili nella possibilità di agire, da parte *di ogni singolo individuo*, contenuti semantici differenti (e limitati), pur osservando quelle che sembrano le stesse relazioni causali. Diciamo che, pur avendo apparentemente a disposizione le stesse informazioni, può implementarsi un principio di causalità che dà luogo a interpretazioni differenziate, non necessariamente adeguate. Oppure, si potrebbe dire, può implementarsi un principio di causalità che dà luogo ad una re-interpretazione rispetto a quanto un determinato contenuto può già delimitare.

Una differenziazione del contenuto che può caratterizzare in maniera personale, nel reciproco ri-conoscersi, una relazione che l'individuo volge all'altro-da-sé e a se stesso. Inoltre, una relazione basata su *possibili* interpretazioni, non mediate dalle ipotesi del metodo (Allò, 2017; 2021a). Tutto ciò nel porsi di un *modo d'essere* non esattamente delimitabile ed etichettabile. Una differenziazione del contenuto, in effetti, da ricondurre alla conoscenza pregressa, innestata sulle caratteristiche innate (modo d'essere). Ovvero, ogni individuo possiede parametri di valutazione personali (*modalità d'azione*) che definiscono l'osservazione (personale) del nesso causale e delle relative forme, ponendo specifici contenuti.

Una dinamica che definisce un modello di ragionamento (un modo di ragionare) da intendere nell'implementarsi del principio di causalità, e delle conseguenti forme, attraverso il collegamento con i parametri di valutazione pregressi. Un modello di ragionamento dunque riconducibile ad un punto di vista che, definendo il tipo di interpretazione, influisce sulla personale relazione.

Tale dinamica pone delle incognite nel processo relazionale, e interpretativo, del percorso terapeutico, mostrando le regole del metodo tendenzialmente inadeguate a controllare i processi che caratterizzano la comunicazione umana. Per questo si è posta una linea di demarcazione non valida fra il 'sistema terapeuta-paziente' e il 'sistema metodo', visto che il percorso terapeutico fatica a mostrarsi *decidibile* nel venire ricondotto al metodo, al terapeuta o alle caratteristiche del paziente. Conseguenza del fatto che le ipotesi di lavoro applicate dal terapeuta, o che il terapeuta *crede* di applicare, inquinate dalle incognite relazionali, possono non essere distinguibili, nella fase esecutiva del rapporto terapeutico, e nei possibili effetti, rispetto alla personale azione del terapeuta (e/o del paziente). Il percorso terapeutico può fondarsi, non a caso, su altri significati rispetto a quelli esplicitamente applicati e creduti validi nell'essere riferiti al metodo. Ecco, dunque, innalzarsi la possibilità di un *arbitrio personale*, peraltro nella difficoltà ad *ottimizzare il metodo*, non essendoci un ritorno adeguato dell'informazione.

Un meccanismo che giustifica una differenziazione fra i terapeuti, caratterizzandoli nel *modo di relazionars*i.

Nel considerare tali premesse, permanendo la possibilità di distinguere specifiche variabili in relazione ai particolari ambiti terapeutici, si è posto un livello di analisi *sovraordinato*. Le incognite relazionali si presentano, in effetti, in maniera *trasversale* alle varie correnti psicoterapiche, circoscritte dalla *similitudine* definita fra i terapeuti nella *individuale* tipologia d'azione, nella presenza del principio di causalità. Una similitudine che, al di là delle differenze

teoriche e metodologiche, può sfociare in una differenziazione *personale* (contenuto del principio di causalità e delle forme che ne conseguono), così definendo una possibile variazione terapeutica non solo fra metodi differenti, ma anche all'interno di uno stesso metodo. In questo senso si è circoscritta una spiegazione sovraordinata, vincolata alle caratteristiche della comunicazione umana, prima ancora che alle caratteristiche dei singoli metodi, per dinamiche che i principi teorici e metodologici faticano a controllare o ad escludere.

Una spiegazione che ha definito la difficoltà per la psicoterapia di riconoscersi nell'oggettività che caratterizza altre discipline scientifiche, basate su ipotesi di lavoro che consentono un maggiore controllo intersoggettivo. Ipotesi che permettono di comprendere, da parte dei differenti attori, se si stanno rispettando le regole del metodo *o se si sta fuoriuscendo, magari in maniera giustificata, da quanto esse vorrebbero definire*.

Tenendo distinto il concetto di incognita (non controllabile) dal concetto di variabile (controllabile) è pertanto possibile che il terapeuta sovrascriva le regole del metodo. È quindi possibile 'costruire' il paziente al di là di quanto si vorrebbe delimitato dalle regole del metodo. Maslow (1954) ha d'altronde sottolineato il vincolarsi della terapia alla personalità del terapeuta, dunque nella necessità di essere spiegata nella possibile arbitrarietà. Questioni sollevate anche da Roth e Fonagy (1996), come del resto da Giusti et al. (2000). Un'azione da decifrare non semplicemente in relazione ai vari orientamenti teorici, nelle possibili e differenti interpretazioni (Kagan, 1998; Griffith & Griffith, 1994), piuttosto da trascinare *all'interno* delle diverse metodologie. Ciò significa che le dinamiche fondanti il presente lavoro non devono essere rintracciate rispetto ad una distinzione fra i vari modelli, sia teorici sia metodologici, all'interno dello spunto definito dall'alveo della terapia cognitivo-comportamentale, piuttosto nell'intenzione di rintracciare un tratto comune fra i terapeuti, tale da spiegare le differenze che possono aversi *nonostante* le similitudini, o le disuguaglianze, caratterizzanti specifici modelli. In pratica, si è ricercata una continuità adatta a spiegare un'azione terapeutica potenzialmente differenziata e differenziabile non solo fra differenti modelli, ma anche all'interno di uno stesso modello, non potendo escludersi una *matrice relazionale basata sui processi d'azione suddetti*.

Quanto delimitato da Popper (1963) può dunque assumere un valore adeguato in psicoterapia solo nell'attuarsi di un controllo sulle incognite personali ed interpersonali, ovvero sulle incognite di una relazione volta a se stessi o all'altro-da-sé, personalmente costruita tramite i processi individuali. Premessa necessaria per giudicare *in seguito* 'oggettivamente' il valore della teoria e della prassi. *Tale valore*, in effetti, *potrebbe non essere applicato, o potrebbe mancare di un'applicazione adeguata, quindi nella difficoltà di essere esaminato in maniera appropriata*. Nel sollevare dubbi sulla rilevanza delle diverse forme psicoterapiche (Talvitie, 2015), e nel considerare i fattori relazionali (Semerari, 2000), bisogna quindi considerare che le regole del metodo possono 'soccombere' al 'disturbo' operato da incognite atte a definire *un terapeuta maggiormente vincolante rispetto al metodo*. Ciò implica una causalità debole sotto il profilo epistemologico, ossia una causalità *più limitata del dovuto* perché contaminata da incognite che rendono problematico validare il percorso terapeutico sulla base dei principi teorici e metodologici. *Il problema*, dunque, *non si pone nella limitazione del (particolare) metodo psicoterapico*, bensì nella possibilità di ricontrollarlo nelle incognite personali, oppure nella capacità di escludere tali incognite. Premessa necessaria per avere *in seguito* la possibilità di giudicare in maniera maggiormente oggettiva i principi applicati, procedendo ad una eventuale

ottimizzazione.

Non a caso, se l'interpretazione *non* è riconducibile alle regole che il terapeuta *crede* applicare del metodo (Allò, 2017), allora si può faticare a ri-controllare il terapeuta. Il metodo, di conseguenza, può trovare problematico controllare (tramite il terapeuta) l'oggetto di studio, ovvero il paziente. Può risultare, pertanto, indecidibile la stessa posizione del paziente. Una questione che implica rilevare la differenza fra ciò che è descritto (e non spiegato) a livello teorico e ciò che *rimane* non descritto (e non spiegato) a livello metodologico, *nella fase esecutiva* (Allò, 2021a). Possiamo pertanto mostrarci d'accordo con Grünbaum (2004), sulla (mancata) rilevanza di connessioni causali che dovrebbero collegare le scelte del paziente (e del terapeuta) a determinate istanze teoriche, ma dobbiamo anche interrogarci sulla causalità agita all'interno del rapporto terapeutico, presente *a prescindere dall'istanza teorica che si vorrebbe giustificare*.

Centrare quanto i differenti orientamenti teorici condividono (Allò, 2017; 2021a) significa attuare una riflessione funzionale alla ricerca clinica, poiché nel mancare una validità epistemologica può essere data una validità terapeutica, ma *senza validità epistemologica risulta problematico validare il risultato terapeutico*, nel mostrarlo intersoggettivamente controllabile e riproducibile. Questo anche al di là delle differenze che è possibile porre fra un approccio ermeneutico e un approccio empirico (Allò, 2017; 2021a).

Una precedente critica, agita nei confronti della psicoanalisi (Allò, 2017) e nei confronti dell'approccio rogersiano (Allò, 2021a), ha mostrato, in tal modo, differenze fra i terapeuti potenzialmente *casuali e occasionali rispetto al metodo*. Una critica qui da traslare verso la terapia cognitivo-comportamentale, definendo l'interpretazione di una relazione che, risultando personalmente costruita, può non essere controllabile, nonostante le specifiche tecniche. Una dinamica non facilmente escludibile da una qualsiasi sovrastruttura tecnica.

In sostanza, se le incognite citate costituiscono il tratto d'unione fra i terapeuti, ponendosi una continuità basata su processi d'azione inescludibili, allora possiamo spiegare, in maniera differente dalle caratteristiche tecniche, le potenziali differenziazioni terapeutiche. Nell'interesse a centrarci sull'impianto relazionale, e nella difficoltà di controllare adeguatamente le incognite basate sulle caratteristiche del terapeuta e del paziente, possiamo rilevare, in effetti, una dinamica *sempre* presente, a meno che non si voglia un qualsiasi modello (teorico e metodologico) capace di escludere un impianto relazionale riferibile, per l'appunto, alle caratteristiche del terapeuta e del paziente, con ciò escludendo le caratteristiche dei sistemi coinvolti. Una dinamica non risolvibile, a meno di non credere che il metodo possa *realmente* controllare, in maniera valida sotto il profilo epistemologico, tali caratteristiche.

Le caratteristiche d'azione del terapeuta (e del paziente) sono quindi fondamentali e fondanti rispetto al modello entro cui sono inscritte, rappresentando *una linea di continuità presente al di là delle caratteristiche tecniche*. È quindi possibile spiegare una differenziazione terapeutica, non controllata dal metodo, nel passaggio (differenziato e differenziabile) che l'azione terapeutica può rappresentare (sulla base delle incognite relazionali) fra i differenti terapeuti (all'interno di uno stesso modello) e fra differenti terapeuti appartenenti a diversi modelli (sia all'interno della stessa famiglia "terapeutica" sia fra differenti famiglie).

Non volendo discutere riguardo l'incidenza delle particolari metodologie e riguardo le capacità del terapeuta (che generano varianza) occorrenti ad applicarle (Sibilia, 2009), si intende

registrare uno stato di fatto, nel sottolineare che le capacità del terapeuta sono anche 'relazionali' (non solo 'tecniche') e, nell'essere personali, possono 'oscurare' il metodo (questione da centrare sui demeriti del metodo, non abbastanza potente da controllare l'oggetto di studio). Sicuramente si pongono delle variabili che possono influenzare il risultato sulla base delle caratteristiche del terapeuta e del paziente (Lo Coco, 2021), per dinamiche che implicano incognite intersecate con la *supposta* efficacia delle specifiche metodiche (o incognite che agiscono nell'esclusione delle specifiche metodiche).

Non possiamo quindi escludere che alcune terapie possano funzionare meglio di altre nella misura in cui lasciano 'libere', o non inibiscono, le caratteristiche personali del terapeuta e del paziente. Così, non possiamo escludere che alcuni metodi, magari di fronte a determinate patologie, possano funzionare nel lasciare un margine d'azione al terapeuta (e al paziente) più ampio (o differente) rispetto ad altri metodi, permettendo di centrarsi su significati 'altri' che non quelli creduti rilevanti dal metodo, nella costruzione di una relazione efficace. L'evidenza empirica, nel risultato prodotto, può essere in tal modo falsata dalle incognite sistemiche e relazionali, nella rilevanza assunta sulla base della condivisione di un significato non determinabile. D'altronde, non è possibile escludere che un metodo che funziona potrebbe essere ottimizzato più facilmente nel limitare la libertà d'azione del terapeuta e del paziente. Non per eliminare le caratteristiche dei singoli terapeuti, ma per permettere ad esse di esplicarsi in maniera controllata, così nella possibilità di essere ottimizzate.

Nel caso della terapia cognitivo-comportamentale, è possibile parlare, fra l'altro, di un esplicito "impiego a fini clinici della relazione terapeutica" (Balestrini et al., 2011, p. 252), con un tipo di interazione che, a maggior ragione, deve essere considerata nell'intervenire su "modalità relazionali patologiche" (Balestrini et al., 2011, p. 265).

Se le caratteristiche del terapeuta, *relazionate* alle caratteristiche del paziente, possono agevolare un rapporto *personalmente* costruito, allora ci si pone nella possibilità che la relazione terapeuta-paziente *subentri* sulle mancanze del metodo. Appare così arduo escludere differenze fra i terapeuti, ad esempio riguardo all'empatia (Watson, 2002), ad eventuali problemi personali o all'aderire strettamente ad una manualizzazione della terapia (Gazzillo et al., 2012); tuttavia, è nella possibilità di definire una cognizione inferenziale, ad esempio per quanto circoscritto da Di Pietro (2015), soprattutto nel rilevare l'impossibilità di escludere il principio di causalità, che vanno ricercati *i processi sottostanti* ad una spiegazione posta nell'*apparire* di determinati concetti (empatia, problemi personali, manualizzazione…), così sottolineando una rappresentazione che può prescindere dalle capacità tecniche. Ovvero, ammettendo abilità relazionali più o meno adeguate (Gilbert & Leahy, 2007), al contempo ammettendo il percorso terapeutico non poter escludere una cognizione inferenziale, riferibile, in maniera differenziata, all'osservazione del principio di causalità, ecco che il *problema* relazionale *deve* essere osservato nelle inescludibili differenze che i terapeuti possono agire sia all'interno di uno stesso metodo (Thoma et al., 2015) sia nella similitudine d'azione che è possibile ritrovare fra differenti metodi, per aspetti che implicano delicate argomentazioni (Ruggiero et al*.,* 2018).

Giustificazione del metodo

La giustificazione del metodo, se adeguata, va intesa nella misura in cui rappresenta una ragione d'essere plausibile. In tal senso, i principi teorici e metodologici devono fondare un nesso causale in grado di porre una valida linea di demarcazione fra terapeuta e metodo, ovvero il metodo deve essere giustificato nell'influenzare significativamente il colloquio terapeutico, nella dimostrazione di un vincolo causale controllabile, verificabile, replicabile. In pratica, l'interpretazione deve essere riconducibile a regole chiare, ad ipotesi di lavoro che, nell'essere effettivamente applicate, rappresentano scelte mediate dal metodo, con una conoscenza che sa escludere la casualità e l'occasionalità dell'evento, nell'influenza dettata da 'ipotesi' altre rispetto a quelle del metodo. Così, dobbiamo chiederci se le soluzioni applicate per raggiungere un prodotto, o un risultato, terapeutico sono riconducibili al metodo.

Dobbiamo quindi "intendere dietro una qualsiasi scelta una ragione come motivo d'essere della scelta stessa" (Allò, 2021a, p. 130), al contempo intendendo "come razionale ciò che viene posto con una ragione (limitata), perché dietro qualunque scelta deve esistere qualcosa che (limitatamente) indirizza e giustifica la scelta stessa" (Allò, 2021a, p. 130). Le giustificazioni, dunque, testimoniano di una 'ragione' d'essere limitata, parzialmente rintracciabile tramite un nesso causale ovviamente limitato (Wason & Johnson-Laird, 1972; Feyerabend, 1975; Johnson-Laird, 1983; Simon, 1985; Minsky, 1988; Stich, 1991; Johnson-Laird, 1993; Piattelli Palmarini, 1995; Legrenzi, 2001). In ogni caso, giustificazioni che devono testimoniare di una ragione d'essere plausibile.

Le giustificazioni gestite da Ellis (1962; 1990) devono dunque confrontarsi con un principio di causalità inescludibile, interpretando il sistema terapeuta-paziente per com-prenderlo e ricondurlo alle regole del metodo, ossia ad una ragione d'essere plausibile. Insomma, l'osservazione dovrebbe sostanziarsi con un nesso causale in grado di giustificare non solo la posizione del terapeuta, ma anche quella del paziente, se anche una semplice inferenza, utilizzata dal paziente per interpretare gli eventi (Di Pietro, 2015), implica, di fatto, un nesso causa-effetto.

Giustificazioni che rappresentano un modello di elaborazione dell'informazione, ovvero un modo di ragionare che si spiega nel collegarsi, da una parte, alla concreta osservazione del nesso causale; d'altra parte, un modo di ragionare collegato a parametri di valutazione (non esattamente definibili) che delimitano un determinato punto di vista, quindi il *modo d'essere* dell'individuo. Un modo d'essere da identificare con la conoscenza pregressa, gradualmente innestatasi sulle caratteristiche innate dell'individuo, così formandolo nei propri parametri di valutazione. Parametri che decidono dell'osservazione causale, dunque decidendo della particolare ragione d'essere, rintracciabile nella particolare situazione vissuta. Un modo d'essere che pone l'individuo in una posizione pre-determinata, con un punto di vista sul mondo non esattamente quantificabile, ma che rimane *regolato*, senza essere *controllato* totalmente, da un determinato modello di elaborazione.

Se il modo di ragionare risulta collegato ad un modo d'essere (ad una soggettività) non esattamente quantificabile, non completamente riducibile a significati già pre-determinati, ecco che, insieme a giustificazioni riconducibili ad un apparato 'tecnico' già pre-disposto, è possibile si implementino giustificazioni che, sulla base della soggettività espressa, possono modificare

o rinnovare l'apparato tecnico. Giustificazioni che devono risultare collegate, ad ogni modo, a regole ricontrollabili ed eventualmente riformulabili. Se può risultare pertanto problematico definire un'azione basata su parametri univoci, tuttavia, nella presenza di una struttura tecnica verificabile o falsificabile, è possibile accogliere una procedura sottoponibile a prova, ossia è possibile accogliere le variabili di un ragionamento ricontrollabile. Un ragionamento, quindi, riconducibile ad un determinato *modo di fare*, ad un *saper-fare*.

Le giustificazioni gestite da Ellis (1962; 1990), per essere comprese nella cornice entro cui si muovono, devono quindi relazionarsi con la distinzione fra un modo d'essere e un *modo di fare* riferibile a specifiche competenze tecniche. Se le giustificazioni riferibili al modo di fare possono implicare un'influenza dettata dal modo d'essere, allora non possono ridursi ad un asettico *saper-fare*. È in effetti possibile applicare una particolare conoscenza, attinente a un determinato settore d'interesse, in maniera *personale*, dunque in maniera differenziata rispetto ad altri professionisti della stessa disciplina. In sostanza, è possibile ammettere delle variazioni rispetto a quanto stabilito da regole utili a delineare una (limitata) direttrice teorica e metodologica. Ciò significa che il metodo deve essere abbastanza potente da consentire di rilevare le variazioni dovute al modo d'essere (alla soggettività del ricercatore), nella interpretazione che compie del metodo. Deve attuarsi, in tal modo, una conoscenza in grado di *riconoscere* le potenziali variazioni, all'occorrenza *decidendole* nel porsi in accordo o in disaccordo con la teoria e la prassi di riferimento, sulla base di un riscontro causale attinente alle *variabili* poste. Un modo di fare dunque collegato al modo d'essere, nella possibilità di una interpretazione non univoca di determinati principi (teorici e metodologici), in ogni caso permanendo un'interpretazione ri-controllabile.

A questo punto dobbiamo chiederci quanto le giustificazioni di Ellis (1962; 1990) possono rientrare all'interno di tale dinamica, ovvero all'interno di un processo controllabile o ri-controllabile. Il modo d'essere, in effetti, può risultare collegato non solo a un modo di fare, ma anche a un *modo di relazionarsi*.

In pratica, la relazione terapeuta-paziente, come il saper-fare, risulta collegata ai parametri di valutazione pregressi. Una relazione, quindi, che può essere influenzata dal modo d'essere. Ecco, dunque, che il metodo, allo stesso modo in cui controlla il saper-fare, dovrebbe mostrarsi in grado di controllare gli effetti dovuti ad una differenziazione relazionale che può derivare da una osservazione *personale* del nesso causale, nel reciproco *ri-conoscersi* dei sistemi coinvolti. Il problema è che tale riconoscersi può non essere riconducibile ad un saper-fare, basandosi su un'affinità, e su un modo di 'vivere' la relazione, riconducibile ad un modo d'essere svincolato, perlomeno in parte, dai dettami del metodo. L'osservazione causale può quindi faticare ad essere ricontrollata, ovvero i principi teorici e metodologici possono faticare a controllare le variazioni relazionali, mentre possono, più facilmente, controllare le variazioni di un saper-fare personalmente costruito in relazione ad una sovrastruttura tecnica verificabile o falsificabile. Per questo il modo di relazionarsi può andare ad influire, in maniera non controllata, sul modo di fare, rendendo non controllabile lo stesso saper-fare. Nei reciproci campi di influenza, non esattamente delimitabili, il saper-fare potrà quindi non essere adeguatamente determinabile, nel distinguerne gli effetti che, si suppone, possono derivarne. Effetti, non a caso, che potrebbero derivare dalla relazione terapeutica, nell'implementarsi di un eventuale risultato terapeutico.

Riassumendo, le incognite sistemiche e relazionali sono basate sui processi individuali e personali. Ovvero, le incognite sistemiche sono vincolate ad un principio di causalità necessariamente limitato, come tale posto a rappresentare una potenziale incognita per l'osservazione dell'individuo, nell'atto stesso di essere limitato. Del resto, una potenziale incognita è rappresentata dalla stessa limitazione delle forme che derivano dal principio di causalità (associazioni, inferenze, induzioni e deduzioni). Principio di causalità e forme sono i processi individuali che sfociano nei processi personali, nell'atto di assumere un contenuto, attualizzandosi come incognite relazionali nel momento stesso in cui il principio di causalità, e le conseguenti forme, si definiscono con un significato caratterizzante una relazione da intendere come reciproco riconoscersi fra individui.

I processi individuali e personali possono quindi caratterizzare una relazione con un contenuto personalmente costruito, sulla base di un modo d'essere che sfugge al metodo. È vero, i processi d'azione possono risultare effettivamente ri-controllabili, ma solo se le ipotesi di lavoro si mostrano adeguate. Se la relazione fa quindi riferimento ad un modo d'essere non facilmente etichettabile, a un modo d'essere che decide, al contempo, dell'osservazione causale tramite i parametri di valutazione pregressi, ecco che le ipotesi applicate possono mostrarsi inadeguate a controllare il sostrato semantico della relazione. Non sono semplicemente i processi d'azione a non essere controllabili, piuttosto, non è ricontrollabile la relazione che con essi risulta personalmente costruita, per un contenuto deciso da un modo d'essere non riducibile ad un saper-fare, quindi non riducibile ad ipotesi di lavoro verificabili o falsificabili.

Nella difficoltà ad escludere un campo relazionale, nel tentativo di centrarsi asetticamente sul saper-fare, può essere pertanto arduo implementare un percorso terapeutico basato su regole decidibili. Se lo schema che si vorrebbe ricondurre al metodo risulta inquinato dalle incognite relazionali, allora il percorso terapeutico può risultare influenzato, anche in maniera significativa, da una *qualità* della relazione che può non essere riducibile al metodo, come tale non ricontrollabile negli effetti prodotti. Una qualità della relazione collegata alla *qualità* del ragionamento che i soggetti coinvolti sono in grado di esplicare, per una tipologia di ragionamento non necessariamente riducibile a specifici significati. Così, a parte le problematiche da vincolare al concetto stesso di schema (Putnam, 1990: Marsonet, 1997), possiamo trattare, nel caso della psicoterapia, di problematiche potenziate da una relazione che inibisce lo schema (del saper-fare) che si crede utilizzare o che si vorrebbe attuare.

Insomma, il rischio insito ad una personalizzazione dell'interpretazione è sempre presente, nella tendenza ad influire sulla conoscenza del modo di fare, ma quest'ultimo, in riferimento a determinati ambiti di ricerca, risulta maggiormente vincolato a regole determinabili, rispetto al modo di relazionarsi. È quindi nella commistione fra modo di fare e modo di relazionarsi che si crea lo spazio per le incognite che, dall'apparato relazionale, giungono all'apparato tecnico. Motivo per cui, in psicoterapia, l'azione del 'tecnico' (del terapeuta) può non essere spiegata in maniera soddisfacente. È vero, un impianto relazionale non può essere escluso, quale sia la disciplina scientifica presa ad esame, con un modo di fare potenzialmente collegabile alle incognite relazionali. Semplicemente, nelle discipline scientifiche 'dure' l'impianto relazionale non risulta così rilevante ('intrusivo') rispetto all'oggetto di studio, anche se permangono, ovviamente, le *variabili* sistemiche che sfociano in una personale osservazione, in maniera adatta a generare

varianza rispetto alla struttura tecnica. Il metodo, quindi, non necessita di essere strutturato per 'controllare' le *incognite* sistemiche che sfociano nelle incognite relazionali, dovendo controllare 'solo' l'oggetto di studio, ossia il saper-fare che si determina nella relazione con l'oggetto. Un oggetto di studio che, per natura, può escludere le incognite relazionali, personali e interpersonali, nell'osservazione volta a se stessi o ad altri individui. Naturalmente permane una relazione (verso ciò che si esamina), ma in grado di ammettere più facilmente le *variabili* sistemiche e personali del modo d'essere, al contempo più facilmente escludendone le *incognite*. Questo grazie alla tipologia delle ipotesi di lavoro, adatte a sondare il ventaglio di possibilità del modo d'essere, giustificando o meno le scelte effettuate rispetto all'oggetto di studio.

In pratica, la posizione del terapeuta è definita dal modo d'essere (da un punto di vista sul mondo), atto a circoscrivere l'osservazione causale verso l'oggetto di studio, pur rimanendo un modo d'essere non esattamente determinabile. Se la posizione del terapeuta, rispetto all'oggetto di studio, non è controllata da ipotesi adeguate, allora sarà indeterminato il controllo dell'oggetto di studio; sarà quindi indeterminato lo stesso oggetto di studio.

Il modo di ragionare, ovvero il modello d'elaborazione, si pone, in tutto ciò, all'interno di un circuito interpretativo con influenze circolari. Se l'osservazione risulta collegata ad un principio di causalità sempre presente (nella concreta rilevazione dei nessi causali), al contempo mostrandosi collegata, all'estremo opposto, a specifici parametri di valutazione, posti a determinare l'approccio all'osservazione causale, allora si pone un modello di elaborazione che non può operare in maniera settoriale. Ovvero, il modo d'essere, com-prensivo dei differenti parametri di valutazione, non può rappresentarsi con un modo di ragionare separato in compartimenti stagni. È vero, i differenti parametri rappresentano un bagaglio di conoscenze diversificate in relazione al ruolo agito dall'individuo, riferendosi a particolari (e differenti) ambiti d'azione, ma il modello di elaborazione non può testimoniare di una incomunicabilità fra i vari settori (attinenti a un impianto di ricerca, lavorativo, familiare, amicale e, ovviamente, relazionale). Ciò significa che il modo di ragionare deve rispondere di una conoscenza che com-prende le possibili specializzazioni, a meno che non si voglia un ragionamento frammentato, non coerente, distaccato nel mancato passaggio delle informazioni da un settore all'altro, nel mancato riferimento di una conoscenza integrata nella commistione dei differenti ambiti d'interesse. In pratica, il modo di ragionare non può isolarsi centrandosi nettamente su specifici parametri, così escludendo ogni informazione che può derivare da differenti ambiti esperienziali, *a maggior ragione nel considerare un ambito relazionale inescludibile da un qualsiasi settore d'interesse*. Un ambito relazionale infatti presente, peraltro in maniera significativa, a caratterizzare il processo terapico.

Se l'ambito relazionale rimane causalmente osservato da un determinato punto di vista, con un ragionamento che fatica a com-prenderlo adeguatamente, nell'influenza di un modo d'essere non facilmente determinabile; se, al contempo, il ragionamento fatica ad escludere le possibili commistioni, derivanti da specifici settori d'interesse; se, di conseguenza, il ragionamento, nella mancanza di ipotesi adeguate, può faticare a focalizzarsi su un ambito di interesse specifico, ri-controllandosi per escludere le incognite di un impianto relazionale presente nell'intersecarsi, e nel differenziarsi, di specifici ambiti d'azione, ebbene, ecco che in psicoterapia si definisce il seguente problema: il modello d'elaborazione, *nelle implicazioni relazionali* ad esso associate, può influire sui percorsi di ricerca *al di là di un ragionamento riducibile al modo di fare* (teorico

e metodologico), quindi al di là del controllo che dovrebbe essere esercitato dalle regole del metodo con il saper-fare.

"In pratica va inteso come modello di ragionamento l'istanza che consente di elaborare l'informazione sulla base di un processo individuale (principio di causalità) e sulla base di un processo personale (contenuto delle forme). Un modello circoscritto da una determinata qualità (sulla base dei parametri di valutazione pregressi), osservabile nel tipo di osservazione causale. Con ciò si definisce il singolo ragionamento come il procedimento che fuoriesce nel collegarsi, in maniera più o meno consapevole, dei significati particolari, nel prodursi di determinate giustificazioni (poste con una ragione limitata)" (Allò, 2021a, p. 141).

A questo punto, cosa deve interessarci del fatto che le "ricerche sul ragionamento comune […] hanno dimostrato non solo che gli errori cognitivi sono commessi anche dai sani, ma che le persone depresse ne presentano in numero minore rispetto ai sani" (Rainone & Mancini, 2010, p. 226)? E cosa deve interessarci del fatto che gli individui "with a propensity toward pshychological illnesses reason better about topics pertinent to the illness than individuals without such a propensity" (Johnson-Laird et al., 2006, p. 835)? Deve interessarci un principio di causalità non escludibile da un ragionamento comune, esattamente come da un ragionamento patologico; deve interessarci, pertanto, una continuità d'azione fra normalità e patologia (Allò, 2021b); deve interessarci, inoltre, trovare un ragionamento che può definire la qualità inadeguata di una relazione 'sociale', seppur possano presentarsi specifiche competenze 'tecniche'; deve interessarci, infine, la possibilità di ritrovare un livello di spiegazione sovraordinato ai differenti approcci terapeutici.

Trovare una continuità d'azione nel ragionamento dell'individuo significa spiegare le difficoltà della psicoterapia, ma significa anche valutare, in maniera approfondita, un rapporto terapeutico che, sulla base delle caratteristiche della comunicazione umana, nasconde le potenzialità per porsi al di là delle problematiche epistemologiche. Una continuità, quindi, che spiega le debolezze del metodo, spiegando le caratteristiche della comunicazione umana, al contempo nella possibilità che tali caratteristiche *spieghino il deficit* e il modo per risolverlo.

Ritrovare un denominatore comune all'interno di una cosiddetta normalità o di un quadro patologico, come nel passaggio fra normalità e patologia (e viceversa), con un principio di causalità non escludibile da un impianto relazionale 'normale' o da una relazione patologica, significa testimoniare, non a caso, di un collegamento fra terapeuta e paziente. Spiegare la relazione tramite una 'ragione' che può indebolirsi nella propria coerenza, nel testimoniare una parziale frammentazione dei parametri di valutazione, giungendo all'inadeguatezza della relazione con l'altro-da-sé e con se stessi, implica, allora, inserire terapeuta e paziente all'interno di un *continuum* dove il ragionamento va inteso, per entrambi, nella possibilità di trovare "una ragione ─ una giustificazione ─ limitata e parziale nelle scelte effettuate, ritrovando una particolare ragione d'essere nella singola situazione" (Allò, 2021a, p. 138). Una dinamica che, nell'essere *condivisa* (fra terapeuta e paziente), fornisce una spiegazione delle differenziazioni soggiacenti al confronto fra 'ragione' e patologia, nell'atto di caricare i processi personali (contenuto delle forme) sui processi individuali.

Prendere in considerazione le caratteristiche della comunicazione umana, *prima* delle caratteristiche terapeutiche e patologiche, ritrovando un tratto condiviso fra individuo 'comune' (terapeuta) e individuo patologico (paziente), significa com-prendere la comunicazione terapeuta-paziente, anche nelle potenzialità inespresse. Infatti, nel trovare una possibile arbitrarietà relazionale, rimane plausibile che, proprio nell'interrogare le criticità dell'incontro terapeutico, sia possibile ri-costruirne alcune basi.

Questioni che, in relazione al paradigma odierno, possono ridursi ad una semplice questione, nel chiedersi *quanto* si utilizza il metodo per influenzare il paziente e *quanto* è possibile dimostrarlo nella misura espressa, nella delimitazione di una indecidibilità che testimonia di un nesso causale imprescindibile. Non a caso, se Ellis esclude una causalità posta a formare credenze errate e patologiche, certo non può escludere *in toto* il principio di causalità dalla fase esecutiva, quindi dalla relazione terapeutica. A questo punto, come decifrare quanto asserito da Mario Di Pietro nell'introduzione a Ellis, ovvero come decifrare il fatto che generalmente "i terapeuti RET fanno ricorso ad una vasta gamma di espedienti di dissuasione" (Ellis, 1990, p. 13)? Come decifrare, dunque, la possibilità di attuare "con molta creatività la procedura della messa in discussione" (Ellis, 1990, p. 13)?

Tralasciando la possibilità di definire o meno una misura della creatività, e se le convinzioni possono essere contestate a prescindere dalla misura espressa, dobbiamo chiederci, in ogni caso, cosa implica l'asserzione 'agire con molta creatività'. Dobbiamo quindi interrogare una creatività che, *personalmente* espressa (nell'essere basata su caratteristiche personali), può differenziarsi fra i terapeuti (con una influenza differenziata sul paziente). Se il metodo non può *decidere* della frequenza e della qualità della creatività, risulta arduo giudicare le possibili differenziazioni; risulta arduo definire il controllo che dovrebbe essere esercitato dal metodo sulla casualità e sulla occasionalità del prodotto creativo; risulta arduo prendere una posizione in merito all'incrementarsi dei possibili errori, se le caratteristiche personali, negli effetti prodotti, possono esulare dal metodo. Sarà ovvio che non si vogliono escludere (o inibire) le caratteristiche personali del terapeuta, piuttosto nella necessità siano decidibili dal metodo una volta espresse. Un controllo necessario, a meno che non si ritenga la creatività esplicarsi in maniera sempre adeguata.

Dobbiamo pertanto chiederci se può essere scontato distinguere il prodotto creativo da un prodotto altrimenti espresso nell'insieme dei legami concettuali del percorso terapeutico. Agire un processo creativo non significa escludere un nesso causale, non significa dimostrare la creatività nettamente separata da una causalità altrimenti espressa. Anche si volesse immaginare il processo creativo formarsi in maniera totalmente distaccata da un processo causale, il *prodotto* creativo rimarrebbe da spiegare (e da ri-controllare) tramite un nesso causa-effetto. Può risultare tuttavia arduo *decidere* un prodotto basato sulle scelte personali del terapeuta, se ammettiamo la procedura causale nella natura *ipotetica* che la caratterizza, ammettendo, inoltre, nel percorso psicoterapico un principio di causalità *più limitato del dovuto*, nell'essere inquinato da incognite personali che ne pregiudicano il valore epistemologico. Non appare nemmeno semplice, infatti, *parlare* di un prodotto creativo. Presentandosi una linea di demarcazione non chiara fra il terapeuta e il metodo, il prodotto potrebbe in effetti *apparire* come creativo, quando potrebbe rientrare, invece, all'interno della normale prassi terapeutica.

Dobbiamo quindi chiederci se il metodo può distinguere un significato innovativo, agito dal terapeuta, riconducendolo entro i confini della prassi terapica e/o della teoria di riferimento. In effetti, può non essere semplice per il metodo porsi nelle condizioni adeguate a verificare, accogliendolo, il prodotto creativo; d'altra parte, può non essere scontato per il metodo decidere il prodotto creativo nell'esulare eventualmente dai principi teorici e metodologici. Se il confine fra terapeuta e metodo non si mostra adeguatamente demarcato, può dunque mostrarsi ammissibile una creatività libera dalle regole del metodo. Ovvero, una creatività non riconoscibile e non decidibile dal metodo. In tal senso, è possibile che la responsabilità, attinente alla decisione sul prodotto, ricada sul terapeuta. Ovviamente, il terapeuta può *credere* che il prodotto sia riconoscibile e decidibile dal metodo, in realtà mantenendosi nell'alveo di un giudizio *personale*. Un giudizio che, nel mancato sostegno del metodo, più facilmente può non rilevare il prodotto nella effettiva sostanza e nelle eventuali mancanze. Ciò significa porsi nella condizione di accrescere i possibili errori del colloquio terapeutico. In pratica, dovesse il prodotto mostrarsi come non creativo e/o mostrarsi inadeguato, può risultare complicato definire una responsabilità appropriata rispetto a chi lo decide e agisce. Supponendo una responsabilità accentrata sul terapeuta, è così possibile rischiare un arbitrio dettato da capacità personali non necessariamente adeguate allo scopo.

Naturalmente è possibile che il prodotto funzioni sotto il profilo terapeutico, adattato nella *particolare relazione clinica*, al di là del dimostrarlo come dovuto al terapeuta, nell'utilizzo o meno del metodo e nell'essere o meno riconducibile al metodo. Tuttavia, permane la possibilità si innalzi l'incidenza di un arbitrio inadeguato nell''abbandonarsi' ad una procedura casuale e occasionale.

Così, anche nell'immaginare percorsi (potenzialmente) uniformi fra i differenti terapeuti, tali percorsi non andrebbero ammessi nel *supporli* basati su qualità personali *ipotizzate* come omogenee fra i terapeuti. Questo considerando che le qualità personalmente espresse operano nella difficoltà ad essere ricondotte al metodo. In effetti, rimane "l'incognita nel pensare l'uniformità di determinati risultati come dovuta ad una *somiglianza* fra le particolari capacità dei terapeuti" (Allò, 2014, p. 295). Una "somiglianza […] difficilmente misurabile, poiché una sua misurazione richiederebbe o di delimitare esattamente le regole del sistema-terapeuta per controllare se esse sono correttamente applicate nel caso singolo oppure di avere un metodo le cui regole siano capaci di controllare univocamente le possibilità d'azione del terapeuta" (Allò, 2014, p. 295).

Mancando una valida delimitazione permane, in tal modo, la possibilità si innalzi una fluttuazione fra scelte adeguate o inadeguate, sulla base di qualità terapeutiche non controllabili, con ciò nella possibilità si delimiti *un differente tipo di paziente* rispetto a quanto il metodo ambirebbe a controllare e/o rispetto alle regole che il terapeuta *crede* di applicare.

Se il metodo può faticare a *definirsi* nel tipo di relazione, nella possibilità venga da essa escluso, così nella difficoltà a ri-controllarsi tramite l'interazione in atto, è pertanto possibile che il risultato terapeutico risulti vincolato, di fatto, ad una qualità 'volatile' nel mostrarsi *relazionale*. Vale a dire, se è possibile ammettere un reciproco ri-conoscersi (fra terapeuta e paziente), ammettendo l'importanza della *relazione in sé*, bisogna al contempo ammettere una qualità relazionale che può mantenersi su significati *impliciti*, a prescindere dalla *esplicita* tipologia dell'argomento trattato. È così possibile che la particolare ed esplicita discussione

si ponga come un *corollario* di ipotesi rispetto ad un *nucleo* di ipotesi altrimenti implicite e semanticamente rilevanti.

In pratica, possiamo ammettere la qualità della relazione terapeutica dipendere dalla *affinità* che sistemi diversi (terapeuta e paziente) possono ri-trovare ed implementare in maniera differenziata (nel modo di 'vivere' la relazione). Possiamo quindi ammettere che non necessariamente il terapeuta (o il paziente) debba ri-trovare una affinità proficua nel variarsi della controparte. Ciò significa che la diade terapeuta-paziente può ri-trovarsi, o non ritrovarsi, in maniera più o meno spontanea, immediata e naturale, all'interno di un colloquio che, in maniera differenziata, può creare, o non creare, inutili barriere. Un meccanismo consentito dalla libertà che il metodo lascia al terapeuta o, potremmo dire, dalla difficoltà del metodo di controllare le dinamiche definite dalla soggettività dei sistemi coinvolti. Ciò significa che quanto viene esplicitamente discusso può acquisire importanza, o perdere d'importanza, nell'assenza, o nella presenza, di un'affinità che implicitamente definisce la qualità della relazione. Una qualità che può integrare il colloquio terapeutico o persino ad esso sostituirsi negli effetti prodotti.

Insomma, il corollario citato, posto a rappresentare le ipotesi di lavoro esplicitamente applicate, può rivelarsi non tanto significativo quanto il nucleo significante che nasce da un'*affinità*, non esattamente quantificabile, basata sul modo d'essere dei sistemi coinvolti. Ovvero, un modo d'essere basato sulle caratteristiche *personali* e sulla conoscenza pregressa che *personalmente* definisce gli attori in causa, definendoli nel tipo di ragionamento effettuato, con un approccio ovviamente incidente sulla relazione stessa. Un'affinità che può formarsi espandendosi al di là delle tematiche trattate, decidendo della qualità della relazione. Questo, tuttavia, è proprio il meccanismo che non consente di calibrare la responsabilità sui soggetti agenti, ponendosi dinamiche personali difficilmente controllabili. Una responsabilità, non a caso, che fatica ad essere ri-calibrata sul metodo, nella difficoltà a regolare e controllare il *tipo* di interazione, conseguenza del fatto che la *qualità* della relazione può risultare parzialmente indipendente dagli argomenti trattati, quindi dalle ipotesi esplicitamente applicate. Ipotesi che possono derivare dal metodo, ma che poi, negli effetti prodotti, possono rimanere non controllabili nella rilevanza assunta nella commistione con un genere 'personale' di ipotesi.

Dobbiamo quindi chiederci che modello di responsabilità può fuoriuscire dagli *effetti* che *si suppone* derivino dall'*applicazione* del prodotto terapeutico, se tali effetti possono derivare dalla relazione in sé e non dal prodotto che esplicitamente si offre al paziente. Appare, infatti, tutt'altro che scontato distinguere fra *prodotto* terapeutico, nel rivelarsi di determinati significati, e *risultato* terapeutico, *nel ricondurre il risultato al prodotto*, nella possibilità di una mancata decidibilità sulle scelte effettuate. Se la terapia può funzionare per *il tipo di relazione* che si implementa, allora il risultato non necessariamente deve mostrarsi vincolato a quanto *appare* in maniera evidente a definire il percorso terapeutico.

Stiamo ragionando, non a caso, sulla *decidibilità* del metodo, a maggior ragione nel rilevarne la difficoltà a circoscriversi sulle caratteristiche dei pazienti. Caratteristiche basate su quanto il metodo *vorrebbe* definire e controllare, a partire da determinate istanze teoriche, in realtà delimitandosi una discrepanza rispetto alla 'realtà' clinica. Ovvero, se la soggettività può risultare libera di esprimersi al di là delle caratteristiche che si vorrebbero monitorare, allora la percentuale dei possibili successi, o insuccessi, può divenire personale. In pratica, il metodo

potrebbe non essere significativo perché centrato su caratteristiche non rilevanti rispetto a quanto il percorso terapeutico può mettere, d'altro lato, in atto. "Se il metodo non può controllare tali meccanismi", non è infatti aleatorio supporre possano subentrare "le capacità personali del terapeuta per cercare di adempiere al compito" (Allò, 2021a, p. 133), e non è aleatorio credere che il terapeuta possa sostituirsi "a quanto il metodo vorrebbe regolare, quindi riformandosi l'arbitrio dettato dal terapeuta al di là del metodo" (Allò, 2021a, p. 133). Insomma, il metodo potrebbe *non essere applicato* o esserlo parzialmente, nell'accentrarsi dell'attenzione su ipotesi gestite dal sistema terapeuta-paziente e/o sulla conseguente relazione.

È pertanto giustificato interrogare gli *espedienti* e la *creatività* dei terapeuti RET succitati, nella possibilità *rimangano personali*, non subentrando il controllo del metodo. Ciò significa che potrebbe innalzarsi la possibilità di un'azione inadeguata, basata sulla indecidibilità del percorso, quindi nel mancato ri-controllo delle capacità/incapacità del terapeuta.

Ovviamente non si vuole escludere la personale creatività, "piuttosto volendo un metodo che, nel controllare il terapeuta, possa essere da questo anche, ed eventualmente, modificato, *proprio nell'avere chiare le regole sulla base delle quali si agisce*" (Allò, 2021a, p.136). Nella "possibilità di sovrascrivere il metodo" non si vuole dunque "una validità soggettiva (potenzialmente arbitraria), bensì un metodo che possa permettere alla soggettività di esprimersi chiaramente, *se necessario anche violando le regole che il metodo vorrebbe imporre*" (Allò, 2021a, p. 136).

Un problema d'altronde si pone, altrimenti dovremmo supporre di *avere trovato la soluzione alla valutazione oggettiva del percorso terapeutico*, volessimo ammettere una causalità univocamente riconducibile alle regole del metodo. Se i percorsi, utilizzati sulla base di determinati concetti, quali 'espediente' e 'creatività', fossero d'altra parte univocamente riconducibili al terapeuta, *avremmo trovato la soluzione alla valutazione oggettiva del terapeuta*.

Sarà chiaro che rimane legittimo distinguere un ragionamento "razionale", ritrovando una continuità fra normalità e patologia basata su "euristiche […] formalmente irrazionali […] impiegate da tutti gli esseri umani normali", come è legittimo rilevare un "ricorso alle euristiche […] improprio e disfunzionale" (Mancini & Gangemi, 2002, pp. 198-199). Tutto ciò, tuttavia, non risolve il rapporto terapeuta-paziente sul piano esecutivo. Ammettere una soluzione che si avvale di determinate euristiche ─ "scorciatoie pragmaticamente razionali, cioè funzionali agli scopi del soggetto" (Mancini & Gangemi, 2002, p. 198) ─ non esclude che si agiscano significati potenzialmente opachi, 'assoggettandosi' a regole in realtà non applicate o inapplicabili.

Su quali basi può allora concretamente ri-trovarsi "la coppia terapeuta-paziente" attraverso quella "costruzione comune" di cui parlano Bara e Cutica (2002, p. 278)? Le risposte del terapeuta, nei dialoghi riportati, ad esempio da Semerari et al. (2002), possono risultare uguali, o simili, nel diversificarsi della figura del terapeuta? La possibilità di una differenziazione è controllata dal metodo? Se non è controllata dal metodo, le differenti figure possono rappresentare percorsi terapeutici ugualmente validi? Oppure il diversificarsi del percorso terapeutico, nel rappresentare le differenze personali del terapeuta (e del paziente) nella relazione in atto, può circoscrivere differenze soggettive inadeguate e difficilmente valutabili? Stiamo quindi parlando di una possibile mancata efficacia, vincolata alla mancata decidibilità.

Ovviamente il "clinico raccoglie dati, formula ipotesi sulla loro base […] e poi le sottopone al paziente […] provando a verificare con lui se siano plausibili o meno" (Barcaccia, 2010, p. 30).

Viene così attuata una procedura ammissibile. Tuttavia, questo significa *davvero* che "il modello del clinico-scienziato" (Barcaccia, 2010, p. 30) è valido e che le ipotesi giudicate plausibili siano realmente tali? Ammettiamo che "il lavoro sulla storia di vita è sempre una ricostruzione […] risultato di un'interazione […] una sorta di co-costruzione" (Barcaccia, 2010, p. 30) e ammettiamo che sia lecito non aspettarsi di "pervenire ad una serie di informazioni asettiche o neutrali od oggettive" (Barcaccia, 2010, p. 30). Ebbene, pur ammettendo che "è […] possibile ed auspicabile tentare di ridurre al minimo le manipolazioni arbitrarie delle informazioni raccolte e le interpretazioni infondate" (Barcaccia, 2010, p. 30), rimane in ogni caso da chiederci se il *supposto* "atteggiamento di continua verifica empirica" (Barcaccia, 2010, p. 30) del clinico-scienziato minimizza *davvero* le manipolazioni arbitrarie e le interpretazioni infondate. Se le *premesse* poste dal metodo possono consentire al terapeuta di liberarsi da un approccio basato su regole definenti un *controllo esterno*, allora è possibile liberarsi da una procedura che può prevenire (o ricontrollare) le possibili infrazioni all'impianto terapeutico. Il terapeuta, di conseguenza, può porsi in una posizione non controllata, nella possibilità sia centrata sul proprio sistema di possibilità. Una posizione in grado di influenzare il paziente in maniera inadeguata (Allò, 2014). Nella possibilità che i significati terapeutici rimangano indecidibili, non è quindi possibile sostenerli nell'*assenza* di eventuali manipolazioni.

Naturalmente stiamo trattando di un problema concreto, altrimenti Barcaccia non parlerebbe nemmeno del (*tentare di*) ridurre al minimo le manipolazioni arbitrarie, come, del resto, le interpretazioni infondate.

Ciononostante, la terapia cognitiva si pone in una posizione *apparentemente* accettabile. Non a caso, viene sottolineato il concetto di responsabilità, in riferimento alla (supposta) autonomia del paziente dal terapeuta (e viceversa). Va delineata, in effetti, un'assunzione di responsabilità dettata dal riconoscersi arbitri di scelte che non possono che rappresentare il proprio sistema di possibilità, senza credere a una "Realtà esterna" e senza "delegare al 'destino', al fato, ciò che ci accade", in tal modo nell'assunto "che ciascuno di noi è un soggetto attivo e responsabile della realtà cui partecipa" (Telfener, 1991, p. 359). Infatti, se il paziente osserva la realtà dal proprio punto di vista, risulta opportuno sottolineare che le scelte personali si fondano "nel modo peculiare in cui l'individuo considera se stesso, le proprie esperienze e il proprio futuro" (Beck et al*.,* 1979, p. 30). Risulta d'altronde appropriato asserire, in relazione al paziente, che "attaccare il suo paradigma personale" può "suscitare confusione e forse frattura nel suo modo di interpretare e organizzare la realtà" (Beck et al*.,* 1979, p. 68).

Se consideriamo una 'realtà' che, in maniera coerente, non può che fuoriuscire dalla inescludibile responsabilità che comporta 'possedere' delle possibilità d'azione, nel definirsi di un punto di vista personale, più o meno adatto a circoscrivere le possibili alternative di scelta, allora occorre preparare il paziente ad accettare *attivamente* tali condizioni, facendole proprie attraverso percorsi strutturati. Insomma, occorre preparare il paziente a ri-costruire una propria e fattiva realtà, per evitare si trovi impreparato ad accettare nuove possibilità o che si disgreghi nell'osservare nuove alternative di scelta, oppure che accetti passivamente soluzioni pre-confezionate. Dinamiche delicate e che dovrebbero essere supportate dalla mediazione di un metodo. Risulta quindi legittimo ribadire che "il terapeuta" col giungere "prematuramente all'individuazione di una credenza fondamentale corre il rischio di confondere il paziente", o

che quest'ultimo, sempre in merito ad una credenza data dal terapeuta, "potrebbe […] essere d'accordo […] per compiacenza piuttosto che per convinzione, oppure potrebbe […] escluderla e […] impedire che […] venga disvelata" (Beck et al*.,* 1979, p. 221). Tuttavia, il vero problema consiste nell'offrire al terapeuta un sostegno (teorico e metodologico) adeguato, per attenuare un arbitrio potenzialmente inappropriato. Senza tale sostegno, infatti, è possibile si innalzi il rischio *che la realtà del paziente venga sostituita dalla realtà del terapeuta*, lasciando il campo a capacità personali non necessariamente adeguate allo scopo.

È così possibile trattare di una coerenza (teorica e metodologica) potenzialmente inadeguata nell'applicazione del colloquio terapeutico, se la posizione del terapeuta non è soggetta a regole decidibili, nella possibilità vengano infrante o tralasciate. In effetti, l'assunzione di responsabilità va intesa non semplicemente nell'essere vincolata al paziente, bensì co-costruita fra terapeuta e paziente. Se l'assunzione di responsabilità non è tuttavia giustificata nella garanzia dell'osservanza delle regole del metodo, ecco che può *innalzarsi* il rischio non solo di un'assunzione inadeguata da parte del terapeuta, ma anche di un'attribuzione inadeguata al paziente.

Vale a dire, è possibile rendere il paziente dipendente da significati che in realtà possono non rispondere al metodo, passando da un saper-fare ad un modo d'essere. L'*abitudine* ad una fattiva responsabilità dovrebbe in effetti *costruirsi* nella condivisione di un sostrato semantico che risponde di una messa alla prova valida sotto il profilo epistemologico. Certo, il terapeuta agisce nel delinearsi di una *possibile interpretazione*, come tale soggetta ad errori nell'implementarsi del metodo, ma nel mancare una valida linea di demarcazione terapeuta-metodo può innalzarsi il rischio di un'attribuzione di responsabilità che *può sembrare dettata dal metodo* e che, invece, *può essere fornita dal terapeuta*, divenendo così *personale*. Insomma, il prodotto terapeutico non dovrebbe essere centrato sulle *presunte* capacità personali del terapeuta, poiché ciò significa che non è possibile omologare (e potenzialmente innalzare) la frequenza delle possibili soluzioni, al contempo inibendo la frequenza dei possibili errori. Questo senza nemmeno prendere in esame che le aspettative del paziente dovrebbero essere principalmente volte ad un metodo, non alle capacità (presunte) del terapeuta.

Rimane quindi il dubbio su una relazione terapeutica non 'funzionale' al metodo, o meglio, rimane il dubbio su un metodo che può non essere funzionale ad una relazione terapeutica, incontrandola senza *riconoscerla*. A questo punto, ammettiamo un'assunzione di responsabilità non dettata dal metodo, come tale soggettiva; ammettiamo, quindi, un'assunzione, e un'attribuzione, di responsabilità sottoposte all'arbitrio, e alle capacità/incapacità, del terapeuta; ammettiamo, inoltre, di non poter escludere l'incidenza delle capacità/incapacità del paziente; ebbene, ecco che ci si può ritrovare all'interno di quel sistema potenzialmente *manipolatorio* succitato. Un sistema che può inibire le autonomie dei soggetti coinvolti. Il terapeuta, in effetti, potrebbe imporre le proprie scelte, o subire quelle del paziente, a meno che non si vogliano le capacità del terapeuta sempre adeguate allo scopo.

Precisare dunque l'utilità di "concepire la relazione terapeutica come uno sforzo congiunto", senza eliminare le incognite relative alla "necessità di essere in sintonia con le vicissitudini del paziente da seduta a seduta" (Beck, 1976, p. 161), significa *non* eliminare (decidendole) le differenziazioni, potenzialmente inadeguate, fra i terapeuti. Ovvero, significa non eliminare quanto la relazione *verso il metodo* non può controllare della relazione che il terapeuta

intrattiene *verso se stesso e verso il paziente*, per una sintonia che, nella possibilità derivi dalle caratteristiche *personali* dei sistemi coinvolti, può non solo rimanere allo stato di 'potenza', ma anche implementarsi attraverso significati 'altri' che non quelli applicati in maniera manifesta. Questo nella distinzione suddetta fra 'corollario di ipotesi' (significati espliciti, poco rilevanti) e 'nucleo di ipotesi' (significati impliciti, maggiormente rilevanti). Così, nel volere un metodo che si 'com-prende' tramite un concetto, come quello di sintonia, scoprendosi in realtà incapace di ricontrollarsi e di (ri)controllare la compatibilità dei sistemi, ecco definirsi un problema epistemologico.

Come accettare, dunque, la delimitazione che compie Beck (1976) fra quanto 'si sa' e quanto 'si crede'? Un credere basato su un "*sembra* che" (Beck, 1976, p. 186), su un'apparenza che, se inadeguatamente collegata con la realtà, rende difficile al paziente agire in maniera obiettiva. In pratica, il paziente può non adottare un determinato "*distanziamento*" dal problema (Beck, 1976, p. 177). Se il concetto di distanziamento è da rilevare come fertile, rimane ad ogni modo difficile accettare la delimitazione suddetta. Il 'sapere' non può in effetti escludere il 'credere' per il semplice fatto che l'individuo non può altro che agire per supposizioni (Feyerabend, 1975; Putnam, 1990), anche quando 'si sa', o meglio, quando 'si crede di sapere'. Così, porre delimitazioni difficilmente controllabili dal metodo, nel concreto della relazione terapeutica, significa lasciare spazio a meccanismi atti a liberare le potenzialità del terapeuta. Rimane da chiederci, nella difficoltà ad essere controllate dal metodo, quanto tali potenzialità possano essere adeguate.

In effetti, nell'asserire che "il terapeuta può impantanarsi nel sistema di convinzioni profondamente radicato del paziente" (Beck,1976, p. 162), e nell'ammettere ammissibile la funzione inversa, nella possibilità del paziente di impantanarsi nelle convinzioni del terapeuta, dobbiamo chiederci quanto le convinzioni del terapeuta possano essere supportate da capacità adeguate e quali le conseguenze, nell'atto di non essere mediate da un metodo.

Così, nel reciproco intersecarsi del sistema terapeuta-paziente, si pongono implicazioni che non dovrebbero essere date come scontate. Come può dunque Beck (1976, p. 65) asserire che la "possibilità che io abbia influenzato la natura dei racconti dei pazienti è resa minima dal fatto che i miei preconcetti personali erano contrari al contenuto emergente"? Ovvero, i presupposti teorici di Beck (non importa se a quel tempo ancora vincolati alla teoria psicoanalitica), non mostrandosi in accordo con quanto venivano a suggerire i significati dei pazienti, avrebbero dovuto bloccare il formarsi di determinati racconti. In pratica, mostrandosi tali presupposti non adatti a giustificare quanto i pazienti venivano ad esporre, non avrebbero dovuto consentire quanto effettivamente agito nel colloquio. Non essendo ciò avvenuto Beck ha ritenuto che la possibilità di avere influenzato i pazienti sia stata resa *minima*, per una questione che espone il fianco a diverse obiezioni.

Dobbiamo chiederci, in effetti, se i presupposti teorici di Beck erano effettivamente discordi rispetto a quanto *sembravano* suggerire i significati dei pazienti; dobbiamo chiederci quale valore potrebbe assumere ciò che *si pensa* sia stato reso 'minimo'; dobbiamo chiederci *quante volte* i preconcetti del singolo terapeuta possono risultare contrari al contenuto emergente e cosa potrebbe implicare il fatto che non lo siano; dobbiamo chiederci, infine, quante volte *differenti* terapeuti possono essere in grado di controllare i propri preconcetti teorici. Insomma, ammettendo una

possibile influenza, non quantificabile, dobbiamo chiederci quanto tale influenza sia *controllata* dal terapeuta.

Non possiamo tralasciare, d'altronde, l'influenza agita da parte del paziente sul terapeuta. Non a caso, si è posta una differenziazione del pensiero dell'autore, nell'essere "costretto a modificare" le proprie "idee" (Beck, 1976, p. 65), così abbandonando gradualmente la teoria psicoanalitica sulla base del ritorno dell'informazione (del riscontro) ottenuto dai pazienti (sempre per quanto l'autore sapeva osservare, credeva di osservare, 'voleva' osservare). Tuttavia, ammettendo un'influenza del paziente verso il terapeuta, visto che quest'ultimo può impantanarsi nelle convinzioni del paziente, o essere costretto a modificare le proprie idee, dobbiamo ammettere, al contempo, un'influenza reciproca dei sistemi. Come escludere, in effetti, un (rinnovato e non controllato) ritorno dell'informazione da parte del terapeuta verso il paziente? Se il terapeuta può essere influenzato, dobbiamo considerare allo stesso tempo il paziente influenzabile. Del resto, è proprio tale condizione che definisce la possibilità del paziente di essere curato. Per questo dobbiamo chiederci se i significati che il terapeuta rinvia al paziente possono essere controllati dal metodo. Nella possibilità non lo siano, dobbiamo chiederci se possono mostrarsi arbitrari, chiedendoci se è valida la delimitazione fra i significati riferibili al terapeuta (e al paziente) e i significati riferibili al metodo.

In sostanza, in che misura è *realmente* possibile al terapeuta controllare i propri preconcetti teorici? Ammesso che sia necessario e auspicabile, è possibile controllarli fin dall'inizio della seduta terapeutica? Certo, è possibile *tentare* di controllare alcune variabili, cercare di ammortizzare determinati effetti, ma questo significa *davvero* poter asserire che i propri significati di riferimento possano non influire, anche *minimamente*, sulla relazione? Porre un'opinione basata su quanto si crede debba apparire, o non debba apparire, dei propri significati, significa che si sta *necessariamente* controllando la propria posizione di fronte al paziente? Significa che, al di là dei preconcetti teorici, si ha un controllo adeguato su un qualsiasi significato che è possibile (re)inviare al paziente? Insomma, può porsi il dubbio su una posizione, quella del terapeuta, che rimane da interpretare nell'essere riconducibile alla teoria di riferimento o alle osservazioni personali. Dobbiamo quindi chiederci se i pre-supposti teorici e metodologici possono controllare il punto di vista pre-determinato del terapeuta (modo d'essere) e se possono ri-controllarsi escludendo la possibile influenza del modo d'essere. Al di là di un'azione asettica e semplicistica, ci dobbiamo pertanto chiedere se è *davvero* possibile delimitare i differenti campi di influenza e le possibili commistioni. Considerando i tempi e le modalità di implementazione di una teoria che passa attraverso un punto di vista personale, dobbiamo pertanto chiederci se può essere pronto, tale punto di vista, a discriminare, in ogni momento e per ogni *step*, non solo le possibili variabili 'tecniche', ma anche le incognite della relazione *in sé*. Del resto, se l'illusione epistemica nasce dal credere di riferirsi al metodo, riferendosi in realtà al proprio sistema di possibilità, ebbene, una volta ammesso tale limite, può essere problematico escludere un percorso terapeutico influenzato proprio dalle direttive teoriche che si vorrebbero estromettere.

Il terapeuta, come vorrebbe Beck (1976, p. 162), può quindi assumere "una posizione neutrale"? Anche riuscisse ad assumerla, potrebbe dimostrarla come tale? L'analisi dei protocolli forniti da Beck (1976), in effetti, lascia ampio spazio all'arbitrarietà dell'interpretazione del terapeuta e, susseguentemente, del paziente. Le domande del terapeuta sembrano sovente dettate non altro che

da un buon senso che, sempre benvenuto, non può d'altra parte fondare alcunché. Un buon senso che appare funzionare per il ruolo assunto dal (particolare) terapeuta di fronte al (particolare) paziente, non per il metodo in sé. Se è possibile affermare che in "psicoterapia si procede spesso per prove ed errori, sperimentando diversi metodi" (Beck, 1976, p. 164), mentre le ipotesi di lavoro rimangono fondamentalmente inadeguate all'oggetto di studio, significa che la rilevanza dell'accadere terapeutico, nel delineare prove ed errori, nel "delineare le sequenze causali" operando una loro "ricostruzione" (Beck, 1976, pp. 166-167), risulta quanto meno compromessa da un principio di causalità che può essere riferito all'osservazione (personale) del (personale) sistema di possibilità del terapeuta. Se la "realtà clinica […] è sempre […] una costruzione reciproca tra terapeuta e paziente dove facilmente si instaurano circoli di mutua convalida" (Semerari, 2000, p. 10); se, inoltre, le aspettative del terapeuta "hanno sempre un'influenza sulle risposte terapeutiche" (Semerari, 2000, p. 10); se, infine, il terapeuta "deve saper osservare le variazioni espressive non verbali del paziente" (Semerari, 2000, p. 82), con una variazione che "può sfuggire" ad una "attenzione cosciente", senza sfuggire "ai processi in parallelo che elaborano inconsciamente gli stimoli sottosoglia" (Semerari, 2000, p. 82), ebbene, dobbiamo trattare di dinamiche che possono 'sfuggire' al metodo, non escludendosi un'osservazione causale definita sulla base di *potenzialità* difficilmente decidibili; un'osservazione definita con *un modo d'essere* difficilmente circoscrivibile dal metodo. A maggior ragione nel pensare a un modo di "conoscere/costruire la realtà" (Di Blasi & Lo Verso, 1998, p. 47) esposto con una "'costruzione' dell'osservatore" (Giannone & Ustica, 1998, p. 162).

Dinamiche, come l'elaborazione degli stimoli sotto soglia, che, infatti, faticano a sottrarsi al concetto stesso di intuizione o di empatia, nella possibilità che tali concetti delimitino un riferimento diretto al modo d'essere dell'individuo. Se è possibile, nella valutazione dei parametri personali, che l'osservazione causale si distacchi dalle regole del metodo, implementandosi un processo empatico, o intuitivo, basato su differenze personali, allora bisognerebbe, per principio, poter tornare a un ri-controllo dei significati applicati. Altrimenti, se le *personali* capacità del terapeuta possono rivelarsi inadeguate, e se, in quanto personali, possono sfuggire alla soluzione rappresentata da un possibile ricontrollo, possiamo ammettere l'innalzarsi della soglia dei *possibili* errori. Naturalmente una soglia di errore è sempre presente, anche attraverso procedure controllabili, o ri-controllabili, ma ciò che può variare è la frequenza della casualità e occasionalità dell'accadere 'scientifico'.

Ammettendo dunque un tratto comune nell'osservazione del sistema-individuo (principio di causalità e forme), rimane implicito *un tipo* di osservazione ineludibile, valido non solo per uno stimolo (che si vorrebbe) 'cognitivo'. Ciò significa che anche la *percezione* empatica non esclude un nesso causale, peraltro nella possibilità di tornare a ri-conoscere l'empatia, potenzialmente ridefinendola nella conoscenza che la delimita. Tutto ciò rispetto ad un contesto d'azione a cui si giunge, e dal quale si diparte, sempre nella presenza di un vincolo causale.

Un meccanismo causale da ritenersi altresì valido per un intuito che può anche distaccarsi da nessi causali immediatamente riconoscibili, ma che deve tornare con essi a giustificarsi per poter essere riconosciuto. Non è pertanto possibile immaginare l'intuito lavorare sulla base di processi non collegati, e non collegabili, ad un sostrato semantico che ha concesso, nei vincoli causali, proprio *quel tipo* di intuito.

Allora, nell'asserire che *di solito* determinate variazioni non sfuggono allo "stato emotivo" del terapeuta (Semerari, 2000, p. 82), possiamo ammettere tale stato *non distaccato da un contesto causale*; possiamo altresì ammettere lo stato emotivo nella possibilità di essere, almeno occasionalmente, non all'altezza del compito, umanamente indebolito da un contesto patologico, ovvero un contesto incoerente, disgregato e disgregante (disturbante). Ammettiamo, inoltre, uno stato emotivo che può coinvolgere, o implicare, un processo empatico o intuitivo. Ecco che una differenziazione (in negativo) dello stato emotivo può condurre ad un'empatia, o ad un intuito, potenzialmente mancanti rispetto ai propri scopi, nella possibilità di ammettere, più facilmente, degli errori, ovviamente nella presenza ineludibile di un principio di causalità o, se vogliamo, nella sua mancata esclusione. Se supponiamo il metodo non strutturato per valutare la frequenza e le variazioni di intensità dello stato emotivo del terapeuta, allora possiamo supporre un metodo non strutturato per valutare la qualità di tale stato, 'decidendolo' nell'adeguatezza vincolata a determinate intuizioni o a una specifica empatia, quindi decidendolo nell'adeguatezza vincolata al singolo paziente, al singolo caso, al singolo evento. Dobbiamo quindi chiederci se risulta possibile 'calibrare' l'osservazione causale che ha condotto alla situazione particolare, o che da essa può derivarne, e dobbiamo chiederci se, eventualmente, intuito ed empatia possono sostituirsi (inadeguatamente) al metodo.

Uno stato emotivo, possiamo supporre, non distaccato dal fatto che "le aspettative del terapeuta" possono funzionare "come profezie che si autodeterminano" (Semerari, 2000, pp. 110-111); inoltre, uno stato emotivo non distaccato dal fatto che il "risultato finale" può dipendere "largamente dal gioco delle reciproche aspettative" (Semerari, 2000, pp. 110-111). Colleghiamo, dunque, lo stato emotivo a determinate aspettative e alla possibilità di fare delle profezie, così collegando il tutto alla possibilità di un risultato. Annotiamo, inoltre, che "l'impatto terapeutico di una tecnica specifica andrebbe sempre valutato a parità di contesto interpersonale entro cui la tecnica viene applicata" (Semerari, 2000, p. 112). Annotiamo, peraltro, la possibile implicazione di un'empatia e/o di un intuito più o meno adatti a sorreggere o a costruire il contesto interpersonale, delimitando una comunicazione (relazionale) più o meno efficace (un'affinità più o meno rilevante). Possiamo a questo punto rimarcare un legame fra stato emotivo, un "clima interpersonale" e un "dialogo socratico" (Semerari, 2000, p. 118), al contempo rimarcando l'implicita rilevanza di un (possibile) processo intuitivo od empatico. Ammettiamo, quindi, un'azione che può risentire di uno stato emotivo *non adeguato*, di aspettative non adeguate, di una relazione interpersonale non adattiva (e non ricontrollabile), peraltro nella possibile influenza di un intuito o di un'empatia *non necessariamente presenti*, ma che, se presenti, possono contribuire a determinare profezie inefficaci, se non dannose. Ecco, allora, porsi un meccanismo in difficoltà nel 'decidere' di differenze non adeguate fra i terapeuti, con ripercussioni sul risultato finale.

Dobbiamo quindi chiederci in che modo "l'indizio, già inconsapevolmente colto" (Liotti, 2005, p. 130), può rivelarsi significativo una volta portato alla consapevolezza del terapeuta. Tralasciando la capacità, differenziata e differenziabile, di cogliere inconsapevolmente determinati indizi e di riuscire a portarli alla propria consapevolezza, dobbiamo comunque interrogarci sulla capacità di riconoscere l'indizio come valido. Se terapeuti differenti "possono costruire percorsi più o meno validi, pur nell'assumere gli stessi principi teorici" (Allò,

2017, p. 17), e se, all'interno di tale procedere, un indizio può fare "intuire un cambiamento importante" (Liotti, 2005, p. 130), non è escludibile che la differenziazione, relativa alla validità del percorso, sia riconducibile al terapeuta e non al metodo. Ciò significa che deve porsi un dubbio sull'*attendibilità* dell'intuizione, nel senso che potrebbe persistere uno stato di fatto *apparentemente* attendibile, condiviso e condivisibile, ma in realtà *non valido* sulla base dei riferimenti riconducibili al metodo. Insomma, un'attendibilità soggettiva, come tale potenzialmente incline all'incrementarsi di possibili errori. Dobbiamo pertanto chiederci se il metodo può riconoscere una parvenza semantica, ossia un significato essenzialmente descrittivo, motivandolo sulla base delle proprie regole, mentre il percorso è in realtà riconducibile alla soggettività del terapeuta. In sostanza, è possibile che l'*apparenza* definita dalle regole del metodo sia utile a nascondere la casualità dell'evento terapeutico.

Se il successo terapeutico non necessariamente implica una procedura determinabile, allora sarà lo stesso paziente (oggetto della procedura) a rimanere indeterminato, sottoposto alla (personale) casualità degli eventi. Ovvero, il paziente non sarà sistematizzato sulla base di regole decidibili, ripetibili, ricontrollabili. Non a caso, l'intuizione (ma lo stesso può valere per l'empatia), può divenire "un problema nella mancanza di un controllo che può giustificarla in maniera arbitraria" (Allò, 2021a, p. 138). È possibile ammettere l'intuizione, per sua natura, fuoriuscire dagli schemi dati, dalla rigidità delle regole teoriche e metodologiche, ma dovrebbe saper tornare ad un processo causale giustificato da tali regole, per verificarle o falsificarle, e per ri-controllarsi nei possibili errori. L'intuizione può infatti 'crearsi' da problematiche non ben definite, può dipartire da premesse errate, può faticare a controllare meccanismi non demarcati da ipotesi di lavoro adeguate, in tal modo rimarcando la casualità dell'accadere terapeutico (Allò, 2021a). Se il sistema metodo-terapeuta-paziente rimane opaco, l'intuizione potrebbe persino giungere a deflettere l'attenzione da un nesso causale riconducibile ad ipotesi di lavoro (potenzialmente) significative.

Permanendo tali meccanismi, la "scoperta guidata", che "consiste nel trattare le convinzioni del paziente come ipotesi scientifiche" (Semerari, 2000, p. 118), pone non pochi dubbi. Nello stesso delinearsi del concetto di 'ipotesi scientifica' ci si dovrebbe interrogare sulla verificabilità, o falsificabilità, del processo *ipotetico* in psicoterapia. Nella capacità di *demarcare* i principi del metodo, e le ipotesi agite, rispetto al sistema di possibilità del terapeuta, si pone, in effetti, la possibilità di comprendere se si sta agendo all'interno del metodo o al di fuori di esso. È sulla base di tale meccanismo che si pone la possibilità di ottimizzare (o di variare) il metodo. Insomma, bisogna dipartire dalle premesse del metodo, almeno sapere se, e come, vengono applicate, se si vuole avere l'opportunità di variarle, al limite abbandonando il metodo. Se la linea di demarcazione metodo-terapeuta risulta inadeguata, "significa che le caratteristiche individuali ─ le forme agite dall'individuo, dunque dal terapeuta e dal paziente ─ non risultano centrate su ipotesi capaci di controllare il contenuto di tali forme, quindi di controllare il percorso terapeutico" (Allò, 2017, pp. 28-29). Il metodo, in pratica, non è "in grado di controllare quanto ognuno può agire di personale e potenzialmente di arbitrario" (Allò, 2017, p. 29). Questo significa che "il terapeuta non può giustificare né il percorso né il prodotto terapeutico sulla base del metodo, né d'altronde può giustificarsi sulla base di quanto direttamente rappresenta" (Allò, 2017, p. 29). Considerando un percorso che può "non essere lo stesso, e neppure simile, per

terapeuti differenti", inoltre considerando che "generalmente solo determinati percorsi possono mostrarsi determinanti ai fini di un risultato efficace nei confronti del paziente" (Allò, 2014, p. 294), ebbene, come giustificare la molteplicità differenziata e differenziabile che può venire a crearsi dalla *personale* figura del terapeuta?

Se il terapeuta può avvertire "dentro di sé la tendenza ad agire producendo una conferma delle previsioni del paziente" (Semerari, 2000, p. 127) e se "le aspettative iniziali del terapeuta relative al paziente tenderanno ad esercitare una pressione verso una loro conferma" (Semerari, 2000, p. 128), può non essere semplice assumere tale influenza come un "dato da studiare" (Semerari, 2000, p. 128). Un approccio, peraltro, non necessariamente adeguato nel porsi di 'aspettative', 'previsioni' e 'conferme', con una tipologia d'azione già 'marcata' dalla posizione pre-disposta sulla base dei personali parametri di valutazione, nell'atto stesso di inizializzare il percorso terapeutico. Una posizione (e un percorso) non necessariamente uguale, o simile (di fronte allo stesso paziente), per terapeuti diversi (all'interno dello stesso metodo). Infatti, un approccio comprensivo di incognite che non nascono e non si esauriscono nel particolare percorso terapeutico, ponendosi il terapeuta in una posizione determinata (non necessariamente adeguata) da quanto *già rappresenta* al di là del particolare caso clinico (Allò, 2014). Una posizione che, non a caso, dovrebbe essere controllata dal metodo nella conseguente interpretazione e relazione terapeutica, per abbassarne la *possibile* soglia di errore e una differenziazione non adeguata fra i terapeuti.

Naturalmente anche il punto di vista del paziente può circoscrivere una posizione capace di escludere un possibile controllo. Non possiamo quindi assumere in maniera scontata un paziente che "costruisce una rappresentazione della mente del terapeuta" e "tenta di assimilare il punto di vista con cui ritiene di essere visto dal terapeuta […] per […] regolare la propria condotta" (Semerari, 2000, p. 140). Trattandosi di punti di vista potenzialmente incommensurabili, nel parlare di 'rappresentazione della mente', o di 'assimilazione del punto di vista', possiamo supporre sia problematico *decidere* un'interazione basata su quanto il paziente *dovrebbe* 'ritenere' (pensare, credere, considerare…) del punto di vista del terapeuta. Se le domande poste dal terapeuta ne rappresentano il modello mentale, rimangono tuttavia interpretabili dal paziente, in tal modo rimanendo interpretabile lo stesso modello mentale. Ovviamente il problema non si pone nell'interpretazione in sé (una interpretazione è sempre presente), bensì nella mancanza del supporto che il metodo dovrebbe offrire. I parametri di valutazione del terapeuta, definendo i tempi e le modalità dell'interazione, possono in effetti implementarsi con processi individuali e personali che producono domande non controllate, o non ricontrollabili, dal metodo. Domande che, come uno schermo, il terapeuta può porre, volontariamente o meno, a nascondere lo schema mentale che le giustifica, così accentuando i limiti dell'interpretazione. Si potrebbe obiettare che tali domande rappresentano comunque un modello mentale. Si potrebbe sottolineare, d'altra parte, che le domande, quale sia il profilo che rappresentano, possono definirsi con uno schema personalmente costruito, come tale passibile di errori non ricontrollabili. Errori che possono essere ripresi dal paziente, con una interpretazione che può accrescerli nella propria rilevanza. Può in tal modo innalzarsi il distacco fra il modello mentale agito dal terapeuta e quello effettivamente recepito dal paziente. Insomma, se il paziente non è controllato dal metodo, nel 'ritenere' l'azione del terapeuta, è possibile si innalzi l'inconciliabilità fra i differenti punti di

vista.

Inconciliabilità che può accrescersi in riferimento ad abilità terapeutiche che possono non essere strettamente riconducibili al metodo. Quanto viene riferito da Semerari (2000), nell'interrogare il paziente, può dunque non essere ricondotto in maniera asettica *ad ogni possibile terapeuta*. Se le domande devono basarsi sulla "attitudine interiore del terapeuta", cioè su quanto si pone come "prima fonte di informazione" (Semerari, 2000, p. 184), ci si dovrebbe chiedere in che misura sia presente tale attitudine, quanto sia *realmente* possibile valutarla, quanto sia possibile per il metodo formarla, quanto possa mostrarsi indipendente dal metodo e quanto terreno fertile per possibili errori. Del resto, quante volte, e in che modo, è possibile valutare i "sentimenti negativi" del terapeuta o le "operazioni di disciplina interiore" (Semerari, 2000, p. 185) nel concreto del colloquio terapeutico? Così, se il *modo di essere* del terapeuta può sfociare in una "procedura induttiva" (Semerari, 2000, p. 217) che rimane inquinata dall'incognita personale; se esiste "una stretta interdipendenza fra teoria e prassi terapeutica" (Chiari & Nuzzo, 2005, p. 18), ma può risultare non semplice valutare una prassi minata da un'incognita interpersonale non facilmente delimitabile; se "la teoria dipende dall'epistemologia e definisce la tecnica" (Chiesa & Pizzone, 2005, p. 37), ma si pongono problematiche epistemologiche non risolvibili; se "la formazione dello psicoterapeuta […] non richiede solo l'acquisizione di tecniche e un sapere teorico, ma la ben più difficile maturazione personale" (Pelliccia et al., 2005, p. 71), con una maturazione che, in quanto *personale*, può non essere valutabile dal metodo; se gli "studi sui processi di validazione delle psicoterapie […] sono ancora insufficienti per quanto riguarda il bagaglio concettuale di chi […] opera in questo campo" (Pelliccia et al., 2005, p. 71); se "mantenere relazioni sociali ricche» e "una vita affettiva intensa" (Pelliccia et al., 2005, p. 81) appaiono richieste giustificate per il corretto svolgimento del compito del terapeuta, ma non sempre sono assolvibili; ebbene, nel definirsi delle suddette questioni, diventa problematico esigere un terapeuta costantemente in grado di rivelarsi non solo un adeguato individuo 'tecnico', ma anche un adeguato individuo 'relazionale', capace di riparare, in maniera continua, e sotto differenti condizioni, alle mancanze del metodo.

Ciò significa che dobbiamo innanzitutto chiederci se l'errore di cui parla Liotti (2005, p. 129), commesso verso un proprio paziente, poteva essere compiuto, e soprattutto rilevato, da ogni possibile terapeuta. Dobbiamo inoltre chiederci se, una volta rilevato l'errore, l'azione doveva seguire una direttrice univoca. Tale errore ─ "avevo commesso un errore all'inizio del nostro dialogo. L'errore era stato di non chiedergli esplicitamente di rinunciare a ogni proposito di suicidio, come ogni psicoterapeuta dovrebbe fare subito" (Liotti, 2005, p. 129) ─ sembra delimitarsi nel mancato rispetto di regole tutto sommato chiare. Tuttavia, una volta ammesso tale arbitrio, diventa difficile immaginare di poterlo controllare negli errori più sottili e non così espliciti, soprattutto rispetto alla costruzione della relazione terapeutica, inserita nella (possibile) mancanza di un controllo 'tecnico'. Errori che potrebbero sommarsi senza essere riconosciuti, oppure, nell'essere riconosciuti, senza essere corretti o senza che *possano* essere corretti, anche nell'influenza di un impianto relazionale che, spostando il fuoco dell'attenzione da un baricentro 'tecnico', può indurre a tralasciare le caratteristiche del metodo e le possibili soluzioni.

Il problema può dunque rivelarsi tramite un arbitrio adeguato (la terapia funziona al di là del metodo) o inadeguato (la terapia non funziona al di là del metodo), ma stiamo trattando di un

arbitrio potenzialmente riferibile a capacità terapeutiche, adeguate o inadeguate, che possono centrarsi su ipotesi personali o interpersonali, nella costruzione di un impianto relazionale, mentre la terapia dovrebbe funzionare *per il metodo*. È quest'ultimo che dovrebbe controllare e rendere replicabile l'ipotesi nella *forma* applicata con un *contenuto* collegato ai principi teorici e metodologici. Ipotizzando terapeuti differenti su uno stesso paziente, o significati potenzialmente replicabili con differenti pazienti, bisognerebbe giungere ad un contenuto omogeneo, con una frequenza valida, seppur perfettibile, fra i vari terapeuti. Se non presente una coerenza interna al metodo, appare in effetti arduo escludere un contenuto *personalmente* deciso dal terapeuta.

Naturalmente il terapeuta decide sempre il contenuto delle ipotesi, osservando (ipotizzando) cause ed effetti, associazioni e inferenze, induzioni e deduzioni, in pratica rappresentando il contenuto del principio di causalità, ma tale contenuto dovrebbe essere rappresentato, seppur in maniera perfettibile, nell'interpretazione del metodo. In effetti, se le ipotesi riconducibili al metodo nascono da un impianto che fatica a controllare il terapeuta, allora lo lasciano libero di agire ipotesi personali. Risulta quindi problematico contrastare l'opacità del sistema metodo-terapeuta-paziente, 'oggettivando' l'azione del terapeuta. Non a caso, possiamo ammettere il terapeuta agire "schemi interpersonali" e "stimoli sottosoglia", con "qualità personali" (che possono essere) adatte a una "buona relazione", quindi adatte ad un "versante potenzialmente terapeutico" (Semerari, 2005, pp. 157-158). Possiamo ammettere, al contempo, qualità personali già rappresentate nelle "sedute iniziali" (Bercelli & Lenzi, 2005, p. 180), tali da determinare diversi punti di attacco *ad uno stesso problema*. Ciò significa che possono delinearsi specifici percorsi nell'utilizzo di differenti ipotesi. Certo, il percorso terapeutico può sempre ammettere delle variazioni verso una possibile soluzione, quale sia il punto di inizio. Una questione che implica un metodo in grado di consentire percorsi diversificati, ma quante soluzioni *adeguate* possono essere ammesse nell'implementarsi delle diverse (e personali) sedute iniziali (Allò, 2014)? Quanti e quali percorsi può concedere il metodo senza fuoriuscire dalle proprie regole, nell'influenza dettata da regole personali?

Se le domande già presuppongono "un'ipotesi da parte del terapeuta" (Bercelli & Lenzi, 2005, p. 181), e se possiamo ammettere che "la natura di una mossa […] è definita […] anche dalla reazione dell'interlocutore", ossia del paziente, "di solito […] attraverso minuzie espressive" (Bercelli & Lenzi, 2005, p. 182), allora possiamo supporre un'interpretazione non univoca. Infatti, se "la paziente rifiuta decisamente l'ipotesi del terapeuta", e se la "proposta di situarsi su uno scenario ipotetico viene dunque respinta, né sarà riproposta […] dal terapeuta" (Bercelli & Lenzi, 2005, p. 194), si presenta una dinamica che può svolgersi in maniera differente per diversi terapeuti. Per questo dobbiamo saper osservare un colloquio basato sulle "abilità conversazionali e interattive del terapeuta" (Bercelli & Lenzi, 2005, p. 194), su quelle che sono "le capacità *personali* dei terapeuti", non "sempre adeguate, adatte e adattabili allo scopo" (Allò, 2021a, p. 136). Come decifrare, quindi, i "'giochi relazionali' che in psicoterapia sono difficili da insegnare a maneggiare, perché la psicoterapia è un'arte" (Guidano, 2007, p. 118)? Come decifrare quel sentirsi "perduto" di cui parla Guidano (2007, p. 119)? Nel riferirsi dell'autore a se stesso, nel circoscrivere la reazione verso una paziente, come decifrare quel "reagii con rabbia, ma mai ho capito bene come sia successo" (Guidano, 2007, p. 119)?

Ovviamente, sulla base delle argomentazioni trattate, non si è voluto un principio di

causalità adatto a "rintracciare legami diretti e univoci di causa-effetto nel campo dell'esordio psicopatologico […] perché noi sappiamo che di solito è la compresenza di più fattori […] a rendere ragione della comparsa di un disturbo" (Barcaccia, 2010, p. 31). Il principio di causalità si è mostrato piuttosto funzionale ad osservare il tipo di comunicazione terapeuta-paziente, osservando la plausibilità del percorso terapeutico, a prescindere da un'eventuale eziologia. Si è definito, in tal modo, un processo personale e relazionale che può innestarsi, adeguatamente o meno, sulle mancanze del metodo, *decifrando un percorso casuale e occasionale nell'essere centrato sulla posizione del terapeuta*. Non a caso, può risultare arduo giustificare il percorso terapeutico, nel ricondurlo a determinate istanze teoriche, come può risultare arduo, a prescindere dall'istanza che si vorrebbe giustificare, ricondurre le scelte *effettivamente* compiute nel percorso terapeutico ad un nesso causale plausibile, giustificando in tal modo prodotto, e risultato, terapeutico. Del resto, pur essendo la terapia cognitivo-comportamentale "la forma di psicoterapia che gode oggi di maggiore preferenza […] molti studi hanno dimostrato che se eliminiamo la maggior parte delle caratteristiche specifiche della CBT i risultati non cambiano" (Bracken et al., 2012, p. 13). Va sottolineato, inoltre, che una "*review* completa di studi sulle differenti componenti della CBT ha concluso che vi sono 'poche prove del fatto che interventi specificamente cognitivi aumentino in modo significativo l'efficacia della terapia'", anzi, esistono "prove schiaccianti che i fattori non specifici, in opposizione a quelli specifici, sono responsabili di quasi tutti i cambiamenti che avvengono in terapia" (Bracken et al., 2012, pp. 13-14). Non a caso, in relazione alla "psicoterapia in generale", quanto "emerge dalle prove è che i fattori non specifici (caratteristiche del paziente, fattori extra-terapeutici, variabili della relazione, aspettativa della guarigione ed effetto placebo) incidono per circa l'85% della varianza del risultato della psicoterapia" (Bracken et al., 2012, p. 14). In modo particolare, "la relazione tra alleanza terapeutica e risultato sembra essere molto robusta qualunque siano le modalità di trattamento e la psicopatologia dei pazienti" (Bracken et al., 2012, p. 14). Se, dunque, "è emerso che sono i fattori non specifici, come la relazione terapeutica, a incidere per la maggior parte della varianza" e se "si è ben lontani dall'avere prove che un approccio particolare sia superiore agli altri" (Bracken et al., 2012, p. 14), ecco mostrarsi un problema *trasversale* alle differenti psicoterapie. Un problema che andava definito *nelle modalità di funzionamento della comunicazione umana*, per non accettare in maniera a-critica il prodursi di un risultato terapeutico.

Conclusioni

Sulla base di un meccanismo comune ─ il principio di causalità e l'implementarsi delle forme che ne conseguono ─ si sono delimitati i *processi d'azione* dell'individuo. Si è ritrovata, in tal modo, una *continuità d'azione*, posta a caratterizzare la *comunicazione umana*, che sia nel circoscrivere un normale contesto quotidiano, un ambito scientifico valido, oppure un percorso terapeutico. Ciò che varia è la tipologia delle ipotesi applicate, consentite dall'oggetto di studio. Il modo d'essere dell'individuo decide dunque il *contenuto* dell'osservazione causale, in maniera mediata, o non mediata, da un metodo adeguato.

Una dinamica che ha mostrato la difficoltà del sistema-metodo nel controllare, tramite ipotesi

di lavoro adeguate, l'influenza esercitata all'interno del sistema terapeuta-paziente, nel tipo di comunicazione implementata dai soggetti coinvolti.

Il problema in psicoterapia, rispetto ad un ambito scientifico adeguato, consiste nel porsi di un livello semantico *già più limitato del dovuto*. Un livello che fatica ad essere mediato da ipotesi di lavoro adatte a controllare un principio di causalità che rappresenta le incognite sistemiche (il sistema-individuo non può non agire una *forma* causale limitata) e dalle conseguenti incognite relazionali (attinenti la comunicazione che si apre fra gli individui, nel porsi di un contenuto nella forma causale). Le interpretazioni possono così risultare inquinate da un'influenza non decidibile, per quanto il terapeuta, insieme al paziente, può *personalmente* mettere in atto a prescindere dalle regole applicate o che dovrebbero essere applicate.

Sì è in tal modo criticato il paradigma vigente, anche al di là dei concetti, e delle ipotesi, riconducibili alla terapia cognitivo-comportamentale. Un paradigma impossibilitato a ripulire il metodo da determinate incognite (Allò, 2017; 2021a). Appare pertanto necessaria una procedura *top-down*. Bisognerebbe incidere, sostanzialmente, sul tipo di approccio che, 'visualizzando' la situazione vissuta, la delimita con un punto di vista pre-determinato. Un punto di vista rappresentato, in maniera significativa, da un modello di elaborazione dell'informazione, ossia da un modo di ragionare definito nella scelta dei possibili nessi causali, sulla base dei parametri di valutazione pregressi. In definitiva, bisognerebbe incidere sulla qualità del ragionamento, differenziandolo, ossia variando un punto di vista che, osservando determinate informazioni, può ottimizzarsi nelle scelte compiute.

Un modo di ragionare *sovraordinato* al livello interpretativo, *maggiormente com-prensivo* (profondo) rispetto alle singole interpretazioni, ovvero *maggiormente oggettivo* rispetto al valore definito dal livello semantico. "Questo nella possibilità di *conservarsi* attraverso determinati fatti o ipotesi, al contempo nel rappresentarsi attraverso quelli che sono meccanismi comuni all'individuo, per *una linea di continuità* che si rappresenta (a partire dall'osservazione causale) nella costruzione e condivisione di associazioni, inferenze, deduzioni e induzioni, inescludibili (nella forma che le definiscono in quanto tali), seppur implementate con differenti, e personali, contenuti" (Allò, 2021a, p. 142).

Partendo dal presupposto che una forma qualsiasi può conservarsi nelle regole che la definiscono, tale forma può consentire di cogliere, o non cogliere, determinati particolari. Ovvero, la forma può mantenersi invariata, mentre può variare il contenuto. Ciò significa che la forma può essere affinata non nelle regole che la definiscono in quanto tale, piuttosto nelle regole (di applicazione) che le consentono d'implementarsi con determinati significati. Regole sovraordinate alle singole situazioni, nel definirsi dei parametri di valutazione, implementati con l'osservazione causale.

Un modello di ragionamento che si richiama a regole sovraordinate ai significati particolari (Allò, 2017; 2021a) implica la possibilità di essere affinato "anche attraverso significati che in seguito possono rivelarsi falsi" (Allò, 2021a, p. 140); le regole sovraordinate, inoltre, implicano la possibilità di modificare il ragionamento a prescindere dalla quantità delle informazioni elaborate; tuttavia, le regole sovraordinate implicano, al contempo, la possibilità "che la qualità del ragionamento si conservi a prescindere dal succedersi di tutta una serie di significati" (Allò, 2021a, p. 142). Semplificando, è possibile "si sviluppi la capacità di osservare cause ed effetti a

prescindere dal numero di fatti esaminati o dalle 'verità' si vorrebbe questi assumessero" (Allò, 2021a, p. 142), ma è anche possibile che il modello di ragionamento si mantenga immutato, nonostante le informazioni che possono venire elaborate. Per questo occorre agire in funzione di un pensiero strategico e non procedurale (fisso, schematico, nozionistico), lavorando non in funzione delle possibili interpretazioni, bensì per quanto tali interpretazioni possono offrire come sforzo cognitivo utile al ragionamento. Una dinamica potenzialmente ricca di prospettive, poiché, operare in funzione di una modifica della *qualità* del ragionamento significa attuare una variazione che implica il distacco dalla *casualità* e *occasionalità* delle singole interpretazioni, nell'incapacità del metodo di controllarle.

Possiamo quindi rappresentare i mattoncini primi del ragionamento innanzitutto nel definirsi del principio di causalità. Un principio inescludibile da una qualsiasi associazione (Allò, 2017; 2021a), come da una semplice inferenza ('Se p → q') o dalle forme delle induzioni e deduzioni. Tale rappresentazione non va intesa nel voler comprendere i (supposti) meccanismi fondanti del ragionamento (Johnson-Laird, 1983), piuttosto nell'intenzione di lavorare per porre una *differenza* nel tipo di elaborazione dell'informazione. Differenza che può essere espressa, a prescindere dalla comprensione ultima dei processi del ragionamento.

Differenza che il percorso terapeutico può casualmente implementare, in tal modo modificando le problematiche vincolate ai parametri di valutazione pregressi. In pratica, nell'analisi di un determinato livello semantico è possibile si crei lo spazio per una modifica della qualità del ragionamento del paziente. Il problema consiste nel fatto che il risultato terapeutico sarà *casuale* ed *occasionale* rispetto ai principi applicati dal terapeuta. Il paziente, quindi, potrà agire *casualmente* un movimento adeguato, dettato dall'osservazione *personale* dei significati che il terapeuta gli pone di fronte, con un prodotto terapeutico valido non per quanto si crede definito dalle regole del metodo (alle quali il risultato può venire ricondotto in maniera ingannevole), piuttosto per quanto il paziente è stato capace di esprimere *personalmente* nell'affinare *casualmente* il proprio ragionamento (tramite la relazione col terapeuta). Ciò significa che è possibile non comprendere perché un determinato prodotto funziona, o non funziona, o non comprendere come si è giunti ad un determinato risultato.

Determinati percorsi, dunque, possono "casualmente consentire di ragionare meglio", perché "sviluppano (casualmente) la capacità di osservare cause ed effetti" (Allò, 2017, p. 29). Il problema si pone, tuttavia, nella mancanza di una *sistematizzazione*, non solo nella necessità di attenuare la casualità e la occasionalità di un evento positivo, ma anche per attenuare la possibilità si implementi una variazione rigida dell'elaborazione. Ciò significa che possono imporsi vincoli ancora più rigidi di quelli che si volevano oltrepassare, o che si sono eventualmente oltrepassati. Nell'assimilare significati stereotipati il paziente può in pratica acquisire, in maniera a-critica, parametri di valutazione che andranno a decifrare un ragionamento schematico, incapace di variarsi in divenire. Tutto ciò a discapito del risultato terapeutico. Non a caso, è possibile ci si renda dipendenti dai nuovi significati, esattamente come lo si era rispetto ai vecchi significati. Nel modificarsi di un determinato livello semantico andrebbe dunque costruita un'*abitudine* al ragionamento.

Se dunque "per uno psicoterapeuta non è indispensabile aiutare il paziente a risolvere ogni problema che lo disturba", come "non è nemmeno necessario prevedere tutti i problemi che

possono venire fuori dopo la fine della terapia e trattarli in anticipo" (Beck, 1976, p. 167), ecco che, nell'implementare l'abitudine a modificare l'approccio pre-determinato alle situazioni, risulta possibile com-prendere 'ogni problema', pre-disponendosi ad affrontare 'tutti i problemi'.

Una problematica qualsiasi non può in effetti che partecipare di una determinata qualità dell'elaborazione, venendo da essa definita, nella possibilità di essere risolta, o evitata, se il ragionamento si mostra adattivo. Se la qualità dell'elaborazione *crea il problema in quanto tale*, allora, nel variare il livello dell'elaborazione, sarà di fatto possibile risolvere, tralasciare o differenziare problematiche vincolate al vecchio modo di ragionare. Una dinamica rilevante, a maggior ragione nel considerare che la qualità dell'elaborazione può conservarsi o modificarsi *al di là del dimostrare ogni singolo problema come effettivamente presente o necessariamente vero*, e al di là del numero di significati che è possibile introiettare o deflettere. In pratica, esiste la possibilità di migliorare l'approccio al mondo *nonostante le limitazioni su un particolare livello semantico, in maniera non strettamente dipendente dalla quantità di informazioni elaborate*.

Ne segue che il ragionamento può affinarsi senza necessariamente centrarsi sulle problematiche date (o su sintomi specifici), ovvero su quanto può disturbare il processo di elaborazione. Una volta modificato il modo di ragionare *ci si potrà volgere in maniera differenziata a problematiche irrisolte*, se nel movimento imposto dalla variazione del modello di elaborazione, nel variarsi dei parametri di valutazione, il problema non si è nel frattempo risolto.

Va quindi ricostruito un ragionamento flessibile, ristabilendo la coerenza dei collegamenti fra parametri di valutazione che risultano, di fatto, collegati al nesso causa-effetto, su di esso influendo (influendo sull'osservazione causale). Esistendo tale collegamento, si pone la possibilità di una funzione inversa, ovvero nell'affinarsi dell'osservazione causale deve essere possibile influire sui parametri di valutazione, così nella possibilità di re-integrarli.

Ecco, dunque, che possiamo definire un metodo *indiretto*, non affrontando direttamente determinate problematiche, piuttosto nella modifica di un livello maggiormente comprensivo dell'individuo. Un livello rappresentato nella qualità di un ragionamento che non può essere escluso da una qualsiasi problematica, partecipando della problematica stessa, così nella possibilità di risolverla.

Una modifica, della qualità del ragionamento, da assolvere centrandosi sul nesso causale sottostante al livello concettuale, poiché tale livello *appare* in maniera immediata a nascondere un utilizzo del principio di causalità non sempre tempestivo ed efficace. Attuare un *training* adatto ad affinare processi che rimangono sotto traccia, significa alimentare il *sostrato causale*, ovvero alimentare un automatismo adatto a defocalizzarsi da un livello semantico che può fissare inadeguatamente l'attenzione.

Un'attenzione, in effetti, che può fissarsi su connessioni concettuali basate su un processo causale non giustificabile, non significativo o deleterio. Il processo causale può essere così assunto in maniera *scontata* per il fatto di sottostare, in maniera automatica, alla connessione concettuale, in tal modo delimitando un prodotto pre-confezionato, con una serie di etichette auto-imposte o imposte da altri.

Osservando i mattoncini primi del ragionamento dobbiamo dunque rilevare un'osservazione collegata, da una parte, al livello semantico, nel susseguirsi delle connessioni concettuali, d'altra parte un'osservazione che ha come riferimento un nesso causa-effetto che, per quanto trascurato o

fuorviante, non può essere escluso, sottostando all'*apparenza* dei nodi concettuali. Non potrebbe esserci un legame concettuale senza *prima* un legame causale, seppur implicito all'apparire semantico. Il vincolo concettuale *appare* dunque *in seguito* al vincolo causale, per l'esattezza in seguito al vincolo della *forma* causale (riempita con significati più o meno adeguati). Tuttavia, è il vincolo concettuale a risultare più facilmente rilevabile, sfociando l'osservazione, in maniera immediata, nell'*apparenza* semantica (che riempie la forma), così nella possibilità di tralasciare il nesso causa-effetto. In pratica, l'osservazione può intra-vedere la connessione causale attraverso il vincolo concettuale, senza che venga adeguatamente esaminata.

Va quindi *svelata* l'apparenza semantica, 'aprendola' nel meccanismo causale che la giustifica, nell'*automatismo* dettato da un punto di vista *pre-determinato*, in parte regolato (senza essere *controllato* totalmente nella propria 'ragione d'essere') da un modello di elaborazione che *partecipa* dei parametri di valutazione pregressi. Un punto di vista che può delimitarsi con una visione a-critica, nel susseguirsi di legami concettuali di immediata fruizione.

Se le regole dell'elaborazione possono rendersi immutabili, vincolate ai significati per quanto di essi hanno già deciso, incapaci di modificarsi per adattarsi alle richieste di un mondo sociale, ecco che il ragionamento può scadere e fissarsi nella patologia.

Una 'fissità' da osservare esaminando un'ulteriore dinamica.

Tralasciando l''inquinamento' delle incognite personali, anche si volesse assumere un'interpretazione (terapeutica) come assolutamente 'esatta', ciononostante potrebbe risultare perfettamente inutile nel porre il paziente in un movimento adeguato. Ammettiamo che il terapeuta abbia un accesso sicuro e stabile (grazie al metodo) alle esperienze del paziente e ammettiamolo nell'offrire un prodotto terapeutico come conseguenza adeguata e necessaria di tali esperienze. A questo punto il paziente potrebbe continuare ad agire una consapevolezza che *indica*, ma che non sa *perseguire*, evidentemente per variazioni, poste durante il percorso terapeutico, incapaci di incidere *a livello profondo* sul sistema-individuo. Vale a dire, assumiamo di aver trovato una soluzione che, offerta al paziente, risulti significativa, nel senso di essere potenzialmente in grado di variare un determinato stato di fatto. Questo vuol forse dire che il paziente la saprà usare? Che la saprà perseguire? La consapevolezza di una determinata mancanza, la consapevolezza non solo di cosa è stato agito, ma anche di cosa sarebbe opportuno agire, può risultare, in effetti, perfettamente ininfluente. Non è sufficiente conoscere la mancanza per porsi oltre ciò che essa delimita, nemmeno se la si è in parte superata, nemmeno se si conosce la soluzione per oltrepassarla. Si mostra in tal modo necessario mettere l'individuo in grado di perseguire ciò che un determinato *credere* può definire, ma ciò non può avvenire a prescindere da un livello di elaborazione capace di formare una *intenzionalità* adeguata. Per questo il paziente può non adempiere ad una evoluzione, nonostante la consapevolezza sull'opportunità del cambiamento (Mancini & Gangemi, 2004).

Freud (1909) aveva d'altronde espresso non pochi dubbi sul fatto che, in funzione di una guarigione, fosse sufficiente che il terapeuta comunicasse al paziente determinati significati. Lo stesso Rogers (1942) ha asserito che delineare sintomi specifici, spiegandoli al paziente in quelle che possono essere le connessioni causali che li hanno formati, può risultare inutile o deleterio, perché il paziente potrebbe mostrarsi incapace di accogliere e sfruttare tali interpretazioni. Evidentemente per un modello di ragionamento impreparato in tal senso, mentre bisognerebbe

formare il ragionamento a prescindere dalle verità che si vorrebbe il paziente assumesse.

Se "a un miglioramento nel modo di pensare segue un miglioramento sintomatico" (Beck, 1976, p. 224), appare in effetti opportuno centrarsi su un modo di pensare che include un modo di ragionare, quale sia la *descrizione* dei particolari sintomi. Ogni particolare sintomo, infatti, non può che partecipare di un modello di ragionamento più o meno adeguato. Se poi la conoscenza, per essere attendibile, deve dipendere "in ultima analisi dall'avere informazioni sufficienti a eseguire una scelta tra ipotesi alternative" (Beck, 1976, p. 171), rimane tuttavia una capacità di scelta già predeterminata dalla tipologia di ragionamento che si è in grado di attuare. Una capacità, lo abbiamo visto, che può mostrarsi a prescindere dal numero delle informazioni elaborate o da quelle *credute* sufficienti ad eseguire una scelta. La scelta, infatti, può mostrarsi inattendibile, quale sia la quantità delle informazioni elaborate, nella possibilità di fraintenderle, disconoscerle o rifiutarle sulla base di quanto già deciso da un determinato punto di vista (regolato da un determinato modo di ragionare). La capacità di scelta, in effetti, non può essere ricondotta alle singole ipotesi, né alla scelta che da esse, o fra esse, sembra scaturire, tanto è vero che "il processo logico di verifica delle ipotesi potrebbe essere danneggiato dalla predisposizione psicologica" (Beck, 1976, p. 171). Ecco, allora, che la capacità di "refutare (o confermare) l'ipotesi" (Beck, 1976, p. 171) deve essere riferita ai parametri che definiscono un punto di vista pre-determinato, com-prensivo di una determinata pre-disposizione psicologica. Un punto di vista che già decide della scelta stessa, nel senso di mostrarsi capace di accettare o di rifiutare le informazioni e, se necessario, di modificarsi con esse, nell'influenza dettata da un preciso modello di elaborazione dell'informazione.

Tali meccanismi devono servire a decrittare la relazione terapeutica, distaccandosi dagli "infiniti modi" in cui l'analista "può inconsciamente […] plasmare le convinzioni dell'analizzato" (Grünbaum, 1984, p. 95).

Rintracciare una *soluzione di continuità* significa dunque rappresentare l'individuo coerentemente nelle varie situazioni e nei vari stati che può attraversare, si voglia riflettere su un livello cognitivo od emotivo. Un *modo* di ragionare appare inescludibile, come un impianto relazionale che non può essere escluso da un qualsiasi ambito d'azione, nella continuità rappresentata dal principio di causalità e dai susseguenti processi d'azione. È così possibile una soluzione condivisa fra gli individui, al contempo rappresentandola nel passaggio fra normalità e patologia (e fra le differenti tradizioni terapeutiche). In pratica, è possibile definire *una visione non frammentata* dell'individuo.

Questioni rilevanti anche sotto il profilo diagnostico (e psichiatrico), nel distaccarsi da un etichettamento descrittivo e stigmatizzante.

Quale sia la dimensione entro cui ci si muove (normalità o patologia), e *quale sia la diagnosi data*, l'individuo può fluttuare fra un comportamento maggiormente adattivo e un comportamento maggiormente schematico, *sulla base di stimoli relazionali* che implicano un'interpretazione, quindi un ragionamento causale. Sottostante alla fluttuazione fra un polo di significati positivi e un polo di significati negativi possiamo ritrovare, in effetti, il principio di causalità, nella *percezione* (e interpretazione) degli stimoli relazionali. Tramite tali stimoli l'individuo può *tendere*, in maniera più o meno adattiva, a stabilizzarsi verso uno dei due poli. È pertanto nell'acuirsi, o nel risolversi, di una ricezione inadeguata che le fluttuazioni possono segnare l'acuirsi o il risolversi

della patologia, o il passaggio fra normalità e patologia, e viceversa (Allò, 2021b).

Se determinate fluttuazioni non vengono mai escluse, come non viene escluso un impianto relazionale, al contempo non escludendosi la continuità garantita dal principio di causalità, allora la *misura* della discrepanza rispetto ad un polo di significati positivi potrebbe essere assunta in favore di una diagnosi adatta ad evitare la frammentazione dell'individuo (Allò, 2021b). Una frammentazione dovuta all'etichettamento diagnostico, basato su schemi descrittivi e su un rapporto causale riduttivo. Al contrario, uno schema diagnostico efficace potrebbe decifrare un sistema relazionale da osservare nell'essere più o meno adatto a perseguire una adeguata progettualità *personale*. Andrebbe quindi decifrato il distacco da un *utile* sociale, riferibile a norme sociali condivise e condivisibili, perfettibili, ma adattive.

In pratica, lo schema diagnostico dovrebbe misurare la *frequenza*, il *grado di attivazione* e l'*intensità*, negativa o positiva, rispetto alla comunicazione con l'altro-da-sé, riflessa ovviamente nella comunicazione verso se stessi.

La frequenza andrebbe valutata sulla base delle differenti *fluttuazioni*, nella tendenza ad avvicinarsi ad un polo semantico positivo o negativo. Una dinamica che dovrebbe condurre ad osservare se il polo negativo può porsi in maniera disgregante rispetto a significati positivamente condivisi, oppure, se il polo positivo può contrastare (ammortizzare, attenuare, sospendere) significati altrimenti deleteri. In pratica, insieme alla frequenza andrebbe osservato il grado di attivazione del polo positivo/negativo, valutandone la durata nel tempo, inoltre valutandone l'intensità rispetto agli effetti, più o meno marcati, che possono derivare nell'avere un riferimento positivo o negativo.

È possibile, in tal modo, definire la mancanza nell'assenza di una adeguata 'ragione' relazionale, nell'assenza di una ragione d'essere, limitata e parziale, da ritrovare sulla base di giustificazioni adeguate. Una ragione, quindi, da intendere nella capacità, differenziata e differenziabile, di porre determinate giustificazioni a difendere, o a disgregare, l'integrità del proprio sistema di possibilità.

Così, possiamo definire la mancanza come causa di un mancato utile personale, causa di fluttuazioni comportamentali che, in maniera più o meno accentuata, possono avvicinare ad un polo di significati degradante il sistema-individuo. Fluttuazioni, d'altra parte, che possono valorizzare l'individuo. Ad ogni modo, fluttuazioni che è possibile ritrovare quale sia il quadro patologico, nell'attraversare le differenti patologie.

È quindi possibile decifrare la *mancata* attitudine a difendere la coerenza e la stabilità della propria individualità tramite un *deficit* basato sull'indebolirsi o sul disgregarsi dell'osservazione causale. Un deficit da osservare per mezzo di un comportamento manifesto *fluttuante*, dovuto alle giustificazioni che si è in grado di offrirsi.

Dinamiche trascurate in patologia, non rilevando il fatto che, insieme a significati generalmente riconosciuti come deleteri, è possibile una condivisione maggiormente positiva, spesso occasionale, ma basata su stimoli relazionali adeguati, tali da essere intra-visti dal paziente. Del resto, è grazie al *tipo* di relazione percepita e agita che il paziente può avere un maggior controllo sui propri sintomi. Una ricezione degli stimoli relazionali, purtroppo, sovente nascosta dall'etichettamento diagnostico, quindi disconosciuta e sottaciuta nei propri effetti, per quanto può consentire all'individuo nel riconoscersi tramite obiettivi di livello amicale, familiare,

lavorativo, sociale, in maniera utile a fronteggiare il disgregamento di un tessuto relazionale che implica il disgregamento dell'individuo.

Se l'attuale paradigma diagnostico non descrive l'individuo nelle manifestazioni relazionali positive, spesso presenti al di là della classificazione sintomatica, allora occorre uno schema maggiormente com-prensivo, in grado di fare perdere importanza alla mancata *decidibilità* del quadro diagnostico classico, nell'osservarsi della patologia in maniera prettamente descrittiva e non eziologica.

Riassunto

Parole chiave: incognite, psicoterapia, metodo, relazione, diagnosi

In riferimento alla terapia cognitivo-comportamentale si intende mostrare il rapporto terapeuta-paziente inquinato da incognite sistemiche (relative al sistema di possibilità dell'individuo) e relazionali (relative al canale di comunicazione che si apre fra differenti individui). Incognite definite attraverso un'osservazione del nesso causale che può mostrarsi non controllabile dal metodo, così risultando costruita in maniera soggettiva. Inserendo il sistema-individuo all'interno del sistema-metodo può rivelarsi dunque problematico validare il risultato terapeutico, mostrandolo intersoggettivamente controllabile e riproducibile. In pratica, nel mancare una validità epistemologica il risultato terapeutico può porsi in maniera casuale rispetto alle regole del metodo. Un meccanismo da rilevare in funzione di un riadattamento delle ipotesi di lavoro generalmente applicate in psicoterapia.

COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY: EPISTEMOLOGICAL VALIDITY AND THERAPEUTIC VALIDITY

Abstract

Key words: unknowns, psychotherapy, method, relationship, diagnosis

With reference to cognitive-behavioural therapy, this paper aims to show how the therapist-patient relationship is corrupted by systemic unknowns (related to the individual's system of possibilities) and relational unknowns (related to the channel of communication that opens up among different individuals). Unknowns defined through an observation of the causal link that may appear uncontrollable by the method, thus resulting as subjectively constructed. Therefore, by incorporating the individual's system into the method's system, it may become problematic to validate the therapeutic outcome, in a way that is intersubjectively controllable and reproducible. In practice, without epistemological validity, the therapeutic outcome may be determined in a random manner, compared to the rules of the method. A mechanism that has to be identified with the purpose of an adaptation of the working hypotheses applied in psychotherapy.

Bibliografia

Allò, A. (2014). Valore epistemologico del colloquio terapeutico. *Epistemologia*, *37*(2), 289-302. https://doi.org/10.3280/EPIS2014-002008

Allò, A. (2017). Psicoanalisi: una valutazione dei principi teorici e metodologici, *Rivista di Filosofia Neo-Scolastica*, *109*(1), 3-33. https://doi.org/10.1400/250311

Allò, A. (2021a). Critica del sistema metodo-terapeuta-paziente nella relazione psicoterapica di matrice rogersiana. *Psichiatria e Psicoterapia, 40*(3), 121-150. https://doi.org/10.36131/psichpsicoterapia2131

Allò, A. (2021b). Il processo diagnostico e relazionale in psichiatria. Validità epistemologica tra normalità e patologia. *Ricerca Psicoanalitica*, *32*(1), pp. 215-236. https://doi.org/10.4081/rp.2021.277

Balestrini, V., Barcaccia, B., Saliani, A.M. (2011). Relazione terapeutica, motivazione al trattamento e cicli interpersonali: un caso di disturbo ossessivo-compulsivo. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, *17*(2), 251-268.

Bara, B., & Cutica, I. (2002). La comunicazione. In C. Castelfranchi, F. Mancini, M. Miceli (a cura di), *Fondamenti di cognitivismo clinico* (pp. 258-298). Bollati Boringhieri.

Barcaccia, B. (2010). La formulazione del caso clinico. In C. Perdighe, F. Mancini (a cura di), *Elementi di psicoterapia cognitiva* (23-37). Giovanni Fioriti Editore.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press (trad. it. *Principi di terapia cognitiva*. Astrolabio-Ubaldini, !984).

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press (trad. it. *Terapia cognitiva della depressione*. Bollati Boringhieri, 1987).

Bercelli, F., & Lenzi, S. (2005). La conversazione nella terapia cognitiva a orientamento costruttivista. In G.B. Bara, (a cura di), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva. Volume primo: Teoria* (175-196). Bollati Boringhieri.

Bracken, P., Thomas, P., Timini, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., Bhunnoo, S., Browne, i., Chhina, N., Double, D., Downer, S., Evans, C., Fernando, S., Garland, M., Hopkins, W., Huws, R., Johnson, B., Martindale, B., Middleton, H., Moldavsky, D., Moncrieff, J., Mullins, S., Nelki, J., Pizzo, M., Rodger, J., Smyth, M., Summerfield, D., Wallace, J., Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry*, *201*(6), 430-34. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.109447 (trad. it. Una psichiatria al di là dell'attuale paradigma. *Psicoterapia e Scienze Umane, 47*(1), 9-22, 2013). https://doi.org/10.3280/PU2013-001002

Chiari, G., & Nuzzo, M. L. (2005). Le basi epistemologiche delle psicoterapie cognitive. In G.B. Bara, (a cura di), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva. Volume primo: Teoria* (17-36). Bollati Boringhieri.

Chiesa, G., & Pizzone, A. (2005). Il cognitivismo clinico italiano. In G.B. Bara, (a cura di), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva. Volume primo: Teoria*, (37-66). Bollati Boringhieri.

Di Blasi, M., & Lo Verso, G. (1998). Valutazione e clinica in psicoterapia. In S. Di Nuovo, G. Lo Verso, M. Di Blasi, F. Giannone, (a cura di), *Valutare le psicoterapie* (40-51). Franco Angeli.

Di Pietro, M. (2015). *La terapia razionale emotiva comportamentale*. Centro Studi Erickson.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, Lyle Stuart (trad. it. *Ragione ed emozione in psicoterapia*, Astrolabio-Ubaldini, 1989).

Ellis, A. (1990). *How to stubbornly refuse to make yourself miserable about anything – yes, anything!* New York: Carol Publishing, (trad. it. *L'autoterapia razionale emotive*. Erickson, 1993).

Feyerabend, P. K. (1975). *Against Method*. London: NBL (trad. it. *Contro il metodo*, Milano: Feltrinelli, 2005).

Freud, S. (1909). *Il caso del piccolo Hans*. In *Opere 1905-1921*, Newton Compton, 1992.

Gazzillo, F., Lingiardi, V., Genova, F. (2012). L'efficacia delle psicoanalisi alla luce della ricerca empirica. In Cuniberti, P., Caparrotta, L., (a cura di), *Psicoanalisi in trincea. Esperienze, pratica clinica e nuove frontiere in Italia e nel Regno Unito* (pp. 307-342). Franco Angeli.

Giannone, F., Ustica, G. R. (1998). Il laboratorio di gruppanalisi: percorsi di ricerca. In S. Di Nuovo, G. Lo Verso, M. Di Blasi, F. Giannone, (a cura di), *Valutare le psicoterapie* (161-176). Franco Angeli.

Gilbert, P., & Leahy, R. L. (2007). Introduction and overview: Basic issues in the therapeutic relationship. In P. Gilbert, R.L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (3-23). Routledge.

Giusti, E., Montanari, C., Spalletta, E. (2000). *La supervisione clinica integrata*. Milano: Masson.

Griffith, J. L., & Griffith, M. E. (1994). *The body speaks*. Basic Books (trad. it. *Se il corpo parlasse*. Astrolabio, 1996).

Grünbaum, A. (1984). *The foundations of psychoanalysis*. University of California Press (trad. it. *I fondamenti della psicoanalis*i. Il Saggiatore, 1988).

Grünbaum, A. (2004). The hermeneutic versus the scientific conception. In J. Mills (Ed.), *Psychoanalysis at the limit* (pp. 139-160). State University of New York Press.
Guidano, V. F. (2007). *Psicoterapia cognitiva post-razionalista*. Franco Angeli.
Johnson-Laird, P. N. (1983). *Mental models. Towards a cognitive science of language, inference, and consciousness.* Cambridge University Press (trad. it. *Modelli mentali*. Il Mulino, 1988).
Johnson-Laird, P. N. (1993). *Human and machine thinking*, Hillsdale. NJ: Erlbaum (trad. it. *Deduzione induzione creatività*. Il Mulino, 1994).
Johnson-Laird, P. N., Mancini, F., Gangemi, A. (2006). A Hyper-Emotion Theory of Psychological Illnesses. *Psychological Reviews*, *113*(4), 822-841. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.113.4.822
Kagan, J. (1998). *Three seductive ideas*. Harvard University Press (trad. it. *Tre idee che ci hanno sedotto*. Il Mulino, 2001).
Legrenzi, P. (2001). *Come funziona la mente*. Laterza.
Liotti, G. (2005). Il ruolo dell'attaccamento nella conoscenza e regolazione delle emozioni. In G.B. Bara, (a cura di), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva. Volume primo: Teoria* (105-133). Bollati Boringhieri.
Lo Coco, G. (2021). L'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici: per una ricerca basata sulla pratica clinica. *Ricerca Psicoanalitica*, *32*(2), 403-417.
Mancini, F., & Gangemi, A. (2002). Ragionamento e irrazionalità. In C. Castelfranchi, F. Mancini, M. Miceli (a cura di), *Fondamenti di cognitivismo clinico* (pp. 156-199). Bollati Boringhieri.
Mancini, F., & Gangemi, A. (2004). Il ragionamento emozionale come fattore di mantenimento della patologia. *Sistemi intelligenti*, *16*(2), 237-254. https://doi.org/10.1422/14168
Marsonet, M. (1997). *La verità fallibile*. FrancoAngeli.
Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. Harper & Row (trad. it. *Motivazione e personalità*. Armando, 2002).
Minsky, M. (1988). *The Society of Mind*. Simon and Schuster (trad. it. *La società della mente*. Adelphi, 2001[4]).
Pelliccia, A., Stoppa Beretta, S., De Marco, I. S. (2005). La formazione in ambito cognitivo. In G.B. Bara, (a cura di), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva. Volume primo: Teoria* (67-81). Bollati Boringhieri.
Piattelli Palmarini, M. (1995). *L'illusione di sapere*. Mondatori.
Popper, K. R. (1963). *Conjectures and refutations*. Harper Torchbooks (trad. it. *Congetture e confutazioni*. RCS, 1996).
Putnam, H. (1990). *Realism with a Human Face*. Harvard University Press (trad. it. *Realismo dal volto umano*. Il Mulino, 1995).
Rainone, A., Mancini, F. (2010). I disturbi bipolari: un'ipotesi cognitivista di comprensione. In C. Perdighe, F. Mancini (a cura di), *Elementi di psicoterapia cognitiva* (pp. 225-253). Giovanni Fioriti Editore.
Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Houghton Mifflin (trad. it. *Psicoterapia di consultazione*. Astrolabio-Ubaldini, 1971).
Roth, A., Fonagy, P. (1996). *What works for Whom? A critical review of psychotherapy research*. The Guilford Press (trad. it. *Psicoterapie e prove di efficacia*. Il Pensiero Scientifico Editore, 1997).
Ruggiero, M., Caselli, G., Sassaroli, S. (2018). Laicizzare la relazione terapeutica in psicoterapia cognitivo-comportamentale: la formulazione condivisa del caso. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, *24*(2), 203-222.
Semerari, A. (2000). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Editori Laterza.
Semerari, A. (2005). La relazione terapeutica. In G.B. Bara, (a cura di), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva. Volume primo: Teoria* (153-174). Bollati Boringhieri.
Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G., Falcone, M. (2002). L'approccio metacognitivo. In C. Castelfranchi, F. Mancini, M. Miceli (a cura di), *Fondamenti di cognitivismo clinico* (227-257). Bollati Boringhieri.
Sibilia, L. (2009). Efficacia delle psicoterapie: alcuni miti da sfatare. *Idee in Psicoterapia*, *2*(3), 123-139.
Simon, H. A. (1985). *Causalità, razionalità, organizzazione*. Il Mulino.
Stich, P. S. (1991). *The Fragmentation of Reason: Preface to a Pragmatic Theory of Cognitive Evalutation*. The MIT Press (trad. it. *La frammentazione della ragione*, Il Mulino, 1996).
Talvitie, V. (2015). From scientific explanations to micropsychology: what should psychoanalytic theories be like? In S. Boag, L.A.W. Brakel, V. Talvitie (Eds.). *Philosophy, science, and psychoanalysis* (73-94).

Karnac Books.
Telfener, U. (1991). La terapia individuale sistemica. In M. Malagoli, U. Telfener (a cura di), *Dall'individuo al Sistema* (pp. 351-364). Bollati Boringhieri.
Thoma, N., Pilecki, B., Mckay, D. (2015). Contemporary cognitive behavior-therapy: a review of theory, history, and evidence. *Psychodynamic Psychiatry*, *43*(3), 423-462. https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.3.423 (trad it. La terapia cognitivo-comportamentale contemporanea. Teoria, storia ed evidenze empiriche. *Psicoterapia e scienze umane, L*(1), 11-48, 2016. https://doi.org/10.3280/PU2016-001003
Wason, P. C., Johnson-Laird, P. N. (1972). *Psychology of reasoning*. B.T. Batsford Ltd. (trad. it. *Psicologia del ragionamento*. Martello-Giunti, 1977).
Watson, J. C. (2002). Re-visioning Empathy. In D. J. Cain (Ed.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 445–471). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10439-014.

Alfio Allò
Collaboratore esterno del Laboratorio di Psicologia e Scienze Cognitive dell'Università di Genova

Corrispondenza
E-mail: alfio.allo@gmail.com