

**XVI FORUM INTERNAZIONALE
DELL'APPROCCIO CENTRATO SULLA PERSONA**

"Costruire Ponti"

Borgo di Tragliata – Fiumicino (Roma) 8-13 novembre 2022

**Intervento di Maria Mirella D'Ippolito
www.mmdippolito.com**

Il "disturbo" psicologico di maggiore gravità, che riguarda persone spesso classificate negativamente come "diverse" MA alla luce della Costante e della Relatività in Psicoterapia

Abstract

Introduco brevemente i concetti di Costante e Relatività alla luce di alcuni nuovi principi della Nuova Fisica e della Teoria della Scienza.

Propongo poi come costante in psicoterapia il modo di essere rogersiano, arricchito sul piano clinico da una visione sistemica, e come relatività il mondo o i mondi degli altri approcci, a condizione che rispettino la costante.

In ogni caso, nei "disturbi" psicologici più gravi, il modo di essere del puro approccio rogersiano appare efficace in psicoterapia, insieme al supporto farmacologico di una psichiatria dal volto umano. E in questi casi la congruenza e l'autenticità del terapeuta sono gli aspetti più importanti.

Condividerò infine alcune situazioni di persone in grande difficoltà con cui ho lavorato, illustrando con questo lavoro i punti sollevati in precedenza.

Parole chiave: costante e relatività, modo di essere rogersiano, integrazione di approcci, grave disturbo psicologico, congruenza

I temi **della costante e della relatività in psicoterapia** sono stati in gran parte ripresi dal libro che io, Maria Mirella D'Ippolito (di formazione junghiana e rogersiana), e Anna Nazzarena Nardini (che ha una formazione ampia ma soprattutto rogersiana), abbiamo scritto in collaborazione con Lilia Palmiotti (che ha una formazione psicodinamica) e Vita Solaro (che ha una formazione sistemico/relazionale), con una Prefazione dell'amico Prof. Bruno Callieri (che ha una formazione fenomenologica) e una Postfazione del Prof. Santo Di Nuovo (di formazione cognitivista) (D'Ippolito, Nardini, 2010)

Siamo partiti da una posizione altamente relativistica alla luce di *The End of Certainty* (Prigogine, 1997) per cui "la fisica moderna ha invalidato l'ideale classico di una descrizione oggettiva della natura" (Capra, 1982) e ha dimostrato in modo molto persuasivo che nella scienza non esiste una verità assoluta.

Non più, dunque, "Realtà in sé indipendente dal fatto di essere conosciuta" [...] "che vale per tutti i soggetti" (Enciclopedia Treccani, voce 'oggettività'), non più "Realtà contrapposta al pensiero che la conosce" in base all'etimologia di 'oggetto', (Ibid., voce 'oggetto'), non

più "Ciò che si offre con caratteristiche fisse e permanenti [...] indipendentemente da pulsioni, desideri e opinioni personali" (Galimberti, Dizionario di Psicologia, voce 'oggetto 3', 1999).

Nel 1980, Carl R. Rogers si chiedeva: "Abbiamo bisogno di 'una' realtà?", proseguendo affermando: "la [...] unica realtà che posso conoscere è il mondo come *io* lo percepisco in questo momento. L'unica realtà che *tu* puoi conoscere è il mondo come lo vedi in questo momento. E l'unica certezza è che queste realtà percepite sono diverse. Ci sono tanti 'mondi reali' quante sono le persone!". Né può aiutarci il buon senso, che sembra essere un estremo tentativo di ricerca di un'oggettività che è in crisi, e la persona creativa originaria, così come la persona con psicosi, ne sarebbero tagliate fuori.

Come, allora, comunicare? Come far passare il messaggio? Lo stesso Rogers è lì per darci una mano in *Toward a Science of the Person* (1963). Afferma la sua convinzione che **la conoscenza "oggettiva" non sia altro che un'identica conclusione soggettiva tratta da diverse persone all'interno di un gruppo di riferimento i cui membri comunicano empaticamente tra loro.**

E il libro che abbiamo messo insieme incarna il nostro punto di vista, che speriamo venga recepito empaticamente da altri.

Ma c'è molto di più. L'inclinazione relativistica che permea il nostro lavoro, la crisi dell'oggettività e tutto ciò che abbiamo affermato finora, connotano una messa in discussione della causalità lineare e l'introduzione del Paradigma della Complessità. Inoltre, "[...] la non linearità ha avuto l'effetto di spostare l'attenzione dall'analisi quantitativa all'analisi qualitativa" (Capra, 1997), e questa è una caratteristica del pensiero sistemico nel suo complesso.

Qui, pensando all'insieme di Mandelbrot – che è l'oggetto matematico più complesso mai inventato (Capra, 1997) – abbiamo la suggestione di una grande lezione, poiché questa struttura è generata da poche, semplicissime regole. Allo stesso tempo, la visione sistemica viene rafforzata.

È certamente vero che il tutto è maggiore della somma delle parti ma, con Ilya Prigogine, diciamo che "La fisica oggi [...] riconosce che [...] la 'natura' delle cose in relazione deve derivare da queste relazioni [ma] che, allo stesso tempo, anche le relazioni devono derivare dalla 'natura' delle cose" (Prigogine, Stengers, 1979).

In altri termini fuori contesto, parole e azioni non hanno significato, ma senza parole e azioni, il contesto stesso non ha significato.

Qualità, quindi. Abbiamo utilizzato strumenti qualitativi durante il nostro studio. Interviste (Elliott), questionari (D'Ippolito), resoconti di situazioni seguite, sedute registrate, frasi regalateci dalle persone o dalle famiglie che stavamo aiutando. All'interno di questa qualità, c'era anche spazio per una serie di aspetti quantitativi.

Tutto ciò è certamente influenzato dalle nostre ipotesi e premesse teoriche. **Noi** abbiamo somministrato le interviste e i questionari alle persone che **noi** abbiamo seguito in terapia.

"... paradossalmente, quanto più una ricerca è rigorosa [...] (secondo i criteri della scienza 'classica'), tanto meno essa è valida [e] significativa [...] dal punto di vista della pratica clinica quotidiana" (Di Blasi, Lo Verso 1998; Di Nuovo, Lo Verso, 2005). Il rischio è quello di considerare "reale" solo ciò che è, in realtà, più facile da misurare.

Tuttavia, ciò che è stato affermato sulla relatività necessita di una costante. La teoria della relatività di Einstein (1916) dimostra che è possibile solo in presenza di una costante, la costanza della velocità della luce. Anche intuitivamente si può capire che solo attorno a un perno stabile è possibile avere punti di vista diversi.

Infatti, anche in matematica, o nel fenomeno del bordo frattale, si rivela che una costante non solo permette di assumere un taglio relativistico ma consente anche varietà, ricchezza

e complessità. A questo punto possiamo ricordare le poche semplici regole che generano l'insieme molto complesso di Mandelbrot.

Gli autori del libro sono due psicoterapeute di formazione rogersiana, una di formazione psicodinamica e una di formazione sistemico/relazionale. Proponiamo come costante in psicoterapia il modo di essere rogersiano, arricchito a livello clinico da una visione sistemica. Questo è il frutto dei nostri scambi con tanti colleghi di altri approcci. Tutti i terapeuti validi sembrano esprimere queste modalità più o meno consapevolmente.

In verità l'approccio rogersiano, anche tenendo conto dell'approccio sistemico/relazionale applicato, è l'unico che considera il cliente piuttosto che il terapeuta come l'esperto. "La migliore guida è il soggetto", diceva Rogers nel lontano 1942. E 'terapia', dal greco *therapeuein*, significa 'assistere'.

Questo è il punto cruciale del modo di essere rogersiano: prendere in considerazione il punto di vista della persona o della famiglia o del gruppo.

Questo stesso punto centrale ci ha guidato nel nostro studio, che è soprattutto l'espressione dei punti di vista delle persone e delle famiglie che abbiamo seguito, anche in relazione all'esperienza della psicoterapia.

Rogers individua come "ogni 'organismo' è animato da una tendenza", che definisce '**tendenza attualizzante**', "a sviluppare tutte le sue potenzialità e a svilupparle in modo tale da favorirne la conservazione e l'arricchimento" (Rogers, Kinget, 1965)

In quanto tale, la fiducia in questa tendenza attualizzante e nella capacità di autovalutazione e auto-direzione è cruciale.

Ma in base alla mia esperienza personale e professionale, la tendenza attualizzante organismica è sempre all'opera, portando quel concetto alle sue estreme conseguenze. Se nelle fasi iniziali della vita, elementi del campo esperienziale organismico dell'individuo possono essere soggetti a "intercezione" e distorsione, a causa del bisogno insoddisfatto di considerazione positiva incondizionata, man mano che l'individuo cresce, la tendenza attualizzante lo porterà a ripetere il negativo e persino cercarlo attivamente come una necessità, per imparare a superarlo.

La negatività sarebbe, quindi, solo apparente; i sintomi appaiono amici, il negativo è al servizio del positivo e della vita, con una valenza che è trigerazionale, transgenerazionale e sistemica. Per il singolo, e se non per lui/lei, almeno per il sistema, la negatività si manifesta come necessaria e positiva, al punto che una morte appare sempre come un regalo.

Infatti, mettendo in parallelo aspetti della fisica e della chimica, le strutture dissipative di Prigogine e la teoria del laser di Haken mostrano che la comparsa di nuove strutture – elemento distintivo dell'**autorganizzazione** (Maturana, 1997), presente anche nel campo della materia non-vivente - si verifica solo quando un sistema è lontano dall'equilibrio.

"... un nuovo livello di ordine, nasce sotto il caos apparente" (Capra, 1997). "Il comportamento dei sistemi caotici [...] mostra un livello più profondo di modelli di ordine" (Ibid.).

Quindi, è ancora più essenziale nelle relazioni terapeutiche avere fiducia nella capacità della persona o della famiglia di auto-organizzarsi, di trovare dentro di loro il luogo della valutazione (Rogers, Kinget, 1965), di conoscere, di conoscere organismicamente, anche se non sempre sanno di sapere.

Le tre condizioni essenziali alle quali Rogers fa riferimento e definisce come 'necessarie e sufficienti' – espressione che tradisce anche in lui una strutturazione basata sulla causalità lineare (alcune condizioni produrranno determinati risultati, in un rapporto di causa ed effetto) – appaiono tuttavia **centrali** in riferimento alla costante in psicoterapia.

Per esprimere fiducia, è fondamentale un rispetto positivo incondizionato. All'interno dell'accettazione, che non significa approvazione (Rogers, Kinget, 1965), c'è una mancanza di giudizio o valutazione.

Il rispetto è alla base di tutto. E per questo è fondamentale che la persona si senta realmente ascoltata e, soprattutto, compresa. È qui che viene introdotta l'empatia: comprensione empatica, risposta empatica.

Numerosi fautori di altri approcci ora parlano di empatia, ma la definiscono uno strumento da utilizzare per ottenere una migliore interpretazione, o per fare un lavoro migliore sui costrutti, o per introdurre contenuti, tutto dal lato del terapeuta-come-esperto.

Ci riferiamo qui all'empatia così come definita da Rogers (1951): "... percepire il cliente stesso così come si vede". "[...] entrare nel mondo percettivo dell'altro e trovarsi [...] lì a casa [...]", "[...] senza [...] perdere mai di vista il fatto che siamo [...]", "come se'." (Rogers, Kinget, 1965)

Per esprimere tutto ciò è fondamentale che il terapeuta sia congruente con se stesso. È fondamentale che si dica sempre la verità su dove si trova.

Può anche essere importante entrare in trasparenza con l'altra persona per comunicare dove ci si trova. E anche tutta la comunicazione non verbale fa parte della congruenza.

E all'interno della risposta empatica c'è anche il riflesso empatico dei pensieri, delle idee e dei costrutti espressi dalla persona trattata. Questo rende più facile per la persona stessa sviluppare le proprie valutazioni e procedere in modo costruttivo.

L'alleanza terapeutica, quindi, nell'approccio rogersiano, sembra essere l'alleanza tra un guerriero, il cliente (o i clienti), e un assistente del guerriero, il terapeuta – in altre parole, tra un esploratore e un cartografo.

E la conseguenza non è solo individuale ma anche sociale.

Allora, che fare di tutto il sapere psicoanalitico, con i suoi tanti modelli, i suoi tanti spunti e con la sua profonda evoluzione? Che fare di tutta la ricchezza del pensiero di Jung (D'Ippolito, 2009)? Cosa fare con i vari strumenti di altri approcci, ad esempio il genogramma, compiti, giochi di ruolo, problem solving o brainstorming, il lavoro con e sulle metafore, con e sui sogni, o il lavoro sul corpo, o i test quando utili per la persona e così via? Che fare di tutti gli impulsi del mondo o dei mondi degli altri approcci (Cionini, 1998)? A nostro avviso, **tutto può essere utilizzato** a condizione che rispetti e non contraddica la costante che è stata proposta.

Nella nostra pratica clinica, nel nostro modo di stare nella relazione psicoterapeutica, noi – gli autori – ci muoviamo in questo modo (Lingiardi, 2002)

E il mio "Questionario-intervista sull'esperienza della psicoterapia" riflette questo spirito che usiamo in psicoterapia.

Ipotesi proposte, e non imposte, sulla base di tutto il sapere psicologico, strumenti proposti, e non prescritti, forme spunti universali teorici o umani come stimoli di riflessione e non come assoluti, gestiti con le coordinate della costante rogersiana, **ma** il riposizionamento rispetto alla persona nei casi in cui tutto questo viene rifiutato.

Concludo questa parte teorica con una domanda: alla luce della fine della certezza, stiamo forse proponendo una forma di **ricerca centrata sulla persona**?

Questa danza tra la costante e la relatività è un fattore minore nei "disturbi" psicologici di maggiore gravità. In questo mondo difficile, dove c'è una distinzione fluida tra disturbi più gravi e meno gravi, nella nostra esperienza, in tali casi, è naturale per noi assumere una maggiore ortodossia rispetto alla costante. Soprattutto il modo di essere dell'approccio rogersiano puro appare il più efficace in psicoterapia. (D'Ippolito 2003b/2010, 2007). In particolare, nel lavorare con i disturbi più gravi, la congruenza, l'autenticità e il fatto che il terapeuta sia, a tutti gli effetti, se stesso nella relazione sono gli aspetti più importanti – insieme, ovviamente, a una psichiatria dal volto umano, con o senza gruppi di auto-aiuto e lavoro di squadra.

Ciò significa che in queste situazioni, istintivamente evito di usare ipotesi, strumenti di vario tipo, spunti teorici universali o spunti universalmente umani di stimolo.

Nei disturbi di maggiore gravità, la costante qui proposta sembra, sul piano psicoterapeutico, efficace di per sé (D'Ippolito, 2003b/2010, 2007).

Questo si può dire per due persone con "schizofrenia a sintomi positivi" che seguono da anni.

Per motivi di riservatezza posso fornire solo dettagli schematici su una di queste persone.

La persona aveva gravi manie di persecuzione in un impiego pubblico di alto livello in una città diversa da Roma. Motivo per cui la persona ha lasciato il lavoro ed è tornata a Roma.

Nella difficoltà di convincere la persona affetta da deliri a seguire un percorso di terapia farmacologica e un percorso di psicoterapia, ho proposto al familiare più vicino a ella di chiedere alla persona, in regalo al familiare, di venire a vedere me una volta.

Riuscimmo ad incontrarci più volte e ad impostare un percorso farmacologico e psicoterapeutico simultaneo che viene utilizzato ancora oggi.

L'altra persona, Z., un uomo, mi è stata inviata da una mia collega, e anche lui soffriva di varie forme di persecuzione legate al suo lavoro. Premesso che, spesso, nella mia esperienza, c'è qualche elemento di "realtà" che fornisce lo spunto, l'ho mandato da un avvocato con cui collaboro da anni, sulla base della cui risposta ho potuto capire quanta parte del problema era legato a elementi concreti e quanto veniva 'ingigantito' – come dicevo io – da Z.

Nella prima seduta Z. mi parlò subito di un segreto, che non aveva detto a nessun altro, riguardante la sua sessualità, e mi disse che sentiva che se non lo avesse detto a qualcuno non sarebbe mai riuscito a superare i suoi problemi. L'ho mandato da uno specialista della salute maschile, un andrologo, con cui lavoro.

Mi sembra importante affermare a questo punto che, in base alla mia esperienza, un segreto, un non detto, un tabù, un doppio messaggio, non genera necessariamente una situazione di psicosi, tuttavia c'è quasi sempre un segreto dietro una situazione di psicosi.

Tornando a Z., nelle sedute successive a queste visite, ho espresso con congruenza-trasparenza la mia difficoltà a comprendere fino a che punto le sue difficoltà fossero legate alle sue relazioni esterne e quanto fossero frutto delle sue "magnificazioni". Ho anche affermato la necessità di un concomitante supporto farmacologico. Su mio suggerimento, quindi, Z. si è recato da uno psichiatra, ancora una volta una persona con la quale ho un rapporto professionale di lunga data.

Nella seduta successiva, ha portato con sé il seguente dilemma: le persone che stava incontrando, me compresa, erano effettivamente professionisti o facevamo tutti parte di una cospirazione?

È stato ricoverato in ospedale per due mesi, durante i quali il suo trattamento farmacologico è stato affinato. Durante questo periodo, abbiamo continuato con le nostre sessioni in ospedale. E quando è uscito, abbiamo continuato il nostro cammino.

Ha avuto altre crisi, alternate a periodi più tranquilli, ma queste crisi erano sempre meno intense.

Mi sembra molto importante che durante le crisi successive io e lo psichiatra non fossimo più considerati membri del complotto, ma piuttosto persone alleate di Z. che potevano essere ricattate. Più tardi ancora, eravamo persone che avrebbero potuto essere inconsapevolmente vittime di microfoni nascosti. A volte Z. parlava sottovoce o con il linguaggio dei segni per questo motivo, e quindi era chiaramente impossibile anche solo chiedere di registrare una seduta.

Quindi cercavamo microfoni nel mio studio, con me che sostenevo che non pensavo ce ne fossero, ma senza intaccare la sua convinzione che il posto fosse pieno: queste erano le

due diverse verità, entrambe vere, una per ciascuno di noi. Altre volte, sempre per via dei microfoni, ci si incontrava per strada, conducendo la seduta all'aperto, anche d'inverno. Nelle crisi iniziali, la grande ansia di Z. lo portava a dirmi che andava in giro con il nodo scorsoio in macchina. L'ho ascoltato e ho accettato l'informazione, dicendogli che se avessi percepito che il rischio fosse troppo reale, avrei informato i suoi parenti. Z. ha cambiato alcune aree del suo lavoro e le cose sono migliorate per lui. Trascorrevva più tempo con gli amici e si occupava di una serie di interessi al di fuori del lavoro.

Un'altra area di cui vorrei occuparmi è la "psicosomatosi grave".

Innanzitutto, a mio avviso, in ogni situazione di disturbo fisico è presente una componente psicogena con un peso specifico che può essere più o meno elevato, con lo stesso significato per cui gli incidenti stradali sono caratterizzati da dinamiche psichiche di autopunizione o tentato suicidio.

Certo, non siamo immortali. Ma il naturale invecchiamento del nostro corpo ci espone sempre più a tutti gli aspetti psicologici difficili che aumentano la nostra fragilità fino all'evento finale. Anche a cento anni il problema fisico decisivo ha un'origine anche psicogena. In ogni caso, in tutte le morti precoci, sento che questo è vero.

E qui vorrei parlare di C., una donna di quasi 60 anni che quando è venuta a trovarmi faceva 4 iniezioni di insulina al giorno. Ha descritto una situazione di grande conflitto con la sua famiglia originaria – genitori e fratelli – anche se aveva una bella famiglia tutta sua. Mi ha detto, da credente: "Perché 'Onora i tuoi figli' non è uno dei comandamenti?".

Il conflitto era esplosivo quattro anni prima, e nello stesso periodo aveva iniziato a soffrire per la prima volta di diabete, che non era ereditario.

Abbiamo lavorato molto bene insieme sul conflitto che era diventato così grave che C. non è stata nemmeno informata della morte di suo padre.

Al termine del trattamento, durato circa due anni, C. assumeva solo due pillole e fino ad oggi, circa tre anni dopo la fine della terapia, è ancora così.

Infine, vorrei riportare le conclusioni dell'incontro, di cui sicuramente siete già a conoscenza, tra Rogers (et alii 1967) e una persona con psicosi, da cui è emersa la centralità, in queste situazioni, della congruenza, autenticità, trasparenza e dell'essere noi stessi.

"...dietro le barriere del silenzio, delle allucinazioni, dei discorsi strani, dell'ostilità e dell'indifferenza, c'è sempre una persona e...possiamo raggiungerla e vivere con lei, a volte solo per brevi periodi, in un rapporto diretto da persona a persona".

Maria Mirella D'Ippolito
Borgo di Tragliata (Roma)
8-13 novembre 2022